

ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ: ТЕОРІЯ І ПРАКТИКА

**Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції,
присвяченої 25-річчю Медичного інституту
Сумського державного університету**

(Суми, 17–19 жовтня 2017 року)

За загальною редакцією О. О. Єжової



Редакційна колегія:

Ольга Єжова – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри фізичної реабілітації та спортивної медицини, Сумський державний університет;

Владислав Сміянов – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я, Сумський державний університет;

Таміла Бережна – кандидат педагогічних наук, старший науковий співробітник, ДНУ «Інститут модернізації змісту освіти»;

Ольга Ситник – кандидат біологічних наук, доцент кафедри фізичної реабілітації та спортивної медицини, Сумський державний університет;

Ірина Бріжата – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичної реабілітації та спортивної медицини, Сумський державний університет;

Борис Щербак – кандидат медичних наук, доцент кафедри фізичної реабілітації та спортивної медицини, Сумський державний університет;

Дмитро Воропаєв – кандидат психологічних наук, асистент кафедри фізичної реабілітації та спортивної медицини, Сумський державний університет;

Аліна Ольховик – кандидат наук із фізичного виховання і спорту, асистент кафедри фізичної реабілітації та спортивної медицини, Сумський державний університет

Друкується за ухвалою

*вченої ради Медичного інституту Сумського державного університету
(протокол № 1 від 4 вересня 2017 року)*

Здоров'я людини: теорія і практика : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої 25-річчю Медичного інституту Сумського державного університету / за заг. ред. О. О. Єжової. – Суми : Сумський державний університет, 2017. – 288 с.

У збірнику вміщено тези доповідей та статті з актуальних питань теорії і практики здоров'я людини. Подано результати досліджень та практичний досвід у сфері медицини, біології, освіти.

Збірник буде корисним для студентів, магістрів, аспірантів та науковців різних спеціальностей, усіх, хто цікавиться сучасними дослідженнями з громадського здоров'я, клінічної медицини, фізичної терапії, педагогіки та психології здоров'я.

Матеріали друкуються в авторській редакції.

УДК 613:614:616:615.83:378.61(06)

© Сумський державний університет, 2017

Міжнародна науково-практична конференція “ЗДОРОВ’Я ЛЮДИНИ : ТЕОРІЯ І ПРАКТИКА”, присвячена 25-річчю медичного інституту Сумського державного університету, організована **Державною науковою установою “Інститут модернізації змісту освіти” (Київ, Україна), Сумським державним університетом (Суми, Україна) та Представництвом Польської Академії Наук у Києві (Польща).**

Місія конференції – залучити науковців та практиків до обговорення та обґрунтування теоретичних і практичних проблем здоров’я людини в медицині та освіті.

Ми сподіваємося, що спілкування колег з різних країн, сприятиме виникненню нових ідей та розвитку спільних досліджень у сфері збереження, зміцнення, формування і відновлення здоров’я людини.

Оргкомітет конференції

The International Scientific and Practical Conference “HUMAN HEALTH: THEORY AND PRACTICE”, which is dedicated to the 25th anniversary of the Medical Institute of Sumy State University, is organized by **The State Scientific Institution “The Institute for Educational Content Modernization” (Kyiv, Ukraine), Sumy State University (Sumy, Ukraine), The Representational Office of the Polish Academy of Sciences in Kyiv (Poland).**

The mission of the conference is to attract researchers to discuss and substantiate the theoretical and practical health problems both in medicine and education.

We hope that the communication of the colleagues from different countries will contribute to the emergence of new ideas and the development of joint research in the field of maintenance, reinforcement, formation and restoration of human health.

Organizational committee



1. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК 614.2

PUBLIC HEALTH – WHAT DO WE NEED AND WHAT WE CAN AFFORD

Andrzej M. Fal

*Department of Internal Diseases and Allergy, Central Clinical Hospital MSW,
02507 Warszawa, Wołoska 137, Poland*

*Department of Organization and Economics of Health Care National Institute of
Public Health, 00791 Warszawa, Chocimska 24, Poland*

The healthcare systems of most developed and developing countries will be jeopardized by a fast changing demand of services. Contemporary medicine allowed to extend human life by 10-20 years, reaching in many cases life expectancy over 80 years. On the other hand, the “western” living standards lead do development of many chronic conditions – now referred to as diseases of civilization. Taken together we have now longer living citizens, suffering from multiple conditions (comorbidity) which demand chronic treatment. This causes the increased demand on medical services to increase their HLY (healthy life years) and HRQoL (health related quality of life). The chronicity of their treatment as well as extended time causes a substantial raise in medical costs. In Poland, the public payer estimated that treatment of a person older than 65 costs over 3,5 thousand zloty/year, as opposed to 1,4 thousand/year in younger population. In OECD countries, the average financing of healthcare reaches about 8% of GDP, which in many cases proves not to be enough, however. Most likely a substantial raise in public spending in this field cannot be expected. There several alternatives, but most of them based on private spending. In many countries, the alternative of choice is additional (supplementary) health insurance, which can be either obligatory (it adds up to the public funding) or voluntary (private funding).

The second problem closely related to society aging is social care and regular care of elderly. Since in many countries the “generational houses” do function any more, young people tend to migrate leaving parents and grandparents alone. In case of their disability not only occasional medical care is required but also a nursing care on a day-by-day basis.

Thirdly – increased percentage of 65+ citizens means a drop of percentages in younger groups – including those of working age. This result in a lower public budget. So, facing an increased demand for public financing we also face a decrease in public budget. In Poland, the growing gap is estimated as high as 3% of GDP in 2050.

Several actions have to be taken immediately to avoid a huge public financing crises:

1. More stress and expense on prophylaxis in the youngest groups – this will result in healthier society (less healthcare spending) and healthier elderly population (less comorbidities and disability).

2. Complex care in “work medicine” – closer look and immediate reactions to working people health needs will keep this population healthier – which decrease the cost of presentism and absenteeism. We need to remember that this group is the only source of budget revenues.

3. Tax deduction system needs to be implemented to encourage people to save money for their elderly care funds.

УДК 612.014.1:613:536.12

ЗДОРОВЬЕ УКРАИНЫ: ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА

Г.Л. Апанасенко

*Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П.Л.Шупика, Киев, Украина
apanas@ukr.net*

Fundamental position comes into question about essence of life and health as display of transformation of sunny energy in other kinds the energies (thermal, mechanical, electric to and other) used in the processes of life. It becomes firmly established that efficiency of intracellular form of energy as a display of function of mitochondria (eventual stage of transformation of sunny energy) is the index of stability of organism to external and internal negative influences. It gives an opportunity to walk up to the quantitative estimation of health (to viability) of individual level. There is a level of form of energy, neither endogenous risk factors nor diseases register oneself higher than that. Him quantitative description («safe» health level) is given to. Position is proved that an exit of majority of population from the «safe» zone of health is direct reason of epidemic of CND. It is established necessity in addition to «industry of illness» (establishments of Ministry of Health) of forming of «industry of health», in basis of that maintenance and increase of energypotential of the biosystem.

Keywords: thermodynamics conception of health, diagnostics of health, epidemic of chronic noninfectious diseases, «industry of health»

Omawia się fundamentalny przepis o treści życia i zdrowia jak przejawie transformacji słonecznej energii do drugich rodzajów energie (cieplną, mechaniczną, elektryczną), wykorzystywane w procesach życia. Efektywność wewnątrzkomórkowej energii jak przejaw funkcji mitochondrii (końcowy etap transformacji słonecznej energii) jest wskaźnikiem trwałości organizmu do zewnętrznych i wewnętrznych negatywnych działań. To daje możliwość podejść do liczebnej oceny poziomu zdrowia (zdolności do życia) indywiduum. Istnieje poziom energii, powyżej za które nie rejestrują się ani czynniki ryzyka, ani same choroby. Jemu jest dana liczebna charakterystyka («bezpieczny» poziom zdrowia). Zdarza się przepis o tym, że wyjście większości populacji z «bezpiecznej» strefy zdrowia - bezpośrednia przyczyna epidemii chronicznych nieinfekcyjnych chorób. Postulowany konieczność na dodatek do «przemysłu choroby» (instytucje ministerstwa zdrowia) kształtowania «przemysłu zdrowia», w podstawie której zachowanie i podwyższenie energii biosystemu.

Słowa kluczowe: termodynamiczna koncepcja zdrowia, diagnosty zdrowia, epidemia chronicznych nieinfekcyjnych chorób, «przemysł zdrowia».

Ещё совсем недавно – 40-50 лет назад – Украина была в лидерах Европейского континента по состоянию здоровья населения. Сейчас ситуация резко изменилась. По данным CIA World Factbook (ЦРУ США, 2015) Украина занимает 2-е место в мире и 1-е в Европе по показателям смертности и темпам депопуляции (1% в год). Попытки изменить ситуацию на основе концепции факторов риска не дают эффекта. В чём причина?

Профилактика хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), являющихся ведущей причиной смерти наших современников, главная проблема современного здравоохранения. В то же время в мировой литературе появились обоснованные сомнения в действенности современных теоретических и практических основ решения проблемы ХНИЗ. Сами участники профилактических программ констатируют: «Исследования многофакторной первичной профилактики по снижению сердечно-сосудистых заболеваний породили разочаровывающие результаты ... различия общей и коронарной смертности между группами вмешательства и контроля оказались редуцированными...» [16]. Делается вывод о преждевременности распространения этого подхода на практическое здравоохранение [15]. К аналогичному заключению пришли зарубежные исследователи и при анализе более поздних многофакторных профилактических программ, опубликованном в самом авторитетном с точки зрения доказательной медицины Кохрановском обзоре [13]. Почему это происходит?

В этой статье делается попытка представить новые теоретические положения профилактики ХНИЗ. В их основе - законы термодинамики.

Термодинамика – движение энергии. Энергия управляет всем, что происходит в мире [7 и др.]. Её законы определяют существование Вселенной, нашей Планеты, всего живого и неживого. Ну и, конечно,

Человека. Учитываем ли мы в должной мере тот факт, что человек представляет собой открытую термодинамическую систему, функционирующую за счёт солнечной энергии, а его состояние во многом определяется законами термодинамики? Многовековой опыт практического здравоохранения даёт отрицательный ответ на этот вопрос.

Непосредственное приложение термодинамических законов к анализу явлений жизни привело к прямому противоречию: эволюция живых систем происходит в направлении, противоположном указываемому вторым началом термодинамики (вместо деградации системы - рост энергии и повышение организации системы). Следовательно, согласно представлениям классической термодинамики, жизни как устойчивого явления не должно существовать. Но сам факт наличия и развития жизни убедительно демонстрирует некорректность выводов подобного рода. Потребовалось развить новую область термодинамики – неравновесную термодинамику (И. Пригожин), на основе которой оказалось возможным ввести термодинамические критерии эволюции открытых систем.

При эволюции живых систем всё более существенную роль играют процессы, направленные на повышение эффективности использования энергии. Исследователи [10 и др.] пришли к выводу, что прогрессивная эволюция живого связана с совершенствованием внутриклеточного дыхания, иными словами – энергообразования. При этом в процессе эволюции высшие приматы заняли верхнюю ступеньку на биоэнергетической лестнице эволюции.

Наиболее чётко на применимость второго начала термодинамики к живым системам указал Э. Бауэр. Им сформулирован принцип «устойчивого неравновесия»: именно непрерывное термодинамическое неравновесие – кардинальное отличие живого от неживого. Исходя из этого, автор сформулировал основной закон биологии: «Все и только живые системы никогда не бывают в равновесии и исполняют **за счёт своей свободной энергии** постоянно работу против равновесия, требуемого законами физики и химии» [6, с. 32].

Что это означает на практике? А на практике это означает, что оценив количественно резерв «свободной энергии» живой системы (в том числе человеческого организма), мы сможем сделать обоснованное заключение о её устойчивости (жизнеспособности) в конкретных условиях среды [4]. Именно этой проблеме автор посвятил 35 лет своей жизни. В результате были получены данные для решения важнейших проблем практического здравоохранения.

Оценка уровня здоровья по прямым показателям. Проблему индивидуального здоровья медицина исследует более двух тысяч лет. Итог этих исследований поэтично отобразил R. Doll [12]: «Было много попыток

построить шкалу позитивного здоровья, но до сих пор измерение здоровья остаётся такой же иллюзией, как измерение счастья, красоты и любви». И это логично, ибо «благополучие» (ключевое слово в дефиниции здоровья ВОЗ) такая же абстрактно-логическая категория, как счастье и красота, и их невозможно охарактеризовать количественными критериями. Для решения проблемы необходимо отойти от критерия, предложенного ВОЗ, и предложить новый – реальный – критерий здоровья. При этом для тех, кто глубоко исследовал проблему, очевидно, что множество аспектов здоровья диктует необходимость сужения этой категории до пределов, дающих возможность дать операциональную дефиницию здоровья. Операциональное определение – научно необходимое условие перевода общего абстрактного суждения в точно отграниченные реалии, которые могут быть воспроизводимо идентифицированы. Такое определение должно содержать правила, описывающие способ, каким может быть стандартно охарактеризовано состояние объекта, которым следует управлять. «Точно отграниченные реалии» – главное условие решения проблемы оценки здоровья по прямым показателям. Как их определить?

В годы существования СССР мы принимали участие в исследованиях по закрытой тематике, которые сегодня не могут быть повторены по понятным соображениям (сроки наступления гипоксической комы у водолазов при дыхании гипоксической смесью, физическая работоспособность до и после массивной кровопотери, динамика профессиональной работоспособности операторов в условиях многомесячного воздействия комплекса неблагоприятных факторов среды и др.). Анализ результатов этих исследований показал, что существует общий признак устойчивости организма человека к неблагоприятным воздействиям – энергопотенциал биосистемы (что отвечает второму закону термодинамики). И чем больше образование энергии на единицу массы организма, тем эффективнее осуществляется биологическая функция выживания. Постоянное энергообразование – главное условия существования живого организма. Так, на 1 г человеческого тела ежедневно распадаются и вновь синтезируются 3 г АТФ.

Таким образом, ведущий критерий существования биосистемы – энергообразование, обеспечивающее **жизнеспособность** – вполне может быть положен в основу количественной оценки соматического здоровья по прямым показателям. На организменном уровне энергетический потенциал биосистемы может быть охарактеризован максимальными возможностями аэробного энергообразования – максимальным потреблением кислорода (МПК; мл/кг массы/мин), который отражает состояние функции митохондрий, а его увеличение сопровождается системными реакциями организма – расширением функционального резерва и экономизацией функций в покое и

при дозированных воздействиях. Разработанная нами на этой основе система экспресс-оценки уровня жизнеспособности (аэробного потенциала) вполне может выступить в качестве количественного критерия уровня физического здоровья [2; 4]. Используются простейшие индексы функций, характеризующие функциональный резерв (силовой и дыхательный индексы) и экономизацию функций («двойное произведение» и время восстановления частоты пульса после 20 приседаний за 30 с). В диагностическую систему включён и весо-ростовой индекс. Показатели ранжированы, каждому рангу присвоен свой балл, а суммой баллов характеризуется уровень здоровья (жизнеспособности). Установлено, что сумма баллов имеет высокий коэффициент корреляции с максимальным потреблением кислорода (около 0,8). Выделяется 5 уровней здоровья.

Совершенно очевидно, что уровень физического здоровья должен отражать простую закономерность: больше здоровья – меньше болезни, и наоборот. И это показано в многочисленных исследованиях. Так, по нашим данным частота выявления хронического соматического заболевания при амбулаторном осмотре у рабочих промпредприятия снижается от 94% у представителей группы с низким уровнем физического здоровья до 1-2% у лиц, входящих в группы с высоким и выше среднего уровнем здоровья.

При проведении клинической велоэргометрии мужчинам 30-59 лет, которые не предъявляли жалоб на здоровье, выявлены ишемические реакции на нагрузку у представителей группы с низким уровнем здоровья в 36% случаев, в группе с уровнем ниже среднего – в 28%, среднего уровня – в 6%, и не обнаружено признаков нетолерантности к нагрузке в группах с высоким и выше среднего уровнями здоровья [2].

Keteyian и соавт. [14] показали, что каждое увеличение удельного МПК на 1 мл сопровождается снижением риска смерти у мужчин и женщин с ИБС на 15%. Myers и др. [17] отмечают, что увеличение максимальной аэробной способности на 1 МЕТ сопровождается увеличением выживаемости мужчин с сердечно-сосудистыми заболеваниями на 12%.

Что касается наших методических подходов, то они были оценены в сравнительном исследовании российских учёных, показавших [9], что наша методика оценки уровня здоровья обладает более высокой информативной ценностью (по показателям чувствительности и специфичности) в сравнении с другими методами (Р.М. Баевского, И.В. Гундарова, К. Купера, Л.К. Гаркави и др.).

Следовательно, МПК/кг массы/мин действительно отражает уровень здоровья и может служить интегральным критерием жизнеспособности и биологического возраста. Результаты наших исследований демонстрируют возможность получения непрямой информации об этом показателе с

использованием простых методических подходов, что приближает его к реализации в первичном звене здравоохранения.

Проблема борьбы с эпидемией ХНИЗ. Самая большая проблема современного здравоохранения – хронические неинфекционные заболевания. В развитых странах они выступают в качестве причины более чем в 80% всех случаев смерти. Особенно высока доля смертей от заболеваний сердечно-сосудистой системы (в Украине до 67%), при этом наблюдается постоянный рост этого показателя. Государственные и международные программы (например, СИНДИ) не изменили ситуацию. Оказалось, что надежда улучшить здоровье населения за счёт концепции факторов риска иллюзорна, ибо борьба с ними не уменьшает количество заболевших. Эта концепция отвечает на вопрос «как» и не отвечает на вопрос «почему». Всё больше появляется работ, в которых высказывается сомнение относительно способности традиционных профилактических подходов влиять на общую смертность [9; 18 и др.]. Классические факторы риска в ряде ситуаций могут выступать индикаторами риска, предсказывая возникновение болезни, но их коррекция не обязательно улучшает прогноз. Кроме того, существует феномен «перекачки смертности» [9], когда снижение смертности от одних заболеваний сопровождается повышением смертности от других, не давая результата с точки зрения увеличения продолжительности жизни.

Для того, чтобы оценить доказательность утверждения, в соответствии с которым многофакторная профилактика ИБС, направленная на коррекцию традиционных факторов риска, обеспечивает снижение общей смертности, И.А. Гундаров и соавт. [9] провели фундаментальное исследование, в основе которого лежит анализ эффективности самых известных профилактических программ с точки зрения доказательной медицины.

В качестве материала использованы результаты крупных российских и зарубежных многофакторных программ, составляющих «золотой» фонд эпидемиологии неинфекционных заболеваний и медицинской профилактики. Проведенный анализ показал, что из 23 программ лишь в одной общая смертность уменьшилась, в трёх увеличилась, в остальных различие оказалось недостоверным. Тем самым, нулевая гипотеза о способности традиционной многофакторной профилактики ИБС влиять на общую смертность не подтвердилась.

Следует подчеркнуть, что смертность не уменьшалась даже при выраженном снижении факторов риска. Это наводит на мысль, что они действительно являются индикаторами риска, помогающими прогнозировать неблагоприятную ситуацию, однако их минимизация (устранение) не улучшает прогноз.

Отсутствие убедительных доказательств эффективности программ многофакторной профилактики ИБС в отношении снижения сердечно-

сосудистой и общей смертности ставит на повестку дня вопрос смены существующей парадигмы медицинской профилактики и разработки новых подходов к укреплению здоровья населения. Требуется разработка инновационной организационно-функциональной модели предупреждения избыточной смертности от неинфекционных заболеваний, в основу которой может быть положена стратегия индивидуальной массовой профилактики, базирующаяся на принципах **измерения резервов здоровья человека** [2; 9].

В процессе эволюции происходит совершенствование эффективности внутриклеточного дыхания [10], т.е. эта функция имеет для вида Homo Sapiens эволюционно обусловленный порог, который мы назвали «безопасным» уровнем здоровья (БУЗ) и дали ему количественную характеристику [2; 4]. Выше БУЗ не регистрируются ни эндогенные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистых, злокачественных, эндокринных и др.), ни сами заболевания.

При воздействии негативных факторов внешней среды, нездорового образа жизни, старения и пр. происходит снижение эффективности внутриклеточного энергообразования. В соответствии с термодинамической концепцией здоровья и профилактики [1] выход эффективности внутриклеточного энергообразования за пределы БУЗ сопровождается феноменом «саморазвития» патологического процесса и является первопричиной эпидемии ХНИЗ (снижение энергопотенциала – рост энтропии – хаос функций – патология). При распространении подобных изменений в масштабе популяции, кроме эпидемии ХНИЗ, ускоряется темп старения, страдает репродуктивная функция, снижаются физические и психофизические качества и др.

О критике и критиках. Несмотря на стройность и аргументированность, а также согласованность с работами классиков изложенной выше термодинамической концепции здоровья человека, в научной литературе существует и критика основных её положений [6]. Рассматривая основные возражения против термодинамической концепции здоровья, можно убедиться, что наши критики демонстрируют недостаток знаний в определённых областях либо прямую предубеждённость. К примеру, одним из аргументов, который авторы приводят в противовес нашим утверждениям, является печальный факт высокой смертности спортсменов, обладающих высоким энергетическим потенциалом, в сравнении с лицами, не занимающимися спортом. Учитывая часто встречающееся у спортсменов несоответствие между функциональными возможностями организма и мощностью воздействующего стрессора, почему бы не включить сюда в качестве аргумента и высокую смертность у лётного состава ВВС, шахтёров, горноспасателей и др.? Ведь сами авторы утверждают, что «...попытки оценить здоровье вне конкретных условий вряд ли конструктивны» [6, с.38].

То же касается и женщин, у которых аэробная способность меньше, а продолжительность жизни больше. Неужели авторам неизвестна защитная функция эстрогенов, которая даёт преимущества женскому организму в сравнении с мужчинами, у которых стратегия стрессоустойчивости определяется тестостероном?

Особо следует остановиться на утверждении авторов о том, что «...более существенной для здоровья является способность к экономизации расхода энергии, а не высокий её уровень» [6, с.45]. Где же авторам удалось обнаружить феномен экономизации функций без роста их максимального уровня? Здесь явно проглядывает недостаток опыта и знаний в области спортивной физиологии, ибо резерв функции возрастает при росте максимальных её показателей и обязательной (!) одновременной экономизации в покое и дозированных воздействиях. Наша система экспресс-оценки уровня здоровья и основана на учёте двух системных реакций, сопровождающих рост энергopotенциала биосистемы – экономизации и возрастании максимального показателя функций.

Грешат авторы при рассмотрении наших работ и отсутствием объективности. Выхватив ключевую фразу из контекста («критерием здоровья спортсмена является спортивный результат»), они призывают тренера помнить, что этот подход не только не состоятелен, но и чрезвычайно опасен. А между тем при дальнейшем ознакомлении с текстом работы, тренер может убедиться, что мы даём чёткие критерии, когда этот принцип не приемлем.

Парадоксальна логика наших оппонентов. Они считают, что для того, чтобы быть здоровым, достаточно даже не 1/2, а 1/4 или даже ещё меньше имеющейся энергии. Поэтому возможность располагать большим количеством энергии не существенно для здоровья. Неужели можно всю жизнь провести в условиях основного обмена? А как же тогда социальная реализация личности?

В последние годы появилось уже много работ, подтверждающих нашу точку зрения о применимости максимального потребления кислорода для характеристики устойчивости (жизнеспособности) организма. Вот совершенно свежее мнение из Бельгии Prof. Emeline M. Van Craenenbroeck: «VO₂peak is a strong and independent prognosticator in Heart Failure» (E-Journal of Cardiology Practice, Vol.14, №43 – 12 Apr 2017).

В качестве альтернативы нашей методологии оппоненты в целях характеристики здоровья предлагают использовать критерий морфофункциональной интеграции (в виде корреляционных связей, получаемых странным способом [4]). В этом случае возникает вопрос: разве может иметь преимущества с точки зрения отражения интеграции функций тест по методике авторов (20 приседаний с регистрацией частоты пульса) в сравнении с методикой определения максимального потребления кислорода –

показателя, который интегрирует в одном критерии функцию внешнего дыхания, сердечно-сосудистой системы, тканевых ферментов и многое другое? Вопрос риторический. Тогда где же предмет дискуссии?

Заключение. Термодинамическая концепция здоровья убедительно доказывает, что люди заболевают и преждевременно умирают от потери здоровья, а хронические неинфекционные заболевания являются следствием выхода энергopotенциала биосистемы за пределы, обусловленные эволюцией (больше здоровья – меньше болезни, и наоборот). Становится актуальной проблема формулировки новой парадигмы здравоохранения. *Суть её заключается в преимущественном переходе от дорогостоящей, но не оправдавшей себя с точки зрения сохранения здоровья популяции «концепции постоянного совершенствования медицинской помощи населению» к «концепции мониторинга, воспроизводства, сохранения и укрепления здоровья населения».* При этом оздоровление (поддержка энергopotенциала в пределах БУЗ) должно осуществляться постоянно, а лечение при необходимости. В целях оздоровления постулируется необходимость в дополнение к «индустрии болезни» (медицинские учреждения) формирование «индустрии здоровья».

Литература

1. Апанасенко Г.Л. Термодинамическая концепция здоровья и профилактики. Тер.архив, 1990; 12: 56-58.
2. Апанасенко Г.Л. Эпидемия хронических неинфекционных заболеваний: стратегия выживания. Saarbrücken: Lambert Acad. Publ.; 2014: 260.
3. Апанасенко Г.Л., Гаврилюк В.А. Биологическая деградация HomoSapiens: пути противодействия. Palmariumacad.Publ., Saarbrücken: 2014: 102.
4. Апанасенко Г.Л. Индивидуальное здоровье: в поисках сущности и количественной оценки. Довкілля та здоров'я. 2015; 3: 8-12.
5. Бауэр Э. Теоретическая биология. Л: ВИЭМ, 1935: 150.
6. Булич Э.Г., Муравов И.В. Факторы, определяющие здоровье человека. – Вісник ХНУ ім В.Н. Каразіна. Серія «Валеологія», вип.20. Харків, 2016, с. 37-47.
7. Гладышев Г.П. Термодинамика и жизнь. // Вестник международной академии наук, 2010, 1, 6-10.
8. Григорян Р.Д., Лябах Е.Г. Артериальное давление: переосмысление. НАНУ, Киев, 2015: 458.
9. Гундаров И.А , Полесский В.А. Пофилактическая медицина на рубеже веков. От факторов риска – к резервам здоровья и социальной профилактике. М.: ИИЦ «АТиСО», 2016: 341.
10. Зотин А.И. Биоэнергетическая направленность эволюционного процесса организмов. Пушино, 1981: 11.
11. Aspenes S.T., Nilsen T.I.L., Skaug E.A., Bertheussen G.F., Ellingsen K., Vatten L. and Wisliff U. Peak Oxygen Uptake and Cardiovascular Risk Factors in

4631 Healthy Women and Men. Med. Sci. Sports Exerc. 2011; Vol. 43, 8: 1465– 1473.

12. Doll R. Prevention: some future perspectives. – Preventive medicine, 1978, 4, 486-492

13. Ebrahim S, Taylor F, Ward K et al. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. Cochrane Database Systematic Review 2011; 19(1): 1561.

14. Keteyian S.J, Brawner C.A, Savage P.D. et al. Peak aerobic capacity predicts prognosis in patients with coronary heart disease. Am. Heart J. 2008; 156(2): 292-300.

15. Miettinen T.A, Strandberg T.E. Implications of recent results of long term multifactorial primary prevention of cardiovascular diseases. Ann Med 1992; 24(2). : 85-9.

16. McCormick J, Skrabanek P. Coronary heart disease is not preventable by population interventions. Lancet 1988; 8: 839-41.

17. Myers J. Cardiology patient pages. Exercise and cardiovascular health. Circulation; 2003,107: 2-5.

18. Oliver M.F. Prevention of coronary heart disease – propaganda, promises, problems and prospects. Circulation 1986; 73(1): 1-9.

УДК 614.2

ОБҐРУНТУВАННЯ СИСТЕМИ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Т. С. Грузєва¹, В. А. Сміянов², Л. А. Руденко^{3,4}

*¹Національний медичний університет імені О.О.Богомольця,
Київ, Україна*

²Сумський державний університет, Суми, Україна,

*^{3,4}Видавництво наукових медичних журналів «Alupa»,
Констанцин-Єзьорна, Польща
Медична школа «Awards», Кельце, Польща*

The need for the development of public health service is due the state of health of population in Ukraine, the existing challenges and threats, strategic directions of development of national health system and international obligations. Staffing of public health service needs of training a new generation of professionals and that actualizes the formation of modern curricula and programs. Experience of training of public health professionals in more than 30 Universities in Europe and the world, as well as the requirements of the European program of core competencies of public health professionals, are the foundation for the formation of national training programs and plans according to the national context.

Keywords: public health, operational functions, training programs, educational levels.

Potrzeba rozwoju usług zdrowia publicznego zależy od stanu zdrowia ludności Ukrainy, istniejących wyzwań i zagrożeń, strategicznych kierunków rozwoju krajowego systemu opieki zdrowotnej i zobowiązań międzynarodowych. Zasadnicze świadczenie usług socjalnych wymaga przygotowania nowego pokolenia specjalistów, który uaktualnia kwestię tworzenia nowoczesnych programów nauczania i programów. Doświadczenie w szkoleniu specjalistów z dziedziny zdrowia publicznego w ponad 30 uniwersytetach w Europie i na świecie, a także wymagania europejskiego programu kluczowych kompetencji dla pracowników służby zdrowia publicznego, stanowią podstawę tworzenia krajowych programów nauczania i planów zgodnie z krajowym kontekstem.

Słowa kluczowe: zdrowie publiczne, personel, program nauczania, poziom wykształcenia.

В умовах реформування національної системи охорони здоров'я особливого значення набуває формування сучасної служби громадського здоров'я з урахуванням рекомендацій ВООЗ, міжнародного досвіду та забезпечення її кваліфікованими кадрами достатньої кількості. Розбудова системи громадського здоров'я в Україні є одним з пріоритетів державної політики в охороні здоров'я. Цей напрям зумовлено прийняттям Україною стратегічного курсу на євроінтеграцію, підписанням Угоди про асоціацію з Європейським Союзом, Європейським товариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, імплементацією в Україні основ Європейської політики «Здоров'я – 2020» та Цілей сталого розвитку ООН на 2016-2030 рр., прийнятих на Саміті ООН у 2015 р. [1-3].

Стаття 22 «Громадське здоров'я» Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським товариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, передбачає, що сторони розвивають співробітництво в галузі охорони здоров'я з метою підвищення рівня його безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання [1].

Відповідно до підписаних Україною міжнародних документів найбільшим пріоритетом міністерства охорони здоров'я визначено побудову нової сучасної європейської системи охорони здоров'я, невід'ємною складовою якої є служба громадського здоров'я. Процес її формування передбачає вивчення і врахування позитивного досвіду інших країн та рекомендацій ВООЗ. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я України на період 2015-2020 рр. одним з пріоритетів визначила розбудову системи громадської охорони здоров'я [4]. Реалізація такого важливого завдання має здійснюватися відповідно до положень міжнародних документів, насамперед «Основ Європейської політики і стратегії для XXI століття «Здоров'я – 2020».

Мета: обґрунтувати підходи до формування навчальних програм з підготовки фахівців у сфері громадського здоров'я з урахуванням сучасних потреб, міжнародного досвіду та рекомендацій ВООЗ.

Матеріали та методи. Дослідження базувалось на аналізі інтегральних показників здоров'я населення України, існуючих проблем у сфері громадського здоров'я, вивченні навчальних програм з підготовки фахівців для служб громадського здоров'я провідних світових та європейських вищих навчальних закладів, вітчизняного і світового досвіду з досліджуваної проблеми.

У роботі використано бібліосемантичний і медико-статистичний методи. Інформаційною базою стали: дані ЄБД «ЗДВ» за 2000-2014 рр. [5], Центру медичної статистики (ЦМС) МОЗ України за 2000-2015 рр. [6-7], стратегічні та програмні документи ВООЗ, ЄРБ ВООЗ [8-10], електронні ресурси університетів [11]. Проаналізовано навчальні плани та програми підготовки фахівців громадського здоров'я у понад 30 університетів з понад 25 країн Європи і світу.

Результати та їх обговорення. У 2012 р. в Європейському Регіоні ВООЗ було прийнято Європейський план дій зі зміцнення потенціалу і послуг громадської охорони здоров'я, в якому чітко окреслено перспективне бачення розвитку громадської охорони здоров'я, основні напрями дій та пріоритетні завдання, десять оперативних функцій громадського здоров'я; у т.ч. забезпечення сфери громадського здоров'я кваліфікованими кадрами достатньої чисельності [8]. При цьому основним напрямом дій визначено збереження, подальший розвиток і зміцнення наявного потенціалу та послуг громадської охорони здоров'я з метою поліпшення здоров'я і подолання нерівностей щодо здоров'я, для чого необхідно здійснювати заходи впливу на соціальні детермінанти здоров'я. Пріоритетні завдання полягають у збільшенні інвестиції в інституційну структуру громадської охорони здоров'я, зміцненні організаційно-кадрового потенціалу, посиленні заходів з охорони громадського здоров'я і зміцненні здоров'я та профілактиці захворювань.

Відомо, що потреби громадського здоров'я формуються в залежності від стану здоров'я населення, загроз та викликів. Зокрема, середня очікувана тривалість життя в Україні (71,4 років) за даними Європейської бази «Здоров'я для всіх» у 2014 р. була на 9 років меншою, ніж в країнах Європейського Союзу (80,9 років). Стандартизовані за віком коефіцієнти смертності від усіх хвороб в Україні удвічі вищі, ніж в країнах ЄС (1076,6 та 559,9 на 100 тис.), в працездатному віці – в 2,5 рази (466,7 та 183,7 на 100 тис.), від хвороб системи кровообігу – в 3,5 рази (673,7 та 192,1 на 100 тис.).

Протягом 2000-2015 рр., поширеність хвороб системи кровообігу серед населення України збільшилася на 45,8%, цукрового діабету – на 55,0%, бронхіальної астми – на 9,4%. Високою залишається захворюваність на онкологічні хвороби (313,6 на 100 тис.). Досить поширеними є чинники ризику розвитку неінфекційних захворювань, зокрема підвищений артеріальний тиск мають 45,1% дорослого населення, ожиріння - 21,3%, курять - 30%.

Споживання алкоголю на 1 людину в рік становить 13,9 л у перерахунку на чистий спирт, а за експертними даними є ще більшим.

Поряд зі значною проблемою поширення неінфекційних захворювань в Україні досить велику загрозу становить інфекційна патологія. Стандартизований за віком коефіцієнт смертності від інфекційної патології (24,0 випадків на 100 тис. населення) в 2,8 рази перевищує показник в країнах Європейського Союзу. При цьому рівень захворюваності на туберкульоз в Україні є одним з найвищих в Європі і становив у 2014 р. 74,0 випадки на 100 тис. населення, що є п'ятим за величиною показником і перевищує показник в країнах ЄС в 6,5 разу. За рівнем захворюваності населення на СНІД країна посідає перше місце серед країн ЄР ВООЗ, за рівнем виявлення нових випадків ВІЛ-інфікування – друге місце. Значною проблемою є поширеність резистентності до ліків.

Відповідно до існуючих реалій, викликів та загроз в Україні міжвідомчою експертною робочою групою з міжнародною участю було обґрунтовано проект Концепції розвитку системи громадського здоров'я. Згідно з проектом Концепція розвитку системи громадського здоров'я здійснюватиметься за напрямками: створення єдиної системи громадського здоров'я, удосконалення законодавчої бази, розвиток спроможності Міністерства охорони здоров'я, Центру громадського здоров'я та інших складових системи громадського здоров'я, проведення інформаційної та комунікаційної політики в сфері громадського здоров'я, удосконалення фінансування та консолідація державних ресурсів для системи громадського здоров'я тощо. Окремим розділом Концепції окреслено розвиток людських ресурсів у сфері громадського здоров'я, яким передбачено визначення реальних та прогнозних потреб, планування і здійснення підготовки кадрів, раціонального розподілу, управління ресурсами, реформування системи додипломної та післядипломної підготовки працівників громадського здоров'я. Документом передбачено запровадження магістратури для підготовки фахівців з широким спектром базових спеціальностей до здійснення науково-обґрунтованої професійної діяльності в сфері громадського здоров'я, здатних здійснювати комплексну оцінку і моніторинг стану здоров'я населення, виявляти чинники, що визначають громадське здоров'я, розробляти заходи щодо збереження та зміцнення здоров'я населення, реалізовувати їх на практиці і оцінювати їх ефективність.

Отже, з огляду на те, що найважливішою передумовою для надання на належному рівні послуг та здійснення заходів громадської охорони здоров'я є інвестиції у забезпечення служби громадського здоров'я кадровими ресурсами і їх вдосконалення, обґрунтування сучасної системи підготовки фахівців громадського здоров'я набуває особливої актуальності. Згідно з завданнями дослідження було проаналізовано програми підготовки фахівців громадського

здоров'я у вищих навчальних закладах різних країн світу (Австралії, Албанії, Бельгії, Болгарії, Великої Британії, Данії, Естонії, Ірландії, Канади, Литви, Нідерландів, Німеччини, Польщі, США, Угорщини, Фінляндії, Франції, Швеції). Перевагу було віддано насамперед програмам, які акредитовано Асоціацією шкіл громадського здоров'я в Європейському регіоні (ASPHER). Ними передбачено такі освітні кваліфікації, як бакалавр, магістр і доктор філософії.

Зокрема, програма підготовки фахівців громадського здоров'я на додипломному етапі для Британських медичних шкіл включає розділи: охорона здоров'я (контроль над інфекціями, вплив довкілля і професійних шкідливостей, зменшення ризиків); покращення здоров'я (соціальні, психологічні аспекти здоров'я, спосіб життя, рівні профілактики); організація служби здоров'я (принципи формування, економічні, організаційні аспекти медичної практики, багатопрофільні команди, експертиза здоров'я, соціальна допомога); оптимізація якості медичної допомоги (аудит, стандартизація, безпека пацієнтів); епідеміологія – практика доказової медицини; використання інформації в охороні здоров'я, прийняття установок і цінностей громадського здоров'я (промоція здоров'я).

Дизайн навчального плану підготовки бакалаврів громадського здоров'я в Маастрихському університеті (Нідерланди) передбачає вивчення наступних дисциплін: Сучасні проблеми громадського здоров'я в Європі (туберкульоз, стрес тощо); Статистичні методи аналізу даних; Рамкові основи громадської охорони здоров'я (документи); Сучасний стан громадської охорони здоров'я в Європі (структури громадського здоров'я в Європі, охорона здоров'я матерів і дітей, старіння); Цілі служби громадського здоров'я в Європі (боротьба зі шкідливим споживанням алкоголю, здорове та безпечне харчування, здоровий спосіб життя); Діяльність громадської охорони здоров'я в Європі (системи охорони здоров'я, політика охорони здоров'я); Формування майбутньої системи громадської охорони здоров'я в Європі (написання пропозицій, наукової роботи).

Тривалість програм підготовки фахівців у сфері громадського здоров'я на додипломному рівні за бакалаврськими програмами складає 6 семестрів (180 кредитів) в Університеті Гріффіт та Технологічному університеті Квінсленда (Австралія), Медичному університеті Тірани (Албанія), Медичному університеті Варни (Болгарія), Брістольському університеті Західної Англії (Велика Британія), Маастрихському університеті (Нідерланди), Університеті Магдебург-Стендаль(ФРН). Дещо довшою є така підготовка в Університеті Дебрецена (Угорщина), Брок університеті (Канада), яка складає 8 семестрів і 240 кредитів.

Аналіз навчальних планів підготовки магістрів громадського здоров'я низки університетів дозволив виявити обов'язкові складові та особливості навчальних програм. Зокрема, дизайн навчального плану підготовки магістрів

громадського здоров'я Брістольського університету включав розділи: вступ до громадського здоров'я, кількісні та якісні методи дослідження здоров'я, промоція здоров'я, епідеміологія неінфекційних захворювань, контроль за інфекційними хворобами, лідерство в громадському здоров'ї, служба і політика громадського здоров'я, економіка громадського здоров'я, а також виконання дослідницького проекту.

Вивчення навчального плану підготовки магістрів громадського здоров'я в Інституті тропічної медицини в Антверпені (Бельгія) дозволило окреслити десять важливих напрямів: регіональна система охорони здоров'я, кількісні і якісні методи дослідження, прийняття рішень на основі доказової інформації, формування програми здоров'я (тягар проблем зі здоров'ям, епідеміологічна модель і аналіз впливу на здоров'я), політика охорони здоров'я і дослідження системи (політика в охороні здоров'я, моніторинг та оцінка), політика охорони здоров'я і методологія системного аналізу (дослідження діяльності, методологія системного аналізу, методи аналізу політики в охороні здоров'я), національна система охорони здоров'я (універсальне медичне забезпечення і соціальний захист, вивчення національної (бельгійської) служби охорони здоров'я), електив: стратегічний менеджмент в системах охорони здоров'я (вступ до стратегічного менеджменту організації охорони здоров'я, відображення організації охорони здоров'я, оцінка діяльності, здійснення стратегічних виборів, моделювання змін), електив: політика в охороні здоров'я (розвиток політики охорони здоров'я, реформи в політиці охорони здоров'я). Завершення навчання передбачає написання дисертації та її захист.

Дослідження навчального плану Університету Тарту (Естонія) виявило розподіл навчальних дисциплін за основним модулем і спеціальними блоками. Основний модуль включає основи громадського здоров'я, екологія та гігієна праці, соціологія здоров'я, фізіологія людини і екологія, епідеміологія і біостатистика, дослідницька робота. Спеціальний блок «Екологія здоров'я» містить: принципи і методологія аналізу ризиків, вплив хімічних і фізичних факторів на довкілля, біологічні фактори довкілля, екологічна епідеміологія, фактори ризику продуктів харчування, питної води та повітря: вплив на організм людини, методи аналізу, політика і стратегії в екологічному здоров'ї, законодавство в Естонії і ЄС щодо екологічного здоров'я.

Спеціальний блок «Менеджмент в охороні здоров'я» включає розділи: політика охорони здоров'я і системи охорони здоров'я, менеджмент якості, управління людськими ресурсами (кадрові питання), основи економіки, трудове право, медичне право, економіка охорони здоров'я, громадське управління. Навчання завершується виконанням та захистом магістерської роботи.

Аналіз тривалості навчання магістрів громадського здоров'я коливається від 2 (60 кредитів) до 6 семестрів (180 кредитів). Так, в Інституті тропічної

медицини в Антверпені (Бельгія) підготовка в магістратурі триває 2 семестри (60 кредитів). В Медичному університеті Варни (Болгарія), Грузинському державному університеті (Грузія), Університеті Копенгагена (Данія), Університеті Тарту (Естонія), Литовському університеті наук про здоров'я (Литва), Державному університеті медицини і фармації «Миколи Тестімітеану» (Молдова), Білефельдському університеті та Технічному університеті Дрездена (ФРН), Університеті Тампере (Фінляндія), Каролінському інституті (Швеція) тривалість магістерських програм становить 4 семестри (120 кредитів). У Медичному університеті Тирани (Албанія), Брістольському університеті (Велика Британія), Університеті Магдебург-Стендаль (ФРН) навчання на магістерському курсі триває 6 семестрів (180 кредитів).

В Україні в даний час фахівці громадського здоров'я готуються лише в Національному університеті «Києво-Могилянська академія» на факультеті соціальних наук і соціальних технологій за магістерською програмою «Менеджмент організацій і адміністрування (в охороні здоров'я)», спеціальність «Менеджмент організацій і адміністрування». По закінченню навчання присвоюється кваліфікація магістр за спеціальністю «Менеджмент організацій і адміністрування». При цьому обсяг підготовки є невеликим.

Аналіз навчальних програм з підготовки фахівців громадського здоров'я в університетах світу і Європи засвідчив, що викладання громадського здоров'я здійснюється на кафедрах, факультетах, в школах, інститутах громадського здоров'я. Крім цього, для підготовки використовуються інші форми навчання і підвищення кваліфікації, у т.ч. курси різної тривалості, тренінги, майстер-класи тощо

Як правило, бакалаврські програми включають 180-240 кредитів і тривають 6-8 семестрів. Магістерські програми на основі бакалаврських включають 90-120 кредитів і тривають 3-6 семестрів. Вони охоплюють різнобічні питання громадського здоров'я. Завершується навчання виконанням магістерської роботи. Навчання в аспірантурі триває 3-4 роки, включає професійну підготовку і наукове дослідження, по закінченню якого і захисту наукової роботи присуджується ступінь доктора філософії.

Зміст навчальних програм передбачає вивчення біостатистики, епідеміології, гігієни довкілля, політики і управління охороною здоров'я; соціальних і психологічних наук, соціальних детермінант і несправедливості щодо здоров'я, міжвідомчої і колективної роботи, медичних технологій, основних оперативних функцій громадського здоров'я, концепції психічного здоров'я, зміцнення здоров'я, менеджменту у сфері громадського здоров'я, виконання наукових досліджень.

Робочими групами ASPHER створено Європейську програму ключових компетенцій фахівців громадського здоров'я, яку схвалено усіма країнами-членами ЄР ВООЗ в якості основи для освіти у сфері громадського здоров'я.

Нею визначено інтелектуальні і практичні компетенції спеціалістів громадського здоров'я з питань здоров'я, громадського здоров'я, гігієни, філософії, епідеміології, демографії, біостатистики, соціології, соціальної психології, антропології, аналітичної інформатики тощо. Існуючий досвід підготовки фахівців громадського здоров'я доцільно використати при розбудові служби громадського здоров'я в Україні. Розробка нових навчальних планів і програм повинна здійснюватися з урахуванням ключових компетенцій для фахівців громадського здоров'я, переглянутих Асоціацією шкіл громадської охорони здоров'я в Європейському регіоні (ASPHER), та національного контексту. Вони повинні формуватися на міждисциплінарній основі з відображенням питань соціальної медицини та організації охорони здоров'я, менеджменту, гігієни, епідеміології, соціології, психології, економіки, політології, біоетики тощо.

Висновки. При формуванні інституційної освітньої мережі доцільним є створення інститутів, факультетів та шкіл громадського здоров'я у вищих медичних навчальних закладах для забезпечення потреби у фахівцях громадського здоров'я і використання різних форм додипломної та післядипломної підготовки, у т.ч. бакалавріату, магістратури, аспірантури, курсів, тренінгів, майстер-класів тощо. Можливим шляхом вирішення цього питання в Україні є трансформація факультетів медико-профілактичного спрямування в факультети громадського здоров'я чи створення інститутів громадського здоров'я у вищих медичних навчальних закладах. Навчальні плани та програми підготовки спеціалістів за фахом громадського здоров'я на основі затверджених європейськими інституціями ключових компетенцій у сфері громадського здоров'я мають передбачати 5-річну підготовку. Дизайн навчальних програм повинен включати питання біостатистики, епідеміології, гігієни довкілля, політики і управління охороною здоров'я; соціальних і психологічних наук, соціальних детермінант і несправедливості стосовно здоров'я, міжвідомчої і колективної роботи, медичних технологій, основних оперативних функцій громадського здоров'я, концепції психічного здоров'я, зміцнення здоров'я, менеджменту у сфері громадського здоров'я, а також виконання наукових досліджень. Навчальні програми і плани повинні формуватися з урахуванням міжнародного досвіду, вимог та відповідно до особливостей національного контексту.

Література

1. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державам-членами, з іншої сторони. http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/984_011
2. Здоровье - 2020: Основы Европейской политики и стратегия для XXI века. ЕРК ВОЗ, Копенгаген, Дания, 2013 г., 224 с.

3. Цілі сталого розвитку ООН на 2016-2030 рр.// <http://www.un.org.ua/ua/tsili-rozvytku-tysiacholittia/tsili-staloho-rozvytku>
4. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 рр., Київ, 2015.
5. Европейская база данных «Здоровье для всех». <http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>
6. Показатели здоровья населения и использования ресурсов здравоохранения в Украине за 2000-2001 годы., М.: Центр медицинской статистики МЗ Украины, 2015, 448 с.
7. Показатели здоровья населения и использования ресурсов здравоохранения в Украине за 2014-2015 годы., М.: Центр медицинской статистики МЗ Украины, 2016. - 328 с.
8. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения/ EUR/RC 62/12., 52 с.
9. Резолюция EUR/RC61/R2 Европейского регионального комитета ВОЗ "Укрепление потенциала и служб общественного здравоохранения в Европе: рамочная основа действий". Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/150626/RC61_Res_r02.pdf
10. Marks L, Hunter D, Alderslade R. Strengthening public health capacity and services in Europe. A concept paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/152683/e95877.pdf).
11. Aluttis C, Chiotan C, Michelsen M, Costongs C, Brand H. Review of Public Health Capacity in the EU. In: Luxembourg: Published by the European Commission Directorate General for Health and Consumers, 2013.

УДК 613. 96: 614. 7: 61

ОЦІНКА «ЯКОСТІ НАСЕЛЕННЯ» В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

О. Бердник, Н. Польша, О. Рудницька
ДУ «Інститут громадського здоров'я ім.О.М.Марзєєва НАМН України»,
Київ, Україна
oberdnyk@ukr.net

The proper level of human resource formation can be possible on condition of ensuring of high «quality of population». For the decision of this task within the framework of public health system expediently to create a monitoring of population health with the parallel analysis of health determinants. It will allow to pass from a passive monitoring to the active management of the process of health population' formation.

Keywords: public health, population quality, observation system

Streszczenie: Formowanie zasobów ludzkich jest możliwe pod warunkiem zabezpieczenia wysokiej «jakości ludności». Do osiągnięcia tego zadania w ramach systemu zdrowia publicznego celowe jest stworzenie monitoringu stanu zdrowia ludności z paralelną analizą jego uwarunkowania. To da możliwość przejść od pasywnej obserwacji do aktywnego zarządzania procesami kształtowania zdrowia ludności.

Słowa kluczowe: zdrowie publiczne, jakość populacji, system obserwacji.

Людський потенціал – це ресурс гарантованого економічного розвитку держави, її національної безпеки. Носієм цього потенціалу є населення – сукупність індивідумів і, що важливо з точки зору медицини, з певним потенціалом здоров'я. Будь-які близько- та далекострокі прогнози життєздатності та благополуччя країни перш за все, мають базуватися на даних щодо якості населення.

«Якість населення» це досить нова оціночна категорія, але вона вже тривко увійшла до понятійного апарату суспільних наук як інтегральний показник стану населення, його характеристик, рис та властивостей.

ООН при визначенні «якості населення» першочергову увагу приділяє стану його здоров'я, яке, поряд з освітньо-кваліфікаційним рівнем та культурою, створює базисні основи формування людського та трудового потенціалу на майбутнє. Саме зв'язок якості населення з потенціалом його здоров'я є принципово важливим для сфери громадського здоров'я.

Як правило, при характеристиці людського потенціалу та демографічного ресурсу країни використовуються такі параметри, як чисельність населення, народжуваність, питома вага населення непрацездатного віку тощо. Зважаючи на негативні тенденції в зміні кількісних характеристик населення в теперішній час (скорочення загальної його чисельності та зменшення частки осіб працездатного віку, зниження народжуваності, підвищення смертності тощо), демографи вважають, що в Україні «вичерпаний потенціал демографічного зростання» (Е.Лібанова, 2017). У зв'язку з цим, особливої уваги потребують питання збереження та зміцнення здоров'я населення. Саме ці питання відносяться до компетенції органів громадського здоров'я, і мають передбачати два принципово важливих компонента: збереження репродуктивного потенціалу населення (тобто здатності до відтворення, народження здорових нащадків) та забезпечення високого рівня здоров'я дітей, як майбутніх батьків.

Вирішення цих завдань можливе в рамках моніторингу, спрямованого на спостереження за станом здоров'я населення з просторово-часовими його характеристиками, оцінкою динамічних змін та прогнозуванням ситуації на перспективу. Паралельно в межах цієї системи має бути передбачене моніторування детермінант здоров'я, зокрема, способу життя, умов життєдіяльності, екологічних умов тощо. Все це дасть змогу підняти систему

охорони здоров'я на принципово новий вищий щабель, науково обґрунтовувати управлінські рішення та перейти від пасивного спостереження за станом здоров'я населення до активного керування процесами його формування.

УДК 614

НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Сміянова О.І.¹, Руденко Л.А.², Сміянов. Є.В.¹

¹Сумський державний університет, Суми, Україна

²Видавництво наукових медичних журналів ALUNA, Констанцин Езьорн,

²Медична школа Awans, Польща

The article deals with the reasons for the necessity of scientific developments of regulatory support of the quality management of medical care in Ukraine.

Keywords: quality of medical care, management, continuous upgrading, internal control, standardization.

W artykule przedstawiono przyczyny konieczności naukowego rozwoju wsparcia regulacyjnego w zakresie zarządzania jakością opieki medycznej na Ukrainie.

Słowa kluczowe: jakość opieki medycznej, zarządzanie, ciągłe ulepszanie, kontrola wewnętrzna, standaryzacja.

Питання якості медичної допомоги (ЯМД) посідає важливе місце в європейській політиці ВООЗ, що відображено в її глобальній стратегії «Здоров'я для всіх». Одним з головних завдань стратегії є якість медичного обслуговування та наявність відповідної технології, у переконанні, що всі країни-члени повинні мати відповідні структури та механізми. Забезпечення якості при наданні медичної допомоги (МД) у більшості країн розглядається як основа національної політики в сфері охорони здоров'я (ОЗ).

В Україні забезпечення ЯМД визнається однією з найактуальніших проблем сьогодення.

Метою дослідження було обґрунтування необхідності наукової розробки нормативно-правового забезпечення управління ЯМД на рівні закладів охорони здоров'я (ЗОЗ).

Методи дослідження. При проведенні дослідження застосовувалися методи системного аналізу, бібліографічний, синтезу.

Управління ЯМД в Україні забезпечується процесами акредитації, сертифікації, ліцензування, стандартизації та контролю МД. В Україні триває

процес формування нормативно-правової бази управління ЯМД. Створюються інституції, діяльність яких спрямована на управління ЯМД та порядок організації їх діяльності. Приймаються нормативно-правові акти, що підвищують ефективність процесів акредитації, стандартизації, ліцензування та сертифікації МД.

Акредитація ЗОЗ покликана забезпечувати безперервне підвищення якості (БПЯ) і спрямована на досягнення оптимальних стандартів якості. Існуюча система кваліфікаційних вимог та процедур атестації медичних працівників в Україні гармонізована з Європейським вимогами та діє досить ефективно. Ліцензування ЗОЗ відповідно до чинного законодавства є основною умовою, за якої ЗОЗ може здійснювати господарську діяльність з медичної практики, та тією базовою передумовою, що забезпечує мінімальні стандарти для безпеки пацієнтів.

Сьогодні в Україні розроблено значну чисельність медичних стандартів, основними формами яких є: державні соціальні стандарти надання медичної допомоги, медико-економічні стандарти, клінічні протоколи. Стандартизація МД дозволяє визначати та постійно вдосконалювати обов'язковий та бажаний рівень МД.

Однак, зазначені документи не мають єдиного наукового і методологічного обґрунтування через те, що розроблялися на основі висновків експертів з відсутністю єдиних вимог стандартизації та єдиних критеріїв, елементів та структури документів, в той час як міжнародний досвід свідчить, що стандарти і протоколи МД обов'язково мають розроблятися на основі клінічних настанов і створюють систему взаємопов'язаних медико-технологічних документів.

Адміністративно-командний підхід до забезпечення якості у системі ОЗ, заснований на принципах контролю, що діяв до останнього часу, не відповідає організаційно-правовим та економічним умовам функціонування галузі і повинен бути замінений підходом, що базується на принципі управління процесом.

БПЯ передбачає комплексний, інтегрований і динамічний підхід до покращання якості, спрямований на поліпшення результатів роботи системи в цілому, постійну модифікацію і вдосконалення самої системи, а не виявлення і покарання працівників, практика або результати роботи яких не відповідають встановленим нормам.

Невід'ємною складовою процесу вдосконалення якості є клінічний аудит. Клінічний аудит спрямований на покращання процесів та результатів допомоги пацієнтам через систематичний перегляд складових МД у порівнянні з визначеними критеріями та впровадження змін там, де допомога або її результати не досягають очікуваного рівня. Складові структури, процесу та результату МД відбираються та систематично оцінюються. Необхідні зміни

впроваджуються на індивідуальному, командному або інституційному рівні надання МД.

При організації системи контролю ЯМД необхідно розуміти, що вкрай важливим для ЗОЗ є перехід від ретроспективної оцінки ЯМД до управління якістю лікувального процесу.

Впровадження системи БПЯ на основі стандартизації МД, ліцензування та акредитації, втілення чітких механізмів оплати праці медичних працівників за показниками якості лікування за допомогою індикаторів структури, процесу та результату, що має затверджувати МОЗ України в своїх нормативах, дозволить змінити командно-бюрократичну філософію контролю якістю на управління якістю та значно покращити якість надання МД населенню України. Тобто розроблення нормативно-правового забезпечення внутрішнього аудиту ЯМД сформує умови для реалізації концепції системного забезпечення якості на рівні ЗОЗ.

УДК 314.172

СОЦІАЛЬНІ УМОВИ ПОКРАЩЕННЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

*Іван Заюков¹, Олександр Кобилянський²
Вінницький національний технічний університет, Вінниця, Україна
Zivan@i.ua¹, akobilanskiy@gmail.com²*

Zbadano warunki społeczne, które wpływają na polepszenie zdrowia obywateli Ukrainy. Omówiona została konieczność reform w systemie ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: zdrowie publiczne, warunki społeczne, reforma

Економічні негаразди обумовили високий рівень захворюваності та смертності наших громадян у порівнянні з країнами-членами ЄС, низьку мотивацією до самозбереження здоров'я, що призводить до скорочення тривалості життя, стресів, відчуття неспокою, ворожнечі, агресії тощо.

Метою роботи є дослідження соціальних умов, які впливають на покращення громадського здоров'я в Україні.

На сьогодні існує багато визначень поняття «громадське здоров'я». В класичному аспекті дослідники розуміють під ним «науку і мистецтво запобігання хворобам, подовженню життя, забезпечення стану оптимальної життєдіяльності за рахунок організованих зусиль...» [1], зокрема, медичних, освітніх тощо. Крім того, важливим є реалізація зусиль держави в напрямку забезпечення гідних соціальних умов життєдіяльності кожного громадянина.

Загальновідомим є той факт, що в країнах з високим рівнем добробуту, рівень здоров'я значно краще, ніж в країнах з низьким рівнем, а більш заможні громадяни живуть довше та менше хворіють, ніж бідні. Отже, в умовах складних кризових процесів нашої державі саме покращення соціальних умов у поєднанні з реформуванням медицини мають забезпечити передумови для покращення рівня здоров'я та зменшення смертності.

Найважливішими соціальними умовами для побудови сучасної стратегії покращення громадського здоров'я в Україні є розробка ефективних заходів і засобів боротьби з:

- стресами, які призводять до цілого ряду патологічних станів, у тому числі це стосується інфекційних захворювань, діабету, гіпертензії, інфаркту, інсульту, депресії, агресії, суїциду тощо;
- шкідливими умовами праці при порушеннях санітарно-гігієнічних умов праці зайнятих громадян; неналежним психологічним кліматом, у зв'язку з відсутністю можливостей на робочому місці щодо самореалізації;
- небезпечними факторами, які негативно впливають на здоров'я та життєдіяльність;
- наслідками безробіття, адже, за інших рівних умов, серед безробітних і членів їх родин ризик захворюваності та передчасної смертності істотно зростає, прекарізації в сфері соціально-трудова відносинах;
- низьким рівнем соціальної підтримки, адже, низький рівень соціального капіталу веде до стресів, передчасної смерті, серцево-судинних захворювань, насильства тощо;
- шкідливими звичками у населення з низьким рівнем освіти, яке не береже своє здоров'я.

Таким чином, сьогодні потрібно продовжити процес розвитку соціальних умов та реформування системи охорони здоров'я наших громадян для профілактики захворювань і передчасної смертності. В основі формування громадського здоров'я має лежати наступна концептуальна схема: охорона здоров'я – громадське здоров'я – соціальні умови – освіта – самозбереження здоров'я. Саме валеологія, в аспекті формування мотивації населення до самозбереження здоров'я, здатна забезпечити передумови соціально-економічного розвитку країни та побудови ефективної системи громадського здоров'я [2].

Література

1. Рингач Н. О. Громадське здоров'я як чинник національної безпеки : монографія / Н. О. Рингач. – К. : НАДУ, 2009. – 296 с.
2. Кобилянський О. В. Педагогічні та соціально-економічні аспекти самозбереження здоров'я зайнятого населення України / О. В. Кобилянський, І. В. Заюков // Педагогіка безпеки. – 2016. – № 1. – С. 59–66.

УДК 613.98

ЗДОРОВ'Я І ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ ОСІБ СТАРШОГО ВІКУ В УКРАЇНІ

Олександр Поляков

Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет»,

Київ, Україна

polarissupernova@gmail.com

The ability to work in persons 45-80 years old was studied. It was found that after 45 years, the general decline in working capacity is from 0.5 to 2% per year. The professional disability occupation rate is 0.1-0.4% per year. Optimization of the working conditions of the elderly should take into account the age-old decline of the person's ability to work and be directed not to the intensity of labor, but to its effectiveness. Gerontechnology introduction in the occupational environment and the implementation of the professional labor rehabilitation will maintain the health and working capacity of elderly subjects.

Keywords: elderly workers, health, rehabilitation, working capacity

Badano zdolność do pracy u osób w wieku 45-80 lat. Stwierdzono, że po 45 latach ogólny spadek zdolności produkcyjnych wynosi od 0,5 do 2% rocznie. Profesjonalna stopa zawodowa osób niepełnosprawnych wynosi 0,1-0,4% rocznie. Optymalizacja warunków pracy osób w podeszłym wieku powinna uwzględniać wiekowy spadek zdolności osoby do pracy i być skierowany nie do intensywności pracy, ale do jej skuteczności. Wprowadzenie przez Gerontechnology środowiska zawodowego i wdrożenie profesjonalnej rehabilitacji pracy będzie podtrzymywać zdrowie i zdolność do pracy starszych osób.

Słowa kluczowe: starsi pracownicy, zdrowie, rehabilitacja, zdolność do pracy.

Взаємозв'язок здоров'я і працездатності обумовив актуальність проведеного дослідження. Дослідженнями показано, що запорукою успішності трудової діяльності є належний рівень здоров'я протягом трудового стажу. Але вікове зниження функціональних можливостей негативно впливає на працездатність людини. Водночас, набута освіта, навчання, перенавчання, професійне вдосконалення і оптимізація умов праці в значній мірі компенсують вікове зниження працездатності

Мета – оцінити загальну працездатність людини з віком і з'ясувати можливі шляхи компенсації цього зниження завдяки впровадження геронтотехнологічних підходів щодо підтримки професійної працездатності осіб старшого віку.

Матеріал і методи. Вивчено фізіологічні і ергономічні показники загальної працездатності в 320 працівників розумової праці, 190 робітників фізичної праці, 412 працівників сільського господарства віком 45 – 80 років. Встановлено, що після 45 років темп зниження фізичної і розумової

працездатності становить від 0,5 до 2% за рік. Зниження інтегральних показників професійної працездатності носить нелінійний характер і становить 0,1-0,4% на рік. У працівників старшого віку (ПСВ) спостерігається зміна психологічного профілю особистості в сторону песимістичності, іпохондрії, тривожності, емоційної лабільності і приховування проблем соціально-психологічного характеру, яке тісно корелює з показниками біологічного віку ($R = 0,67$, $p < 0,01$), розумової ($R = 0,63$, $p < 0,01$) і фізичної працездатності ($R = 0,69$, $p < 0,01$). Показано, що професійна перепідготовка є варіантом трудової реабілітації ПСВ. Виявлено, що раніше виконувана професійна діяльність є провідним чинником, що впливає на успішність навчання і перенавчання ПСВ. Різні патологічні стани поряд з несприятливими виробничими чинниками сприяють виникненню неспецифічних змін в організмі людини і прискоренню темпу старіння. Показано медико-біологічну доцільність адекватної трудової діяльності ПСВ. Виявлено, що впровадження досягнень геронтотехнології дозволить особам старшого віку підтримувати продуктивність праці на рівні близьким до молодих працівників, що позитивно впливає на підвищення якості життя ПСВ.

Висновки. Показано, що оптимізація роботи ПСВ має враховувати вікове зниження працездатності людини і орієнтуватися не на інтенсивність праці, але на підвищення її ефективності. Найбільш перспективним резервом збереження здоров'я і працездатності є геронтотехнологічна адаптація виробничого середовища і впровадження професійно-трудова реабілітації відповідно реальних можливостей працівників старшого віку.

УДК 616-036.86-083(477)

СУЧАСНИЙ СТАН МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ В УКРАЇНІ

В. І. Шевчук, Н. М. Беляєва, О. Б. Яворовенко, І. В. Куриленко

*Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького
національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, Вінниця, Україна
reab@ukr.net*

The state social policy on disabled people in Ukraine is built in accordance with the international documents, the main place of which is the rehabilitation of the disabled. The incomplete use of state-offered opportunities reduces the effectiveness of medical and social rehabilitation of the disabled and sets the task of improving it. Today the problems of improving of the quality of medical and social rehabilitation of the disabled, its effectiveness, and the definition of the needs of the disabled in rehabilitation services are relevant.

Keywords: disabled, medical and social rehabilitation, individual rehabilitation program, effectiveness, needs.

Państwowa polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych w Ukrainie jest zbudowana zgodnie z międzynarodowymi dokumentami, w których głównym miejscem jest rehabilitacja osób niepełnosprawnych. Niepełne wykorzystanie oferowanych przez państwo możliwości zmniejsza skuteczność rehabilitacji medycznej i społecznej osób niepełnosprawnych i wyznacza zadanie jej poprawy. Do tej pory problem poprawy jakości rehabilitacji medycznej i społecznej osób niepełnosprawnych, skuteczności i definicji potrzeb osób niepełnosprawnych w usługach rehabilitacyjnych jest aktualna.

Słowa kluczowe: osoby niepełnosprawne; medyczna i społeczna rehabilitacja; indywidualny program rehabilitacji; wydajność; potrzeby.

Державна соціальна політика щодо інвалідів в Україні побудована у відповідності з міжнародними документами, до яких відносяться «Декларація про права інвалідів», що прийнята Генеральною асамблеєю ООН, Конвенція (№159) «Про професійну реабілітацію інвалідів», прийнята Міністерством охорони праці; «Стандартні правила забезпечення рівних можливостей розвитку інвалідів», прийняті Генеральною асамблеєю ООН, «Всесвітня програма дій у відношенні інвалідів» та інші. Основне місце в цих документах належить проблемам реабілітації інвалідів з метою побудови для них «рівних можливостей» у різних сферах життєдіяльності.

Ратифікувавши в 2011 р. Конвенцію про права інвалідів та Факультативний протокол до неї (Закон України від 16 грудня 2009 р. №1767-VI), Україна взяла на себе юридичні зобов'язання щодо забезпечення її виконання в повному обсязі, відображення належним чином її положень у національному законодавстві, планах соціально-економічного розвитку та Державному бюджеті, удосконалення системи соціального захисту інвалідів, в т.ч. реабілітації.

З позиції системно-цільового підходу можна виділити три ієрархічно підпорядкованих, але і відносно самостійних рівні реабілітації: державно-регіональний, процесуально-технологічний, індивідуальний.

Кожен рівень має свої специфічні функції, мету, завдання [1-3].

Основною функцією індивідуального рівня є забезпечення процесу комплексної реабілітації конкретного інваліда. Вона є системоутворюючою, тому що від неї залежить ефективність реалізації запланованої мети реабілітації, обґрунтованість витрат ресурсів. У сучасних умовах функція цього рівня в правовому аспекті пов'язана з індивідуальною програмою реабілітації (ІПР).

Мета ІПР: усунути зворотні функціональні наслідки захворювання або травми; забезпечити фізіологічну, психологічну, технічну компенсацію

неповністю зворотних або незворотних функціональних наслідків; усунути або зменшити побутові наслідки за рахунок адаптації житла, навколишнього середовища, допомоги інших осіб; забезпечити психологічну та фізіологічну адаптацію до конкретної трудової діяльності на зниженому функціональному рівні при умовах, наявності установки на працю [4].

Згідно законодавчим та нормативним актам, в т.ч. постанови КМ України від 23 травня 2007 року №757, для здійснення комплексної реабілітації інвалідів передбачені послуги з медичної, психолого-педагогічної, фізичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, соціально-побутової реабілітації, забезпечення технічними засобами реабілітації, виробами медичного призначення [5].

Не дивлячись на деякі позитивні кроки в плані побудови медико-соціальної реабілітації інвалідів, в Україні на сьогодні відсутня єдина система, що координує та спрямовує діяльність різних відомств та закладів, не розроблена методика контролю та оцінки ефективності ІПР, актуальним є питання якості медико-соціальної реабілітації інвалідів [3; 8; 9].

Мета роботи: дослідити стан медико-соціальної реабілітації інвалідів на індивідуальному рівні та оцінити її ефективність при основній інвалідизуючій патології.

Матеріали та методи. За даними медико-соціальних експертних комісій (МСЕК) 22 областей України нами було проаналізовано 470775 ІПР при всіх інвалідизуючих нозологіях. На підставі проведеного аналізу визначена структура медико-соціальної реабілітації, розраховані потреби інвалідів в заходах реабілітації, її ефективність при кожній нозологічній формі. Використані методи: аналітичний, статистичний, експертних оцінок, мета-аналіз за даними ІПР.

Результати. Отримані дані свідчать, що в структурі медико-соціальної реабілітації близько 50% (49,44%) всіх видів реабілітації складає медична. Їй належить пріоритетна роль при всіх інвалідизуючих захворюваннях. Відносно вагомими є показники з фізичної (44,06%) та трудової реабілітації (12,73%). Невисокими є показники професійної реабілітації (8,14%) та використання технічних засобів (8,99%). Звертає на себе увагу низька питома вага послуг з психолого-педагогічної (3,58%), соціально-побутової (1,93%), фізкультурно-спортивної реабілітації (0,58%), виробів медичного призначення (0,53%), що пояснюється тим, що лікарі МСЕК не повністю володіють можливостями цих видів реабілітації для інвалідів з різною патологією. Аналіз методичної бази, якою користуються лікарі-реабілітологи, свідчить про те, що вона представлена фрагментарно та потребує суттєвого наповнення.

Потреби інвалідів в різних видах реабілітації є основним і структурно утворюючим фактором медико-соціальної реабілітації. Чим більш повнішими конкретнішими будуть знання про потреби інвалідів, тим відповідно

адекватнішою буде державна система реабілітації.

Реабілітація не обмежується проведенням втручань, спрямованих на відновлення тільки здоров'я. Вона передбачає заходи, мета яких – відновлення фізичного, психічного, соціально-трудового статусу, з тим, щоб забезпечити гідну життєдіяльність людини в суспільстві. Виявлення потреб інваліда в заходах медико-соціальної реабілітації – це трудомісткий процес, яким повинні володіти реабілітологи МСЕК, це робота з хворою людиною, роз'яснення її можливостей підвищення якості життя, соціального статусу завдяки заходам, які передбачила держава. На підставі існуючого досвіду по формуванню ІПР нами розраховані показники потреб (співвідношення кількості конкретної послуги до числа інвалідів віднесених до 100) інвалідів при всіх інвалідизуючих захворюваннях [7].

Загальні показники при усіх інвалідизуючих захворюваннях свідчать про значне переважаючі потреби в послугах медичної реабілітації, яка складається з відновної терапії (потреба відповідає 94,67 умовних одиниць), профілактичних заходів (58,67), реконструктивної хірургії (2,34), санаторно-курортного лікування (28,17), психіатричної допомоги (6,38), медичного спостереження (65,81).

Психолого-педагогічна реабілітація передбачає надання допомоги інваліду в навчанні з метою оволодіння знаннями, навичками, необхідними для життя і особистого розвитку в суспільстві, вона розрахована на дітей-інвалідів та інвалідів з дитинства. Показник потреб в ній склав 18,65.

Фізична реабілітація спрямована на функціональне відновлення особи шляхом виявлення і розвитку резервних і компенсаторних можливостей організму, вироблення нових рухів, навичок, користування технічними засобами. В ІПР з фізичної реабілітації передбачені послуги з консультування, ерготерапії, кінезотерапії, лікувального масажу, лікувальної фізкультури; показник потреб склав 73,20.

Професійна реабілітація спрямована на підготовку інваліда до професійної діяльності, відновлення чи здобуття професійної працездатності. В ІПР передбачені послуги з експертизи потенційних професійних здібностей, професійної орієнтації, відбору, підготовки, перепідготовки, підвищення кваліфікації, професійної освіти. Показник потреб склав 42,38.

Трудова реабілітація передбачає тренування відновленої моторної здатності з використанням засобів реабілітації з метою створення умов для праці по можливості у звичайному виробничому середовищі за допомогою індивідуальних заходів. Показник потреб склав 66,26.

Фізкультурно-спортивна реабілітація передбачає вироблення та покращення навичок рухової активності, оздоровлення, позитивної мотивації до адаптації у суспільстві. Показник потреб склав 3,04.

Соціально-побутова реабілітація забезпечує умови для соціальної

адаптації інваліда, активної участі у житті, набуття соціального статусу, здатність до підтриманої суспільної і родинно-побутової діяльності. В ІПР передбачені послуги навчання основним соціальним навичкам, пристосування меблів, установа обладнання для адаптації житлових приміщень, соціально-побутовий патронаж, працетерапія. Показник потреби склав 10,05.

Технічні засоби реабілітації є важливим компонентом медико-соціальної реабілітації. Медико-функціональна та соціальна адекватність їх спрямована на зменшення обмежень життєдіяльності, відновлення здатності до самообслуговування, пересування, навчання, трудової діяльності. В ІПР передбачені засоби пересування, спеціальні засоби орієнтування, спілкування та обміну інформацією, спеціальні засоби для освіти і занять трудовою діяльністю, протезні вироби, спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання і спорядження, спортивний інвентар. Показник потреби склав 46,81.

Вироби медичного призначення сприяють компенсації втраченої або зниженої функціональної спроможності, дозволяють повністю або частково зняти обмеження життєдіяльності, покращити якість життя. Перелік засобів представлений в Постанові КМУ від 3 грудня 2009 року №1301 [10], де передбачено забезпечення інвалідів в амбулаторних, побутових, стаціонарних умовах. Слід зазначити, що він не охоплює всю інвалідизуючу патологію, а також реабілітологи МСЕК не повністю визначають потреби інвалідів в даному виді реабілітації, тому показник склав 0,33.

Представлені дані свідчать, що при всіх нозологічних формах інваліди мають найбільші потреби в заходах медичної реабілітації. Що стосується інших видів реабілітації, то їх показники нижчі, ніж за даними літератури на 20-40% [6; 7], особливо це стосується соціально-побутової реабілітації, технічних засобів, виробів медичного призначення.

Слід підкреслити, що державою запропоновані гарантовані реабілітаційні заходи, які сприяють соціальному захисту та допомозі особам з особливими потребами, але практичне їх виконання відстає від очікуваної мети, і відповідно значно знижує ефективність реабілітації.

Актуальність оцінки ефективності комплексної багатoproфільної реабілітації інвалідів визначається рядом факторів: необхідністю удосконалення форм та методів реабілітації, впровадження сучасних технологій; раціонального використання бюджетних коштів; реформування соціальної політики по відношенню до інвалідів; покращення соціально-демографічної ситуації в суспільстві та скорочення невиправданих витрат на соціальну інтеграцію інвалідів [9; 11].

Ефективність реабілітаційних заходів оцінюється показниками: повна, часткова реабілітація, відсутність ефекту, збільшення ступеню обмежень життєдіяльності. Нами проведені розрахунки ефективності медико-соціальної реабілітації при основній інвалідизуючій патології. Отримані результати

представлені в таблиці.

Таблиця

Показники ефективності реабілітації при основних інвалідизуючих захворюваннях

Нозологічні форми захворювань	Ефективність реабілітації				
	Повна	Часткова	Не відновлено	Збільшився ступінь обмеження життєдіяльності	Немає даних
1. Інфекційні та паразитарні хвороби	2,38	24,86	53,45	4,16	15,14
2. Онкологічні хвороби	3,30	20,61	56,16	7,62	12,32
3. Хвороби крові та кровотворних органів	2,51	17,03	58,80	16,63	5,03
4. Психічні хвороби	0,23	12,39	68,68	3,39	15,30
5. Хвороби опорно-рухового апарату та центральної нервової системи	2,05	24,79	56,59	5,24	11,33
6. Патологія органів зору	7,11	20,14	44,46	14,71	7,97
7. Патологія органів слуху	2,03	24,96	50,48	2,96	19,57
8. Хвороби системи кровообігу	1,82	20,12	69,27	5,65	10,50
9. Хвороби органів дихання	3,02	17,31	65,73	1,85	12,09
10. Хвороби органів травлення	5,83	37,85	41,75	10,88	11,07
11. Хвороби кістково-м'язової системи	3,28	33,71	49,06	3,65	10,30
12. Хвороби сечостатевої системи	6,19	23,06	58,77	4,24	8,95
13. Ендокринні хвороби	0,93	28,82	50,79	3,61	15,98
Середня по областях	3,12	22,74	55,69	6,51	11,94

Згідно представлених даних, позитивні результати реабілітації досягнуті загалом у 25,86% (повна + часткова реабілітація), негативні результати (збільшився ступінь обмеження життєдіяльності) – в 6,51%, реабілітаційні

заходи не дали результатів в 55,69%. Найбільш високі показники повної реабілітації мають місце при патології органів зору, хворобах сечостатевої системи, хворобах органів травлення. Найбільш низькі – при психічних та ендокринних хворобах, негативні – при хворобах крові та кровотворних органів, патології органів зору, хворобах травлення. Найбільший контингент інвалідів, у яких заходи реабілітації не дали результатів, спостерігався при психічних хворобах та захворюваннях системи кровообігу, органів дихання.

Існуюча на даний час методика оцінки реабілітації інвалідів основана на формальних ознаках змін групи інвалідності при переосвідченні та інтегрально характеризує тільки одну сторону реабілітації інвалідів. Вона пов'язана з експертними підходами, критеріями оцінки ступеню обмежень життєдіяльності та інвалідності. Представлені дані показують, що бажано було б переглянути експертні підходи при деяких нозологічних формах, наприклад, при ендокринній та психіатричній патології.

Аналіз показників ефективності реабілітації по регіонах показав значні розбіжності.

Висновки. Державою гарантовані різноманітні реабілітаційні послуги, засоби, виробы, які спрямовані на покращення життя, усунення або зменшення функціональних порушень та обмежень життєдіяльності, досягнення соціальної незалежності осіб з особливими потребами, але неповне їх використання та визначення потреб інвалідів в заходах медико-соціальної реабілітації значно знижують їх ефективність. Ускладнюють побудову єдиної системи реабілітації відсутність системного підходу в оцінці результатів роботи МСЕК з медико-соціальної реабілітації та недосконалість роботи лікарів-реабілітологів МСЕК, яка потребує покращення.

Література

1. Коробов М. В. Актуальные вопросы становления и развития реабилитологии // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов: Сборник научных трудов. – С-Пб., 2001. – Вып. 7. – С. 9-21.
2. Шестаков В. П. Научное обоснование системы оценки и контроля качества медико-социальной реабилитации инвалидов: Дис. ... докт. мед. наук. – Москва, 2008. – 419 с.
3. Шевчук В. І., Яворовенко О. Б., Беляєва Н. М., Шевчук С. В. Реабілітація інвалідів: монографія. – Вінниця: ФОП Данилюк В. Г., 2012. – 216 с.
4. Смычек В. Б. Реабилитация больных и инвалидов. – М.: Мед. лит., 2009. – 560 с.
5. Постанова КМУ від 23 травня 2007 р. № 757 «Про затвердження положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда».
6. Пузин С. Н., Кузьмишин П. Е., Бетремеев А. А. Потребность больных ишемической болезнью сердца в различных видах медико-социальной реабилитации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2003. – № 4. – С. 29-30.

7. Андреева О. С. Организационные и методические основы формирования и развития государственной службы реабилитации в Российской Федерации: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Москва, 2007. – 176 с.

8. Голяченко А. О. Шляхи оптимізації організації та підвищення якості і ефективності медичної реабілітації: Методичні рекомендації / А. О. Голяченко, Г. О. Слабкий. – Київ: МОЗ України, 2008. – 26 с.

9. Хобзей М. К., Іпатов А. В., Коробкін Ю. І., Мороз О. М. Аналіз сучасного стану реабілітації інвалідів в Україні // Медичні перспективи. – 2010. – Т. XV, № 4. – С. 1-6.

10. Постанова КМУ від 3 грудня 2009 р. № 1301 «Про затвердження Порядку забезпечення інвалідів і дітей-інвалідів технічними та іншими засобами».

11. Тимчасові рекомендації щодо заповнення, виконання та контролю за ефективністю індивідуальних реабілітаційних програм: Методичні рекомендації / В. В. Маруніч, А. В. Іпатов, Ю. І. Коробкін. – Дніпропетровськ: Пороги, 2008. – 111 с.

2. МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВІДНОВЛЕННЯ, ЗБЕРЕЖЕННЯ, ЗМІЦНЕННЯ І ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

УДК: 612-043.7:612.017

ЩОДО ІНФОРМАТИВНОСТІ ІНДЕКСУ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН У ХАРАКТЕРИСТИЦІ АДАПТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ

Анатолій Босенко, Марія Топчії

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний
університет імені К. Д. Ушинського», Одеса, Україна
bosenco@ukr.net, topciy_maria@ukr.net*

In the functional diagnostics at least three normative tables are used for estimation of adaption potential (AP), each being essentially distinctive in ambiguous characteristics given. According to the existing norm, AP weakly correlates to the functional abilities of trained adolescents and youths.

Keywords: adaption potential, normative values, youths, functional tests.

W diagnostyce funkcjonalnej wykorzystują się co najmniej trzy tabele normatywne w celu oceny potencjału adaptacyjnego (PA), które istotnie różnią się i dają niejednoznaczną charakterystykę. Zgodnie z istniejącymi normami PA słabo koreluje z funkcjonalnymi możliwościami przeszkolonych nastolatków i junaków.

Słowa kluczowe: potencjał adaptacyjny, wartości normatywne, junacy, testy funkcjonalne.

Вивчення адаптаційних можливостей організму є однією із актуальних проблем у широкому колі наукових та практичних сфер. За період розвитку функціональної діагностики розроблено велику низку методів і методичних підходів щодо їх визначення.

В останні роки великої популярності в характеристиці адаптаційних можливостей за умов спокою набув так званий індекс функціональних змін (ІФЗ), який запропонувала А. П. Берсеньова [2] для визначення рівнів адаптації за Р. М. Баєвським [1]. Однак, слід зазначити, що до цього часу відсутні чіткі диференційовані за віком, статтю, професійним спрямуванням тощо норми індексу функціональних змін (ІФЗ). В науковій літературі циркулюють декілька підходів щодо оцінки адаптаційного потенціалу з посиланнями на роботи Р. М. Баєвського і використанням при цьому різних нормативних меж і, відповідно, з отриманням неоднозначних висновків.

У серії досліджень з використанням дозованих та напружених фізичних навантажень взяли участь треновані підлітки 13–14 (n = 56), та юнаки 17 років (n = 73). Комплекс методик передбачав функціональний контроль фізичної працездатності, стану центральної нервової, серцево-судинної, дихальної систем, механізмів регуляції серцевого ритму та ін.

Результати досліджень показали, що адаптаційний потенціал за існуючими нормами не відбиває у повній мірі дійсний стан тренованих підлітків і юнаків та їх адаптаційні резерви, про що свідчать ненормальний розподіл обстежених за рівнями АП та дослідження з використанням дозованих і напружених фізичних навантажень. Показано, що особи з напруженням механізмів адаптації або з незадовільним її рівнем можуть виявляти високі функціональні можливості, особливо в умовах підвищеної позитивної мотивації діяльності, що може свідчити про індивідуальність формування функціональної системи адаптації, її можливі численні варіанти.

Аналіз кореляційних залежностей між ІФЗ, що характеризує адаптаційний потенціал тренованих підлітків і юнаків, і низкою функціональних критеріїв не виявив тісних значущих зв'язків. Відмічались слабкі і середньої сили залежності між адаптаційним потенціалом і більшістю показників адаптаційних можливостей організму обстежених.

Отже, експериментальні матеріали свідчать про необхідність розробки нових нормативних оціночних таблиць ІФЗ, які б відповідали вимогам адекватної оцінки адаптаційного потенціалу з урахуванням віку у десятковій системі, рівня фізичної підготовленості, спортивної спеціалізації і кваліфікації тощо особи, яка підлягає функціональній діагностиці.

Література

1. Баевский Р. М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии / Р. М. Баевский. – М.: Наука, 1979. – 296 с.
2. Берсенева А. П. Принципы и методы массовых донозологических обследований с использованием автоматизированных систем: автореф. дис. докт. мед. наук / А.П. Берсенева. – К., 1991. – 27 с.

УДК 612. 017.2 + 616.53-002 + 616.003.96

ОЦІНКА СТАНУ АДАПТАЦІЇ ЯК ОСНОВА ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Ельвіра Солошенко, Зоя Шевченко

*ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМНУ», Харків, Україна
elvirasolo@ukr.net*

Przeprowadzono analizę stanu adaptacyjnego napięcia u chorych na rozpowszechnione choroby skóry. W strefie podwyższonego ryzyka zaburzenia adaptacyjnego znajdowali się głównie chorzy na łuszczycę i pokrzywkę; w strefie wysokiego ryzyka zaburzenia adaptacyjnego - chorzy na trądzik różowy i wyprysk oraz z alergią pokarmową i atopowym zapaleniem skóry; w strefie ostrego i przewlekłego stresu – chorzy na wyprysk, pokrzywkę i z atopowym zapaleniem skóry.

Słowa kluczowe: stanu adaptacyjnego napięcia, strefie podwyższonego ryzyka.

Загальновідомо, що адаптація розглядається як пристосовуваність до навколишнього середовища, а оцінка адаптаційних можливостей організму - як один з найважливіших критеріїв стану здоров'я.

Мета роботи – аналіз стану адаптаційної напруги у хворих на поширені дерматози, що асоційовані з лікарською хворобою.

Матеріали і методи дослідження. Під наглядом знаходилось 195 хворих на поширені дерматози, що асоційовані з лікарською хворобою. Серед обстежених було зареєстровано 23,60% хворих на кропив'янку, 12,3% хворих на екзему, 11,3% хворих на харчову токсидермію, 13,8% хворих на псоріаз, 12,8% хворих на atopічний дерматит, 26,2 % хворих – на інші дерматози. Контрольну групу склали 15 практично здорових осіб. Стан адаптації визначали за типом адаптаційної реакції по відсотковому вмісту лімфоцитів в лейкоцитарній формулі.

Отримані результати. Серед 195 хворих на поширені дерматози алергічні реакції до лікарських засобів виявлено практично у всіх обстежених. Серед хворих на екзему сенсibiliзація встановлена у 70,8% обстежених, серед хворих на харчову токсикодермію – у 22,7% обстежених, серед хворих на псоріаз – у 44,4%, серед хворих на atopічний дерматит – у 72,0%, серед хворих на кропив'янку та інші дерматози – у 60,8%. Найчастіше сенсibiliзацію реєстрували до антибіотиків (48 хворих, 24,6%), серцево-судинних препаратів (34 хворих, 17,4%), а також до місцевих анестетиків, знеболювальних засобів (31 хворий, 15,9%) та гіпотензивних препаратів (30 хворих, 15,4%). Поряд з переліченими засобами встановлено алергічні реакції до протизапальних (24 хворих, 12,3%), кортикостероїдних (10 хворих, 5,1%) та антигістамінних (8

хворих, 4,1%) препаратів, вітамінів (27 хворих, 13,8%), засобів для лікування патології шлунково-кишкового тракту (22 хворих, 11,3%). Як свідчить аналіз наведених даних, серед хворих на поширені дерматози в реакції тренування перебувало 32,9% обстежених, в зоні спокійної активності – 19,5%, у зоні підвищеної активності – 14,7%, у зоні переактивації – 8,5%, у зоні гострого стресу – 12,2%, у зоні хронічного стресу – 12,2%. Приблизно однакова кількість хворих знаходилася в зоні підвищеної активації та переактивації (23,2%) та в зоні гострого і хронічного стресу - (24,4%), що свідчить про порушення рівня адаптаційної напруги організму у 47,6% хворих порівняно з особами контрольної групи, у котрих індекс за Гаркаві, як рівень адаптаційної напруги, був у межах норми (40% практично здорових осіб знаходилися в зоні тренування, а 60% – у зоні спокійної активації). Щодо аналізу стану адаптаційної напруги при кожному дерматозу, то встановлено, що в зоні підвищеної активації перебували переважно хворі на псоріаз (29%) і на кропив'янку (22%); у зоні переактивації – хворі на харчову токсидермію (22%), на рожеві вугрі (16%), на атопічний дерматит (16%) та екзему (14%); у зоні гострого і хронічного стресу – хворі на атопічний дерматит (24%), кропив'янку (16%) та екзему (14%).

Висновок. У результаті оцінки адаптаційних механізмів встановлено, що в 47,6% (із них 23,2% знаходились в зоні підвищеної активації та переактивації, і - 24,4% в зоні гострого та хронічного стресу) хворих на поширені дерматози, що асоційовані з ЛХ, виявлені вагомні порушення стану здоров'я.

УДК 612.821 + 371.26 + 378/178 + 159.923

EDUCATIONAL STRESS AND MECHANISMS OF PSYCHOLOGICAL PROTECTION OF STUDENT YOUTH: PROBLEMATIC ISSUES, PHYSIOLOGICAL AND HYGIENIC ASPECTS*

*Makarov S. Y. Panchuk O. Y. Serheta I. V.
National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine*

**Тези доповіді. Стаття буде надрукована у
Журналі клінічних та експериментальних медичних досліджень
(JC&EMR) (<http://ujcem.med.sumdu.edu.ua/ua/>)*

During the research the physiological and hygienic features of changes in the leading characteristics of the mechanisms of psychological protection of students who are in the conditions of educational stress in a higher medical educational institution are determined. The study was conducted among 247 students (125 girls

and 122 youths), who studied at 1, 3 and 5 courses of dental faculties and 3 courses of medical faculty. In order to carry out the diagnosis of the peculiarities of the mechanisms of psychological protection, the personal questionnaire of Plucchik-Kellermann-Konte used to determine the degree of development such mechanisms of psychological protection as mechanisms of displacement, regression, substitution, negation, projection, compensation, hypercompensation and rationalization. The statistical analysis of the data obtained involved the implementation of descriptive statistics procedures based on the application of the application package of multivariate statistical analysis "Statistica 6.1 for Windows". In the course of researches aimed at studying the peculiarities of the mechanisms of psychological protection of students during the period of training in the institution of medical education (permanent component of educational stress), it was established that during the time of observations in girls the most essential are such mechanisms of psychological protection as projection, rationalization, displacement and regression, in youths – such mechanisms of psychological protection as rationalization, negation, projection and displacement. In the course of researches that envisaged the study of the peculiarities of the mechanisms of psychological protection of students in the conditions of examination stress (situational (urgent) component of educational stress), it was found that during the time of observations in girls the most essential are such mechanisms of psychological protection as rationalization, negation, projection and compensation, in youths – such mechanisms of psychological protection as rationalization, negation, and projection. It was determined that the widespread phenomenon is the growth of indicators of mechanisms of psychological protection for its most destructive types, such as projection and displacement, which in the most significant way contribute to the occurrence of distortion phenomena in the processes of professional development of future specialists.

УДК: [615.282:547.853]:615.372/.07

ИЗУЧЕНИЕ ОСТРОЙ И ПОДОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ СУБСТАНЦИИ С ПРОТИВОГРИБКОВЫМ ДЕЙСТВИЕМ

Дербисбекова У.Б.^{1}, Датхаев У.М.¹, Момбеков С.Е.¹, Рахимов К.Д.²,
Шарапатдин А.К.¹, Шалабай А.К.¹*

*¹Казахский Национальный медицинский университет имени
С.Д.Асфендиярова, Алматы, Казахстан*

*²Казахский медицинский университет непрерывного образования,
Алматы, Казахстан
derbisbek_uldan@mail.ru*

*В данной работе авторами исследована острая и подострая токсичность субстанции 2-(6-гидроксиметил-9-метил-2-(4-фторфенил)-5Н-пиридо[4',3':5,6]пирано[2,3-*d*]пиримидин-4-илсульфанил)-1-*N*-пиперидинилэтанола (производные 4Н-пиридо[4',3':5,6]пирано[2,3-*

d]пиримидина). Целью изучения острой и подострой токсичности субстанции является определение переносимых, токсических и летальных доз лекарственного средства и причин наступления гибели животных. Острую токсичность исследуемой субстанции изучали на белых беспородных мышах. Суспензию вводили животным однократно в желудок с помощью зонда в диапазоне доз от 10 до 50 мг после суспендирования субстанции. Параллельно исследовали острую токсичность эталонного образца исследуемой субстанции с субстанцией с противогрибковым действием Флуцитозина (Flucytosine). Подострую токсичность исследуемой субстанции тоже изучали на белых беспородных мышах массой 18-22 г. Животные были разбиты на 3 группы — контрольную и 2 опытные, по 7 мышей в каждой. Животные опытных групп получали исследуемую субстанцию, а так же субстанцию для сравнения, с кормом в дозе 30 мг ежедневно в течение 14 сут. В результате проведения исследования было установлено, что животные, получавших исследуемую субстанцию, не отличались от контроля. Животные были активны, рефлексy живые, прием воды и пищи без особенностей, естественные отправления не нарушены. Таким образом, субстанция пиперидинилэтанона является малотоксичным веществам (IV класс опасности) и может быть рекомендован для клинических исследований.

Ключевые слова: субстанция, Флуцитозин, производные пиримидина, пиперидинилэтанон.

In this study, the authors investigated the acute and subacute toxicity of the subatination of 2-(6-hydroxymethyl-9-methyl-2-(4-fluorophenyl)-5H-pyrido [4',3':5,6]pyrano[2,3-d]pyrimidin-4-ylsulfanyl)-1-N-piperidinyl ethanone 4H-pyrido[4',3':5,6]pyrano[2,3-d]pyrimidine derivatives). The purpose of studying the acute and subacute toxicity of the subsystem is to determine the tolerable, toxic and lethal doses of the drug and the causes of the onset of animal death. Acute toxicity of the test substance was studied in white mongrel mice. The suspension was administered to the animals once in the stomach with a probe at a dosage range of 10 to 50 mg after suspension of the substance. In parallel, the acute toxicity of the reference sample of the test substance with the substance with an antifungal action of Flucytosine (Flucytosine) was studied. Subacute toxicity of the test substance was studied in white mongrel mice weighing 18-22 g. The animals were divided into 3 groups - control and 2 experienced, 7 mice each. The animals of the experimental groups received the test substance, as well as the reference substance, with a dose of 30 mg daily for 14 days. As a result of the study, it was established that the animals that received the test substance did not differ from the control. The animals were active, the reflexes were alive, the intake of water and food without special features, natural dispatches were not violated. Thus, the substance of piperidinyl ethanone is a low-toxic substance (Class IV hazard) and can be recommended for clinical studies.

Keywords: substance, Flucytosine, pyrimidine derivatives, piperidinyl ethanone.

W tym artykule autorzy badali ostre i podostre toksycznosc substancji 2- (6- hydroksymetylo-9-metylo-2- (4 fluorofenylo) -5H-pirydo [4", 3' : 5,6] pirano [2,3-d i]

pirymidyn-4-ylosulfanylo) -1-N- (piperidiniletanona pochodnych 4H-pirydo [4", 3' : 5,6] pirano [2,3-d] pirymidyna). Celem zbadania ostrej i podostrej toksyczności substancji jest określenie tolerowanych, toksycznych i śmiertelnych dawek leku oraz przyczyny początków śmierci zwierząt. Ostra toksyczność badanej substancji badano u myszy białych koniowatych. Zawiesinę podawano zwierzętom raz w żołądku sondą w dawce od 10 do 50 mg po zawieszeniu substancji. Jednocześnie badano ostre toksyczność próbki referencyjnej badanej substancji z substancją o działaniu przeciwgrzybiczym Flucytozyna (Flucytozyna). Toksyczność podostra badanej substancji badano również u białych koniowatych myszy ważących 18-22 g. Zwierzęta podzielono na 3 grupy - grupę kontrolną i 2 eksperymentalne, po 7 myszy. Zwierzęta z grup doświadczalnych otrzymały badaną substancję, jak również substancję odniesienia z paszą w dawce 30 mg na dobę przez 14 dni. W wyniku badania ustalono, że zwierzęta, które otrzymały badaną substancję, nie różniły się od kontroli. Zwierzęta były aktywne, refleksy były żywe, spożycie wody i żywności bez szczególnych cech, naturalne przysyłki nie zostały naruszone. Zatem substancja piperidynyloetanonu jest substancją o niskiej toksyczności (zagrożenie klasy IV) i może być zalecana do badań klinicznych.

Słowa kluczowe: substancja, flucytozyna, pochodne pirymidyny, eteron piperidynyloowy.

В последнее время заболеваемость *грибковыми* заболеваниями имеет тенденцию к непрекращающемуся росту. Этому фактору способствует увеличение в возрастной структуре населения - лиц пожилого и старческого возраста, среди которых число больных микозами достигает 50%. Данный контингент является резервуаром и постоянным источником распространения инфекции, особенно при внутрисемейном пути ее передачи, который в настоящее время, по данным проведенных эпидемиологических исследований, отмечается у 28% пациентов молодого и среднего возраста. Росту дерматофитий способствует возрастание в популяции лиц с иммунодефицитными состояниями врожденного или приобретенного характера. Ухудшение экологической обстановки, материальных и социальных условий существования для большинства населения РК привело к росту фоновых соматических состояний, предрасполагающих к развитию грибковых заболеваний [1-3].

В народной медицине широко известны различные лекарственные растения как средство для лечения грибковых заболеваний, например: маклюра оранжевая. Биологический состав маклюры делает его уникальным природным противогрибковым средством с широким спектром действия. Лекарственным сырьем у маклюры служит зрелое соплодие. Большое количество флавоноидов в экстракте маклюры помогает в короткие сроки восстановить защитные силы организма и *способствует исчезновению* грибковых заболеваний. Фармацевтические компании не используют растение для изготовления лекарственных средств из-за его малой изученности [4].

В настоящее время в клинической практике имеется определенный выбор препаратов, обладающих антимикотической активностью, как системного, так и локального действия, но вызываемые ими побочные или токсические эффекты нередко ограничивают их применение в медицинской практике. Например, антибиотик гризеофульвин обладает высокой токсичностью, тератогенным и эмбриотоксическим действием. Производные имидазола и триазола (кетоназол, итраконазол, бифоназол, оксиконазол, флуконазол, клотримазол) при системном применении в разной степени обладают гепатотоксичностью и неблагоприятным действием на эндокринные органы, при местном применении способствуют возникновению аллергических реакций. Производные группы аллиламинов (тербинафин, толнафтат, нафтифин) при системном применении оказывают побочное действие на желудочно-кишечный тракт и отрицательное инотропное действие. При длительном местном применении способствуют развитию аллергических реакций [5].

В связи с этим поиск, разработка и внедрение в практическое здравоохранение высокоактивных и малотоксичных лекарственных средств, способных специфически воздействовать на патогенные грибы, не оказывая при этом нежелательного действия на организм, является актуальной темой.

Цель: изучение фармакологического действия субстанции 2-(6-гидроксиметил-9-метил-2-(4-фторфенил)-5*H*-пиридо[4',3':5,6]пирано[2,3-*d*]пиримидин-4-илсульфанил)-1-*N*-пиперидинилэтанона (производные 4*H*-пиридо[4',3':5,6]пирано[2,3-*d*]пиримидина), выявление таких действий, как острая и подострая токсичность.

Материалы и методы. Испытание проводили на здоровых беспородных белых мышах обоего пола весом 18-22 г, на которых ранее не проводили никаких испытаний. Источник получения животных и место проведения исследования виварий КазНМУ имени С.Д.Асфендиярова, г. Алматы (Казахстан). Температурный режим 22⁰С, относительная влажность 55%.

Острую токсичность субстанции изучали на белых беспородных мышах массой 18-22г, содержащихся на стандартном рационе вивария. Суспензию вводили животным однократно в желудок с помощью зонда в диапазоне доз от 10 до 50 мг после суспендирования субстанций. Параллельно исследовали острую токсичность эталонного образца исследуемых субстанций с субстанцией с противогрибковым действием Флуцитозина (Flucytosine). Срок наблюдения за животными составлял 7 сут.

Подострую токсичность исследуемой субстанции изучали на белых беспородных мышах массой 18-22 г. Животные были разбиты на 3 группы — контрольную и 2 опытные, по 10 мышей в каждой. Животные опытных групп получали исследуемую субстанцию, а так же субстанцию для сравнения, с кормом в дозе 30 мг ежедневно в течение 14 сут [6, 7].

В ходе эксперимента регулярно фиксировались общее состояние животных, особенности их поведения, интенсивность и характер двигательной активности, наличие и характер судорог, координации движений, тонус скелетных мышц, реакцию на тактильные, болевые, звуковые и световые раздражители, частоту и глубину дыхательных движений, ритм сердечных сокращений, состояние волосяного и кожного покрова, окраску слизистых оболочек, размер зрачка, положение хвоста, потребление корма и воды, изменение массы тела [8-10].

Результаты исследований и обсуждение. Проведенные исследования острой токсичности не выявили различий в эффектах сравниваемых образцов исследуемой субстанции (табл. 1).

Таблица 1

Изучение острой токсичности исследуемой субстанции 2-(6-гидроксиметил-9-метил-2-(4-фторфенил)-5Н-пиридо[4',3':5,6]пирано[2,3-d]пиримидин-4-илсульфанил)-1-N-пиперидинилэтанона

№	Исследуемые образцы	Доза, мк/кг	Кол/во животных в группе	Летальность
1	Исследуемая субстанция пиперидинилэтанона	1000	10	1
		3000	10	0
		5000	10	0
2	Субстанция для сравнения Флуцитозин (Flucytosine)	1000	10	0
		3000	10	0
		5000	10	0

Гибели животных в изучаемом диапазоне доз, как при исследовании субстанции, так и опытного и эталонного образцов субстанции, не отмечалось. По острой токсичности исследуемая субстанция не отличается от таковых эталонного образца. Колебания массы тела у мышей всех групп не превышали 10 % и были недостоверными; относительная масса внутренних органов также не изменялась. Общее состояние и поведение животных, получавших исследуемую субстанцию, не отличались от контроля. Животные были активны, рефлексы живые, прием воды и пищи без особенностей, естественные отправления не нарушены.

При изучении подострой токсичности исследуемой субстанции в течение периода наблюдения во всех группах животных летальных исходов не отмечали. Животные во всех группах оставались активными, не зафиксировано изменение со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой, центральной нервной систем. Состояние волосяного покрова, слизистых оболочек без изменений. Потребление корма и воды в прежнем режиме. Масса тела животных оставалась на уровне исходным цифр (табл. 2).

Таблица 2

Динамика массы тела мышей принимающих изучаемых препаратов при изучении подострой токсичности

№	Исследуемые образцы	Дни после начала эксперимента / масса (г)							Итоговый дефицит/ прибавка, г
		1	3	5	7	9	11	14	
1	3% исследуемая субстанция	27,1	27,0	27,3	26,4	25,6	26,6	27,1	+ 3,1
		26,4	26,3	26,2	25,8	25,0	24,4	24,0	+ 0,2
		20,0	20,1	20,4	20,4	20,0	20,2	20,7	+ 1,0
		21,0	21,0	21,1	20,5	20,3	20,1	20,0	+ 0,3
		21,3	21,2	21,3	20,8	21,1	20,9	21,2	+ 0,1
		23,0	22,9	23,0	22,7	22,3	22,6	23,7	+ 2,0
2	Флуцитозин (Flucytosine)	27,0	27,1	27,2	26,4	25,4	26,7	27,1	+ 3,1
		26,5	26,4	25,3	25,7	25,1	24,6	24,3	+ 0,2
		20,1	20,0	20,4	20,0	20,0	20,6	20,7	+ 1,0
		21,0	21,0	21,1	20,5	20,3	20,1	20,0	+ 0,3
		21,2	21,3	21,3	21,1	20,8	20,9	21,2	+ 0,1
		22,9	23,0	23,0	22,7	22,6	22,3	23,7	+ 2,0
Средняя прибавка/дефицит массы тела +1,1 ± 0,5									

Таблица 3

Определение LD₅₀ субстанции 2-(6-гидроксиметил-9-метил-2-(4-фторфенил)-5Н-пиридо[4',3':5,6]пирано[2,3-d]пиримидин-4-илсульфанил)-1-N-пиперидинилэтанона (производные 4Н-пиридо[4',3':5,6]пирано[2,3-d]пиримидина)

№		Исследуемые образцы	
		№ 1 Исследуемая субстанция	№ 2 Субстанция Флуцитозина
1	Выжило	29	30
2	Погибло	1	0
3	Z	0	0
4	D	0,5	0,5
5	Zd	0	0

Z – среднее значение числа погибших мышей между группами, ближайшими по исследуемым дозам; D – интервал между дозами; Zd – произведение среднего значения числа погибших мышей между группами и интервал между дозами.

LD₅₀ вычисляли по формуле (1):

$$LD_{50} = LD_{100} - \frac{\sum(Zd)}{n} \quad (1)$$

где, n – количество животных в опытной группе;

$\sum(Zd)$ – сума всіх произведених среднего числа погибших мышей между группами и интервала между дозами; $\sum(Zd) = 0$

LD₅₀ > №1 и №2 образцах, так как при введении в диапазоне доз от 10 до 50 мг не наблюдали гибели животных.

Приложение 1

Состав геля геля под условным названием "Anticandid" на основе субстанции 2-(6-гидроксиметил-9-метил-2-(4-фторфенил)-5H-пиридо[4',3':5,6]пирано[2,3-d]пиримидин-4-илсульфанил)-1-N-пиперидинилэтанона.

Действующее вещество:

АФИ 3,0%

Вспомогательные вещества:

Димексид 3,0%

Пропиленгликоль (ПГ) 50,0%

Карбопол Ultrez 20 1,0%

Триэтаноламин 1,0%

Вода очищенная До 100,0%

Выводы. Проведенные исследования внутренних органов животных при изучении острой и подострой токсичности субстанции 2-(6-гидроксиметил-9-метил-2-(4-фторфенил)-5H-пиридо[4',3':5,6]пирано[2,3-d]пиримидин-4-илсульфанил)-1-N-пиперидинилэтанона (производные 4H-пиридо[4',3':5,6]пирано[2,3-d]пиримидина) указывает на отсутствие токсических проявлений, таким образом, исследуемую субстанцию можно отнести к малотоксичным веществам (IV класс опасности).

Литература

1. Antifungal susceptibility of bloodstream fee lates of Candida spp. from Kuwait / T.D. Chugh et al. // J. Clin. Microbiol. Infec. 2003. - Vol. 9. - P. 365.
2. Candida chorioamnionitis after serval therapeutic amiocenteses: a possible association / M.E. Rode et al. // J. Perinatol. 2000. - Vol. 20(5). - P. 335-337.
3. Fungal phospholipase activity and susceptibility to lipid preparations of amphotericin B / M. Gottfredsson et al. // Antimicrob. Agents Chemother. -2001. Vol. 45. - P. 3231-3233.
4. Ахмедходжаева, Н. М. Фитохимическое изучение маклюры оранжевой, культивируемой в Узбекистане : автореф. дис. ... канд. фармац. наук : 791 / Н. М. Ахмедходжаева ; 1-й Моск. мед. ин-т им. И. М. Сеченова. - М., 1972. - 23 с.
5. Kumarasinghe S.P., Kumarasinghe M.P. Itraconasol puis therapy in chromoblastomycosis // Eur. J. Dermatol. 2000. - №3. - P. 220-222.

6. Хабриев Р.У. Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ. Изд.2.- Москва. - 2005. - С. 41-53.

7. Миронова А.Н. «Руководства по проведению доклинических исследований лекарственных средств». Часть 1-ая. - Москва. - 2012. - С. 13-23.

8. Березовская И.В. Классификация химических веществ по параметрам острой токсичности при парентеральных способах введения // Хим.фарм.журн.-2003. – Т.37, №3. – С.32–34.

9. Березовская И.В., Иванов В.М. Актуальные проблемы безопасности дженериков // Бюллетень ВНЦ БАВ. - Старая Купавна, 2002.-С. 37-52.

10. Общая токсикология / Под.ред. Б.Б. Курляндского, В.А. Филова. – М.: Медицина, 2002.– С. 606.

УДК 577.171.55:-796.071.7:61

ФАРМАКОЛОГІЧНА ПРОФІЛАКТИКА ПЕРЕНАПРУЖЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ЯК ФАКТОР ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я СПОРТСМЕНІВ

Лариса Гуніна

Національний університет фізичного виховання і спорту України,

Київ, Україна

gunina.sport@gmail.com

Due to the worsening of WADA's requirements regarding myocardial protection and the prohibition of the most commonly used trimetazidine and meldonium in sport, new directions for the use of cardioprotectors are needed. The use of direct cardioprotectors related to different groups and differing in the main vector of action on myocardium, as means of maintaining the health of athletes, is positioned.

Keywords: sport, myocardial metabolism, myocardiocyte, overstrain, cardioprotectors.

Ze względu na pogarszające się wymagania WADA dotyczące ochrony mięśnia sercowego i zakazu stosowania najczęściej stosowanej trimetazydyny i meldonium w sporcie konieczne są nowe kierunki stosowania kardioprotektorów. Umieszcza się bezpośrednio kardioprotektory powiązane z różnymi grupami, różniące się głównym wektorem działania na mięśniach sercowych, jako środkiem utrzymania zdrowia sportowców.

Słowa kluczowe: sport, zawał miokardiotsit metabolism, nadmierny wysiłek, kardioprotektory.

Перенапруження серцево-судинної системи є одним з найважливіших проявів спортивно-медичної патології та етіопатологічним чинником формування гіпертрофічної кардіоміопатії з погіршенням стану здоров'я і виникненням раптової серцевої смерті спортсменів. Тому освітлення фармакологічних засобів, що здатні протидіяти розвитку перенапруження серцево-судинної системи, є актуальним для сучасної спортивної кардіології та практики підготовки спортсменів. Дані останніх років дають підстави стверджувати, що фізичні навантаження – не стільки самостійна причина, скільки пусковий фактор, який на тлі інтенсифікації обміну речовин сприяє активізації патологічних процесів в міокарді [1]. На жаль, після заборони використання в спорті субстанцій на основі триметазидину та мельдонію у розпорядженні сучасного спортивного кардіолога залишається не дуже значний за обсягом перелік засобів кардіопротекторної спрямованості. Згідно сучасним даним, вони повинні впливати, по-перше, на клітинний метаболізм; по-друге, на структуру і функцію клітинних мембран; і, по-третє, на іонний гомеостаз [2]. На жаль, в спорті використання кардіопротекторів відбувається переважно безсистемно, без урахування основних точок прикладання дії, а перелік використовуваних препаратів досить вузький.

На сьогодні основними незабороненими фармакологічними засобами захисту міокарда для застосування в спорті повинні бути прямі кардіопротектори різних груп, зокрема, регулятори обміну речовин (панангін, АТФ-лонг і АТФ-форте, засоби на основі таурину), представники стимуляторів піруват-дегідрогенази (засоби на основі L-карнітину елькар, кардонат, карніель), препарати антиоксидантної та мембранопротекторної дії (вітамін Е; бурштинова кислота та її похідні; тіотриазолін); цілком обґрунтованим у представників циклічних видів спорту є також застосування донаторів оксиду азоту (тивортин аспартат). У більшості клінічних ситуацій в спорті вищих досягнень кардіопротектори метаболічної дії відіграють допоміжну роль, але якщо порушення метаболізму є основним патогенетичним механізмом формування хронічного перенапруження серцево-судинної системи, то саме ці препарати стають основою профілактики і корекції функціональних порушень та збереження здоров'я спортсменів.

Література

1. Fouré A, Wegrzyk J, Le Fur Y, Mattei JP, Boudinet H, et al. *Med. Sci. Sports Exerc.* 2015;47(6):1135-44. doi: 10.1249/MSS.0000000000000523.
2. Усачева ЕВ. Мифы и реальность кардиопротективной терапии. *Рос мед журн.* 2016;(9):546-59.

УДК 796:338.28

МЕНСТРУАЛЬНИЙ ЦИКЛ ТА ЗНАЧЕННЯ СТАТЕВОГО ДИМОРФІЗМУ У СПОРТСМЕНОК В АТЛЕТИЧНИХ ВИДАХ СПОРТУ

Костянтин Бугаєвський

*Класичний приватний університет, Інститут здоров'я, спорту та туризму,
Запоріжжя, Україна
apostol_luka@ukr.net*

The article presents the results of a study aimed at determining the features of the course of the menstrual cycle and the formation of sexual somatotypes in girls engaged in athletic sports. The analysis of the obtained results is made, practical recommendations are given.

Keywords: athletes, menstrual cycle, sexual dimorphism, weightlifting, powerlifting.

W artykule przedstawiono wyniki badań mających na celu określenie cech cyklu menstruacyjnego i powstawanie somatotypów seksualnych u dziewcząt, zajmujących się atletyką. Przeprowadzono analizę uzyskanych wyników, podano praktyczne zalecenia.

Słowa kluczowe: sportowcy, cykl menstruacyjny, dymorfizm seksualny, podnoszenie ciężarów, powerlifting.

Питання, що стосуються впливу фізичних і психо-емоційних навантажень на жіночий організм, є завжди актуальними, також при проведенні медико-біологічних досліджень спортсменок, що займаються важкою атлетикою і пауерліфтингом. У дослідженні взяло участь 11 спортсменок, що займаються важкою атлетикою і 12 спортсменок, що займаються пауерліфтингом. Всі спортсменки були віднесені до юнацького (n=16) і до I репродуктивного віку (n=7). Розподіл статевих соматотипов по Дж. Таннеру в групах спортсменок було наступне: важка атлетика, андроморфний статевої соматотип – 4 (36,36%) спортсменки, мезоморфний – 6 (54,55%) спортсменок, гінекоморфний – 1 (9,09%) спортсменка. У дівчат, що займаються пауерліфтингом було визначено: андроморфний статевий соматотип – у 5 (41,67%) спортсменок, мезоморфний – у 6 (50,00%), гінекоморфний – у 1-ї (8,33 %) спортсменки. Визначено, що в групі важкоатлеток сумарна кількість спортсменок з «нежіночими» статевими соматотипами склала 10 (90,91%) при наявності лише однієї спортсменки з гінекоморфним статевим соматотипом. Аналогічна картина і в групі спортсменок, що займаються пауерліфтингом – загальна кількість дівчат з анроморфним і мезоморфним статевими соматотипами становить 11 (91,67%), при наявності також лише 1-ї спортсменки з гінекоморфним статевим соматотипом. Розглядаючи дані, що стосуються

особливостей менструального циклу (МЦ) і варіантів його порушень, вдалося отримати такі показники: в групі важкоатлеток ($n=11$) час настання менархе склав $12,26 \pm 0,63$ років. Це трохи нижче середнього показника настання менархе у дівчат на Україні, що становить $12,52 \pm 0,52$ років. Тривалість МЦ у всій групі склала $18,14 \pm 0,53$ днів, що не відповідає загальноприйнятій міжнародній нормі в 21-35 днів. Встановлено, що у 5 (45,46%) спортсменок мають менструації в терміни від 60 до 120 і більше днів, що розцінюється як вторинна аменорея, а у 6 (54,55%) – нестійка кількість днів менструальної кровотечі, від 1-2-х, з мізерними виділеннями, що характерно для оліго-опсоменореї. У даній групі мають місце прояви гіпоменструального синдрому та альгодисменореї. Що стосується спортсменок, що займаються пауерліфтингом ($n=16$), то в цій групі час настання менархе склало $12,13 \pm 0,17$ років. Це також нижче середнього показника настання менархе у дівчат на Україні. Тривалість МЦ у всій групі склала $18,1 \pm 0,32$ днів. У цій групі у 13 (81,25%) виражений передменструальний синдром (ПМС). Тривалість МК в групі склала $2,23 \pm 0,14$ днів, що також не відповідає фізіологічній нормі. В обох досліджуваних групах, у 6 (54,55%) важкоатлеток та у 11 (68,75%) спортсменок, що займаються пауерліфтингом, виявлені різні, часто комбіновані, порушення МЦ і явища дисморфії, зі схильністю до андро- і мезоморфії – у 10 (90,91%) важкоатлеток та у 11 (91,67%) пауерліфтерш.

УДК: 616.37+616.381]-002:575.113.2

POLYMORPHISM OF GENE OF IL-8 CYTOKINE IN ACUTE PANCREATITIS COMPLICATED WITH PERITONITIS

*Volodymir Chumakov, Oleksandr Sytnik, Andriy Dmitruk
Sumy state university, Sumy, Ukraine
triftonte@gmail.com*

This study has assessed the possible association of IL-8 (-251A/T) polymorphism with clinical course of pancreatogenic peritonitis and suggests that the identification of genetic polymorphism of IL-8 (-251A/T) may be informative and serve as an additional criterion to predict both the clinical course and outcome of pancreatogenic peritonitis.

Keywords: acute pancreatitis, pancreatogenic peritonitis, IL-8, gene polymorphism, cytokines.

Te studium zostało przeprowadzone w celu określenia możliwego związku między genetycznym polimorfem cytokiny IL-8 (-251A/T), a jego wpływu na warianty klinicznego przebiegu ostrego zapalenia trzustki, skomplikowanego

zapaleniem otrzewnej i może dostarczać informacji i służyć jak dodatkowe kryterium prognozowania.

Kluczowe słowa: ostre zapalenie trzustki, zapalenie otrzewnej, IL-8, polimorfizm genów, cytokiny.

Objectives. This study has assessed the possible association of IL-8 (-251A/T) polymorphism with clinical course and outcome of pancreatogenic peritonitis.

Methods. Data for the study were DNA samples, received from the leucocytes of 143 humans: 83 patients with pancreatogenic peritonitis, 60 healthy blood donors served as controls. IL-8 (-251A/T) polymorphism detection was made with polymerase chain reaction-restriction fragment length polymorphism (PCR-RFLP).

Results. By analysis of frequency of IL-8 (-251A/T) polymorphism, we found that genotype A/T was the dominant variant (45%) among healthy blood donors. Distribution of IL-8 (-251A/T) polymorphism among patients with pancreatogenic peritonitis without and after surgical treatment is characterized by dominance of genotype T/T in group after surgical treatment ($p < 0.05$). This may indicate association of genotype T/T and unfavorable clinical course of pancreatogenic peritonitis ($OR > 1$). Among patients after surgical treatment genotype A/T was less often met in comparison with the group without it ($p < 0.05$). This may indicate association of genotype A/T and favorable clinical course of pancreatogenic peritonitis ($OR < 1$). Genotype A/A was rarely registered, which may be due to regional peculiarities of the patient's genotype.

Conclusions. This preliminary study suggests that the identification of genetic polymorphism of IL-8 (-251A/T) may be informative and serve as an additional criterion to predict both the clinical course and outcome of pancreatogenic peritonitis; it may also specify indications for surgical treatment. However, the possible role of IL-8 (-251A/T) cytokine polymorphism in the outcome of pancreatogenic peritonitis requires further investigations.

УДК 616.12-008.331.1-085.839.19-036.8

EFFECT OF INTRAVENOUS LOW LEVEL LASER THERAPY ON THE SYSTEMIC HYPERTENSION

*Yevhen Kovalenko, Oksana Melekhovets
Sumy State University, Sumy, Ukraine
LS709@ukr.net*

The purpose of this study is to determine the effects of low-intensity laser therapy on the system hypertension. Low level laser therapy is the effective method

to correct blood pressure parameters and normalize circadian blood pressure rhythm in the limits of 10-20%.

Keywords: low level laser therapy, hypertension, blood pressure rhythm.

Celem tego badania jest określenie wpływu terapii laserowej o małej intensywności na systemową nadciśnienie tętnicze. Terapia laserem niskopoziomowym jest skuteczną metodą poprawiania parametrów ciśnienia krwi i normalizacji rytmu dobowego ciśnienia tętniczego krwi w granicach 10-20%.

Słowa kluczowe: terapia laserowa niskopoziomowa, nadciśnienie tętnicze, rytm ciśnienia krwi.

About 25% of the adult population is suffering from hypertension. The global prevalence in 2025 will grow to 1.5 billion people. Low level laser therapy (LLLT) may be an alternative or complement to the standard treatments.

Objectives. The purpose of this study is to determine the effects of low-intensity laser therapy on the systemic of hypertension.

Methods. Of the 62 persons treated with intravenous laser therapy 30 had normal blood pressure level (1 group) and 32 were hypertensive (2 group). Average course of the intravenous laser therapy include 10 procedures each of 15 minutes with a laser source wavelength $\lambda = 635$ nm and a power of 1.5 mW sterile optical fiber with a diameter of 500 microns was insert in the patient cubital vein. Daily blood pressure monitoring was performed before and 10 days after treatment. We used the device daily monitoring of blood pressure HEACO model ABPM 50.

Results. BP dynamics in 1 group had tendency to decreasing in normal range up to low baseline during treatment course. BP dynamics in 2 group was characterized by decreasing of the average systolic blood pressure (SBP) in $14,86 \pm 3,2\%$, average diastolic blood pressure (DBP) in $8,16 \pm 2,2\%$, average daily SBP in $12,24 \pm 3,6\%$, average daily DBP in $5,1 \pm 1,4\%$, average night SBP in $21,19 \pm 5,2\%$, average night DBP in $16,12 \pm 3,1\%$ ($p < 0.005$). The non-dipper type of the circadian BP rhythm was found in 30% of patients, night-peak type – in 20%, all of them returned to normal after 10-days treatment. Rising BP surge was observed in 35% of patients. It was reduced to $6,1 \pm 0,9$ mmHg for SBP ($p < 0.05$), and $3,4 \pm 0,4$ mmHg for DBP ($p < 0.05$) after LLLT.

Conclusions. Low level laser therapy is the effective method to correct blood pressure parameters and normalize circadian BP rhythm in the limits of 10-20%.

УДК 612.1:616-073.432.19

ИЗМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ГЕМОДИНАМИКИ И ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ НА МОДЕЛИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ВАГОТОНИИ ПРИ БЛОКАДЕ CB1 РЕЦЕПТОРОВ КАННАБИНОИДОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

*Светлана Гаврелюк, Сергей Левенец
Луганский национальный университет имени Тараса Шевченко,
Луганск, Украина
doctsvit@gmail.com*

Prolonged blockade of CB1 causes a decrease in the intraluminal diameter of the abdominal aorta, a violation of the EDD, and an increase in stiffness of the vessel wall with violation of the EIDD. Maintenance of CB1 blockade with vagotonia preserves endothelial function, elasticity of the vessel wall and normal EIDD, but does not prevent the development of hemodynamic disturbances and remodeling of the abdominal aorta wall.

Keywords: endothelial dysfunction, abdominal aorta.

Dłuższy blokada receptorów CB1 powoduje zmniejszenie średniczyniowego średnicy aorty brzusznej, upośledzoną SZR i usztywnienie ściany naczynia z SNZR naruszenie. Towarzyszący blokadę wagotonia CB1 zachowuje funkcję śródbłonna, elastyczność ściany naczyniowej i SNZR normalne, ale nie zapobiega rozwojowi hemodynamiki i przebudowy ściany aorty brzusznej.

Słowa kluczowe: dysfunkcja śródbłonna, aorty brzusznej.

Установлено участие эндоканнабиноидной системы в регуляции сердечного выброса, контроле системного артериального давления и регионального сосудистого сопротивления. Активация CB1 рецепторов каннабиноидов вызывает расширение сосудов и гипотензию, при этом эффект проявляется даже при удалении эндотелия. Однако, некоторые исследователи считают, что доминирующим механизмом действия каннабиноидов на сердечно-сосудистую систему является модуляция вегетативной нервной системы на пресинаптическом уровне.

Целью исследования было оценить изменения ультразвуковых характеристик гемодинамики и функции эндотелия брюшной аорты на модели ваготонии при длительной блокаде CB1 в эксперименте.

Исследования выполнены на четырех сопоставимых группах крыс линии Вистар, которые обследовались методом ультразвукового сканирования на протяжении десятидневного срока эксперимента. В ходе ультразвукового исследования в В-режиме проводили количественную оценку внутрипросветного диаметра сосуда, толщины комплекса интима-медиа, эндотелийзависимую (ЭЗД) и эндотелийнезависимую (ЭНЗД) дилатацию. В

режиме імпульсновопной доплерографії здійснювали дослідження кількісних характеристик кровотока. Змінення діаметра сосуда оцінювали в процентному відношенні к вихідній величині.

По результатам варіаційного аналізу показателів гемодинаміки було виявлено, що довільна ваготонія викликає зменшення внутріпросветного діаметра брюшної аорти, порушення функції ендотелія і підвищення жорсткості стінки досліджуваного сосуда. Довільна блокада СВ1 в сопоставимому експерименті викликає зменшення внутріпросветного діаметра брюшної аорти, втрату реакції ендотелія на ацетилхолін і підвищення жорсткості стінки сосуда з порушенням ЕНЗД. Супроводження же довільної блокади СВ1 ваготонією зберігає функцію ендотелія, еластичність судинної стінки і нормальну реакцію на нітроглицерин, однак не запобігає розвитку порушень гемодинаміки і зменшення внутріпросветного діаметра брюшної аорти.

Для розуміння механізмів розвитку дисфункції ендотелія при поєднанні вегетативних порушень з блокадою СВ1 рецепторів каннабіноїдів необхідно проведення додаткових досліджень.

УДК:615:454.1:615.357:616-001.4:616.5

ПОЛІПШЕННЯ СТАНУ ШКІРИ ЗА ДОПОМОГОЮ БІОЛОГІЧНИХ КОМПОНЕНТІВ

*Бутко Я.О., Деримедвідь Л.В., Ткачева О.В., Уланова В.А.
Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна
yaroslavabutko79@gmail.com*

The histological study of the effects of ceramides on skin healing has been carried out. The results of the experiment showed that ceramides increase the degree of maturity of the newly formed connective tissue and their addition to the cream with mometasone allowed to reduce the negative effect of glucocorticosteroid on wound healing. A promising is the further study of drugs that based on the biological components of the skin.

Keywords: skin, ceramides, wound healing

Przeprowadzono badanie histologiczne wpływu ceramidów na leczenie skóry. Wyniki eksperymentu wykazały, że ceramidy zwiększają stopień dojrzałości nowo powstałej tkanki łącznej i ich dodania do kremu z mometazonem pozwala zredukować negatywny wpływ glikokortykosteroidów na gojenie ran. Perspektywa jest dalszym badaniem leków opartych na biologicznych składnikach skóry.

Słowa kluczowe: skóra, ceramidy, gojenie ran

У спортивній медицині порушення цілісності шкіри під дією різних ушкоджуючих чинників (тертя, травми, запалення та ін.) є найпоширенішою проблемою і розробка нових методів для відновлення нормального стану шкіри є актуальним. Завдяки сучасним біологічним дослідженням структури шкіри стало відомо, що порушення бар'єрних функцій шкіри пов'язано з дефіцитом міжклітинних ліпідів, зокрема, керамідів [1]. Встановлено, що кераміди насичують жирними компонентами епідерміс і звожують його, заповнюють простір між клітинами рогового шару епідермісу, скріплюють їх, відновлюють водно-ліпідний шар, підвищують еластичність і пружність шкіри, в результаті чого знижується проникність шкіри для токсинів, алергенів та ін. Також, до складу керамідів входять поліненасичені жирні кислоти, які є енергетичним резервом для біохімічних процесів і нормалізації регенеративних процесів у клітинах шкіри [2].

Незважаючи на значну кількість ранозагоювальних засобів, проблема відновлення шкіри залишається не вирішеною. Це спричинено нераціональною місцевою терапією, яка сповільнює репаративні процеси. Так, ушкодження шкіри супроводжується запаленням, у т.ч. виникненням дерматитів, для лікування яких традиційно використовують глюкокортикостероїди (ГКС) – мометазона фууроат, метилпреднізолон ацепонат та ін. Відомо, що ГКС мають виражені протизапальні властивості, але негативно впливають на загоєння та відновлення шкіри за рахунок пригнічення синтезу білків (колагену, еластину та ін.). При тривалому нанесенні на шкіру вони уповільнюють епітелізацію та підвищують ризик інфекційних ускладнень шкіри [3].

Нині у сучасній терапії ушкоджень шкіри використовують лікувальні методи, які спрямовані на заміщення шкірного дефекту новоутвореним епідермісом і в основі яких лежить стимуляція проліферації клітин епідермісу [4]. У зв'язку з цим, нові перспективи відкривають ранозагоювальні засоби, які створені з урахуванням біологічних компонентів шкіри і містять пластичний матеріал для реконструкції епідермісу.

Мета/Завдання. Метою роботи стало гістологічне дослідження стану шкіри та якості її загоєння під впливом біологічних компонентів, у т.ч. керамідів.

Методи. Об'єктами дослідження стали креми з вмістом: мометазона фууроат та керамідів, мометазона фууроат, керамідів, технологію яких розроблено в Державному науково-дослідницькому центрі лікарських засобів (ДНЦЛЗ) під керівництвом проф. М.О. Ляпунова.

Гістологічне вивчення впливу керамідів на процес загоєння проведено на моделі лінійних ран. Дослідження проведені під керівництвом доц. кафедри гістології, цитології та ембріології ХНМУ, к.біол.н. Деєвої Т.В. У досліді використано 21 щура масою 180-220 г. Модель лінійних ран відтворювали тваринам під наркозом, на спині робили розріз довжиною 5 см. Одразу

накладали 5 швів на відстані 1 см один від одного та обробляли шкіру 5% спиртовим розчином йоду [5]. Через добу починали лікування протягом 5-ти днів, потім виводили з досліду. Дослідження проводилися з дотриманням правил біоетики – гуманного поводження з тваринами згідно з положеннями Європейської конвенції із захисту лабораторних тварин (м. Страсбург, 1986 р.) і IV-го Національного конгресу з біоетики (м. Київ, 2010). Евтаназію тварин здійснювали передозуванням хлороформу згідно з вимогами біоетики.

При гістологічному вивченні порівнювали представлені мікропрепарати шкіри щурів таких груп: 1 група – щури, яких не лікували (контрольна патологія (КП)); 2 група – щури, яких лікували кремом із мометазоном і керамідами; 3 група – щури, яких лікували кремом із мометазоном; 4 група – щури, яких лікували кремом із керамідами.

Зразки ушкодженої шкіри фіксували у 10 % розчині нейтрального формаліну, обробляли спиртами зростаючої концентрації, заливали в целоїдин-парафін і фарбували гематоксиліном та еозином [6, 7]. Світлооптичні дослідження мікропрепаратів проведено під мікроскопом "Бімам Р-12". Мікрофотографування мікроскопічних зображень здійснено цифровим фотоапаратом Nikon Cool Pix 4500. Фотознімки обробляли на комп'ютері Pentium 2,4GHz за допомогою програми Nikon View 5.

Для більш об'єктивної характеристики стану лінійних ран у щурів різних груп проведена напівкількісна оцінка за такою системою:

- стан ранового каналу: 0 балів – відсутність каналу; 1 бал – вузький канал; 2 бали – середній канал; 3 бали – канал займає все поле зору; 4 бали – канал не вміщається в поле зору;

- ступінь зрілості новоутвореної сполучної тканини: 0 балів – тканина з інтенсивним волокноутворенням і зрілими фіброцитами; 1 бал – фіброцити орієнтовані в одному напрямку, волокна представлені в помірній кількості; 2 бали – тканина з великою кількістю різноспрямованих клітин фібробластиного ряду, волокна нечисленні; 3 бали – розріджена тканина з поодинокими клітинами і волокнами; 4 бали – початкові етапи проліферації гістіоцитів у клітинному детриті;

- стан підшкірної жирової клітковини: 0 балів – інтактна тканина; 1 бал – помірна клітинна проліферація; 2 бали – утворення грануляційної тканини; 3 бали – грануляційна тканина і продуктивне запалення; 4 бали – виражена запальна реакція.

Отримані експериментальні дані обробляли методами варіаційної статистики, вираховували середнє арифметичне значення та його стандартну похибку. Відмінності між групами вважали статистично значущими при $p < 0,05$. Для математичних розрахунків застосовували стандартний пакет статистичних програм «Statistica 6.0» [8].

Результати. На 5-й день спостережень після моделювання лінійних різаних ран у тварин групи КП рановий канал був конусоподібної форми, широкий, проходив через всі шари шкіри і підшкірно-жирову клітковину. У поверхні ділянки тканина має незрілий характер і розріджена; у глибині каналу є сполучна тканина, яка містить хаотично розташовані фіброцити та незрілі фібробласти, нечисленні капіляри, різну кількість лейкоцитів. Волокноутворення практично відсутнє. Сполучна тканина в місці дефекту лише починає формуватися, канал заповнений клітинним детритом, який прикритий струпом (рис. 1 а). Струпи розм'якшені, щільно зрощені з епітелієм. У всіх тварин рановий дефект прикритий епітелієм, який дистрофічне змінений, хоча і містить всі облігатні шари, але часто гіпертрофований, іноді потоншений, клітини шиповатого шару вакуолізований (рис. 1 б, в). Некротизовані розплавлені маси, щільно зрощені з поверхнею рани, епітелій, як правило, дедифференціован. За результатами напівкількісного аналізу стан каналу оцінювався в 2,6 бали, стан сполучної тканини – 2,2 бали, стан підшкірної клітковини – 2,8 бали (табл. 1).

Таблиця 1
Напівкількісна оцінка стану різаних ран у щурів, бали, Q_{50} (Q_{25} – Q_{75})

Групи досліджу	Стан		
	каналу	сполучної тканини	підшкірної клітковини
Контрольна патологія n = 5	<u>2,6 ± 0,24</u> 3(2–3)	<u>2,2 ± 0,20</u> 2 (2–3)	<u>2,8 ± 0,37</u> 3 (2–3)
Крем із мометазоном і керамідами n = 6	<u>1,7 ± 0,21</u> * 2(1,25– 2)	<u>1,5 ± 0,34</u> 1 (1–1,75)	<u>2,0 ± 0,37</u> 2 (1,25–2)
Крем із мометазоном n = 5	<u>1,8 ± 0,37</u> 2 (1–2)	<u>2,0 ± 0,45</u> 2 (1–3)	<u>2,6 ± 0,51</u> 3 (2–3)
Крем із керамідами n = 5	<u>1,6 ± 0,40</u> 1 (1–2)	<u>1,2 ± 0,20</u> * 1 (1–1)	<u>1,8 ± 0,37</u> 2 (1–2)

Примітка. * – відхилення достовірне по відношенню до групи контрольної патології, $p < 0,05$; n – кількість тварин у групі

Після лікування кремом із мометазоном і керамідами спостерігали вузькі ранові канали у 2/3 та широкі у 1/3 тварин. Відмічена зміна ступеню зрілості новоутвореної тканини, яка заповнює ці канали. У половини тварин вона волокниста, з правильно орієнтованими зрілими фібробластами та волокнами (рис. 1 г). В інших – ступінь зрілості невеликий і переважає тканина клітинного типу. Епітелізація відбувається більш успішно, хоча у 1/3 випадків край каналу некротичний, що заважає епітеліальному шару щільно наповзати на дефект. Оцінка стану лінійних різаних ран показала, що стан каналу оцінювався в 1,7

бали, стан сполучної тканини – 1,5 бали, стан підшкірної клітковини – 2,0 бали, що в середньому в 1,5 рази краще, ніж у групи КП (табл. 1).

Нанесення крему з мометазоном показало, що через свої антипроліферативні властивості ГКС несприятливо впливає на загоєння шкіри. Здебільшого (у 2/3 випадків) на зрізах виявляються вузькі канали але вони заповнені гнійними масами, що перешкоджає загоєнню ран. Часто спостерігається, як стоншений епітеліальний шар наповзає на некротичні тканини або гнійні маси. У 2/3 тварин епітелій відсутній або епідерміс із виразками. Клітинний інфільтрат проникає у більш глибокі шари шкіри, волосяні фолікули. Зрілість сполучної тканини невелика: волокон мало, переважають незрілі фібробласти, орієнтовані у найрізноманітніших напрямках (рис. 1 д). Напівкількісний аналіз показав, що стан каналу оцінювався в 1,8 бали, стан сполучної тканини – 2 бали, стан підшкірної клітковини – 2,6 бали, що практично не відрізняється від групи КП (табл. 1).

Під впливом керамідів поліпшується стан ранового каналу, сполучної тканини і підшкірної клітковини. У більшості тварин спостерігали вузькі та середні за розміром ранові канали, тільки у одного щура канал був широким. Рану заповнює сполучна тканина, що містить зрілі та орієнтовані в одному напрямку клітини та волокна. Епітелізація ранового дефекту носить закінчений характер, епітеліальний шар подекуди звужений і складається з 2-3 шарів, подекуди, навпаки, потовщений (рис. 1 е). За результатами напівкількісного аналізу стан каналу оцінювався в 1,6 бали, стан сполучної тканини – 1,2 бали, стан підшкірної клітковини – 1,8 бали, що в середньому в 1,7 рази краще, ніж у тварин, яких не лікували (табл. 1).

Обговорення і висновки. Результати дослідження показали, що рана у щурів, яких не лікували, заповнюється новоутвореною сполучною тканиною, що має незрілий характер: незрілі клітини фібробластичного ряду, орієнтовані хаотично, волокноутворення відсутнє, мала кількість судини. У підшкірно-жировій клітковині виражена запальна реакція, яка може служити джерелом повторного інфікування рани.

Крем із мометазоном за рахунок антипроліферативних властивостей ГКС пригнічує дозрівання новоутвореної тканини. В усіх тварин рановий канал заповнює незріла тканина клітинного типу, бідна на мікросудини, часто спостерігається нагноєння тканин по краях ранового каналу, що перешкоджає нормальній епітелізації дефекту.

Крем із мометазоном і керамідами сприяє більш швидкому дозріванню новоутвореної сполучної тканини, у половини тварин вона має зрілий волокнистий характер із численними судинами. В підшкірно-жировій клітковині спостерігається утворення гранульованої тканини. Така зріла тканина сприяє більш успішній епітелізації на стадії регенерації.

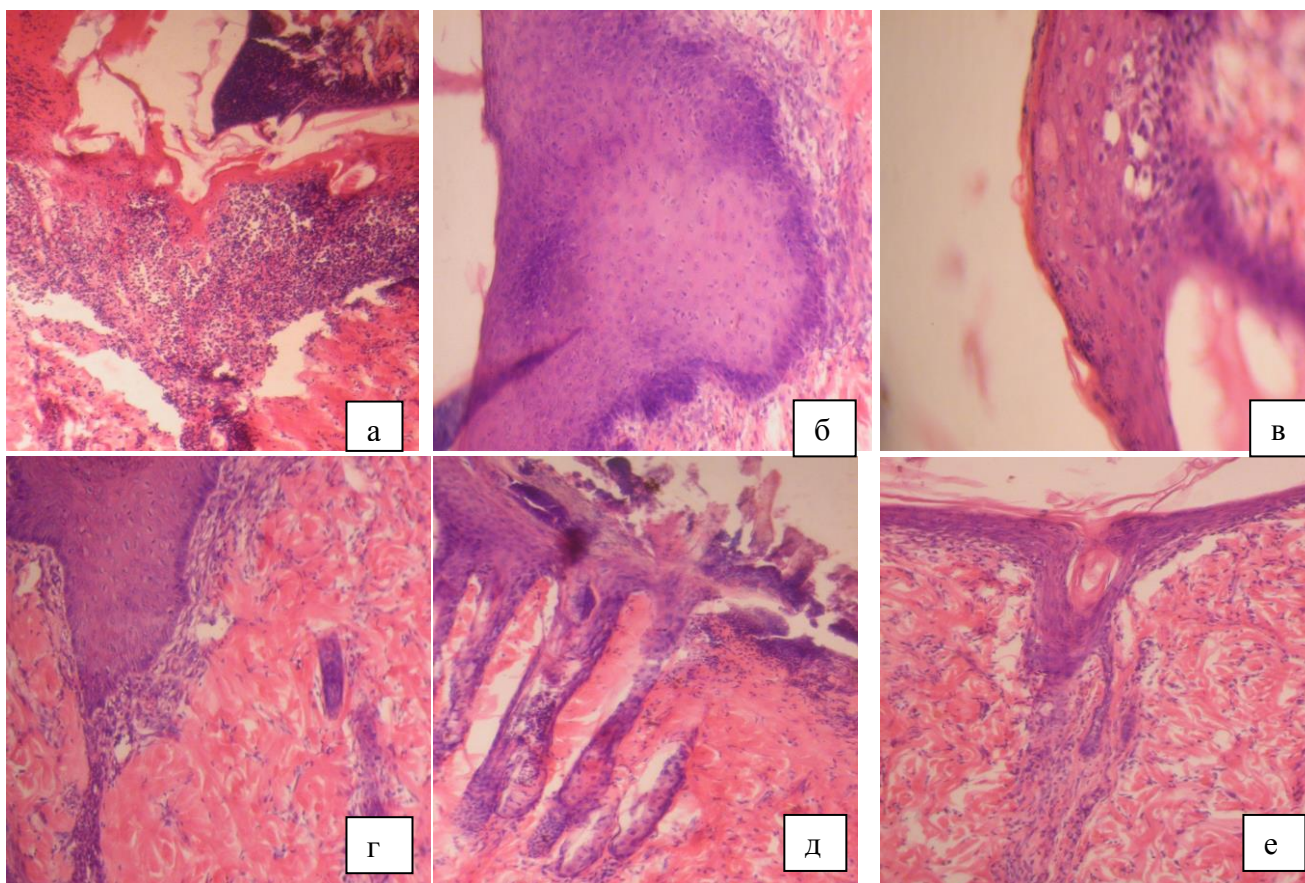


Рис. 1. Лінійні різані рани щурів контрольної патології: широкий рановий канал заповнений клітинним дедритом, відсутня сполучна тканина (а) x150. Гіпертрофований епітеліальний пласт, що прикриває рановий канал (б). Вакуолізовані клітини шиповатого шару епітелію з ділянки дефекту (в) x200. Лінійні різані рани щурів, яких лікували: кремом з мометазоном і керамідами – рановий канал вузький, заповнений досить зрілою сполучною тканиною, епітелій потовщений, клітини фібробластного ряду, орієнтовані в одному напрямку (г) x200; кремом із мометазоном – епітелій наповзає на некротизовану тканину, рановий канал заповнений незрілою сполучною тканиною, фібробласти і фіброцити, орієнтовані хаотично (д) x200; крем із керамідами – рановий канал заповнений зрілою волокнистою тканиною, епітелій декілька потовщений (е) x150. Гематоксилін і еозин.

Крем із керамідами сприяє процесу загоєння лінійних різаних ран. Сполучна тканина у рані має волокнистий характер, містить досить зрілі, орієнтовані в одному напрямку клітини та волокна. В прилеглих тканинах спостерігається утворення грануляційної тканини та помірна клітинна проліферація. Епітелізація ранового дефекту має завершений характер.

Отже, в ході проведеного дослідження встановлено, що найбільшу лікувальну дію виявили креми, що створені з урахуванням біологічних потреб шкіри та містять кераміди. Встановлено, що кераміди сприяють загоєнню ран, а їх поєднання в кремі з мометазоном фууроатом сприяє більш ефективному загоєнню ран. Це відкриває нові перспективи для поліпшення стану

ушкодженої шкіри та дозволяє розробляти препарати з вищим рівнем безпеки для медицини, у т.ч. і спортивної.

Література

1. Proksch, E. The skin: an indispensable barrier / E. Proksch, J. M. Brandner, J. M. Jensen // *Exp. Dermatol.* – 2008. – Vol. 17, № 12. – P. 1063–1072.
2. Sajić, D. A look at epidermal barrier function in atopic dermatitis: physiologic lipid replacement and the role of ceramides / D. Sajić, R. Asiniwasis, S. Skotnicki-Grant // *SkinTherapyLett.* – 2012. – Vol. 7, № 17. – P. 6–9.
3. Rathi, S. K. Rational and ethical use of topical corticosteroids based on safety and efficacy / S. K. Rathi // *Indian J. Dermatol.* – 2012. – Vol. 57, № 4. – P. 251–259.
4. Разумов, А. Н. Современные методы диагностики и физиотерапевтических методы коррекции возрастных изменений кожи / А. Н. Разумов, Э. М. Орехова, Е. С. Васильева // *Физиотерапевт.* – 2010. – № 10. – С. 38–46.
5. Експериментальне вивчення нових препаратів для місцевого лікування ран: метод. рек. ДЕЦ МОЗ України / Л. В. Яковлева, О. В. Ткачова, Я. О. Бутко, Ю. Б. Лар'яновська. – К. : ДЕЦ МОЗ України, 2013. – 52 с.
6. Меркулов, Г. А. Курс патологистологической техники / Г. А. Меркулов. – М. : Медицина, Ленингр. отд-ние, 1969. – 424 с.
7. Цветкова, Г. М. Справочник по гистологической диагностике кожных заболеваний / Г. М. Цветкова, К. А. Калантаевская, Л. И. Сыч. – К. : Здоров'я, 1981. – 248 с.
8. Халафян, А. А. STATISTICA 6. Статистический анализ данных : учебник / А. А. Халафян. – 3-е изд. – М. : ООО «Бином-Пресс», 2007. – 512 с.

УДК: 616.24-002-053.4/.6-036-056.2:57.083.3

ОСОБЛИВОСТІ РІВНЯ МАРКЕРІВ ІМУННОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ПРИ НЕГОСПІТАЛЬНІЙ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ З РІЗНИМ РІВНЕМ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

Т.В. Фролова, О.С. Бородіна
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
olya_dok@yahoo.com

This work (report) describes the study results with regard to the serum cytokine level of IL-1 β , IL-4 and TNF- α in children with community-acquired noncomplicated pneumonia and different physical development.

Keywords: physical development in children, community-acquired pneumonia in children, cytokines.

Ta praca (raport) opisuje wyniki badań dotyczących poziomu cytokiny w surowicy IL-1 β , IL-4 i TNF- α u dzieci ze świeżo nabytym, niekompetentnym zapaleniem płuc i różnym rozwojem fizycznym.

Незважаючи на істотні досягнення в питанні діагностики та лікування, рівень захворюваності та летальності від ННП у дітей все ще залишається досить високим в усьому світі.

Мета дослідження: вивчення імунної відповіді на запальний процес у пацієнтів дитячого віку, хворих на ННП з різним рівнем фізичного розвитку (ФР).

Обстежена 171 дитина (3-14 років) з діагнозом ННП, який був виставлений згідно наказу МОЗ України «Про погодження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча пульмонологія». Рівень ФР дітей оцінювали за показником індексу маси тіла (ІМТ). Пацієнти були розподілені на групи: 1 група (n=50) - з надлишковою масою тіла (НМТ); 2 група (n=50) - з дефіцитом маси тіла (ДМТ); 3 група (n=51) - діти із середніми показниками фізичного розвитку (СПФР). Групу практично здорових досліджених склали 20 дітей відповідного віку. Профіль інтерлейкінів (ІЛ-1 β , ІЛ-4 і ФНП- α) оцінювали за допомогою метода імуноферментного аналізу у сироватці крові на початку (3-4 доба) та середині (7-8 доба) розвитку захворювання. Проводили дослідження відповідно міжнародним біоетичним стандартам.

Аналіз результатів дослідження у пацієнтів з ННП показав, що рівень протизапального інтерлейкіну ІЛ-4 мав максимальні показники серед дітей з ДМТ (47,5 \pm 3,2%), у хворих з НМТ - достовірно менше (в 1,7 рази; p <0,05, у 26,8 \pm 2,2% хворих), проте, як підвищений рівень цитокіну в групі хворих з СПФР (21,7 \pm 1,9%), в 2,2 рази менше (p <0,01) ніж у хворих з ДМТ та в 1,2 рази менше, ніж в групі з НМТ.

Що стосовно, підвищення вмісту прозапальних цитокінів : частота підвищення ІЛ-1 β серед дівчат з НМТ в 3,3 рази перевищує ніж серед хлопчиків ((34,8 \pm 4,21)% та (11,1 \pm 1,2)%; p <0,05). Так, в результаті проведених досліджень (ІЛ-1 β та ФНП- α) спостерігався достовірно вищий у дітей з НМТ та ДМТ ніж у дітей контрольної групи. Рівень ФНП- α встановлено, що у хворих з НМТ- 56,1 \pm 4,7%, у пацієнтів групи з ДМТ - 47,5 \pm 3,2%, серед дітей із СПФР - 39,1 \pm 2,7% (p > 0,05). Аналіз отриманих змін результатів рівнів цитокінів в сироватці крові на тлі лікування в усіх групах дітей з ННП показав, що рівень ІЛ-1 β у сироватці крові достовірно не відрізнявся між групами порівняння до лікування ((48,27 \pm 5,89) пкг/мл, (46,2 \pm 5,79) пкг/мл та (49,26 \pm 5,09) пкг/мл відповідно (p <0,05)).

Особливості рівню маркерів імунної регуляції у дітей з ННП показує наявність значного дисбалансу про- та протизапальних цитокінів, яка має пряму достовірну залежність від рівня фізичного розвитку дитини, а саме у хворих на негоспітальну неускладнену пневмонію з надлишковою масою тіла та її дефіцитом на відміну від хворих з середнім рівнем фізичного розвитку

відмічається збільшення рівня прозапального цитокіну ІЛ-1 β у сироватці крові та недостатньо виразне зниження рівню прозапального цитокіну ФНП α , а також значне збільшення показників протизапального цитокіну ІЛ-4, характерне для дітей з дефіцитом маси тіла.

УДК:57.084:591.441:616-001.2

ОСОБЛИВОСТІ МОРФОФУНКЦІЙНОГО СТАНУ НАДНИРНИКОВИХ ЗАЛОЗ НАЩАДКІВ ПРИ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОМУ ВПЛИВІ ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ

С. Денисенко

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

SV.A.Deni@rambler.ru

Under the intrauterine action of electromagnetic radiation, the relative number of male individuals was reduced and a lack of sexual dimorphism was detected. The morphofunctional activation of the adrenal glands is revealed, which indicates the activation of the stress-forming link of adaptation in newborn progeny.

Keywords: electromagnetic radiation, morphofunctional activation of the adrenal glands.

W efekcie promieniowania elektromagnetycznego płodu zmniejszyła się liczba mężczyzn i wykryto brak dimorfizmu seksualnego. Ujawniono morfofunkcjonalną aktywację nadnerczy, co świadczy o aktywacji stresu tworzącego stres adaptacji u noworodków.

Features of the morphofunctional state of adrenal glands in offspring under the intrauterine action of electromagnetic radiation.

Słowa kluczowe: promieniowanie elektromagnetyczne, morfofunkcjonalna aktywacja gruczołów nadnerczy.

Питання збереження здоров'я неможливе без вивчення дії факторів, які оказують вплив на організм. Досить важливим є той факт, що умови в яких розвивався організм внутрішньоутробно, фактори що діяли в період виношування, оказують вагомий вклад в адаптаційний потенціал організму та в цілому формують стан здоров'я. Широке розповсюдження мобільного зв'язку, комп'ютерів та інших приладів, які генерують слабкі електромагнітні поля (ЕМП) у навколишнє середовище, робить фактор електромагнітного випромінювання значущим для здоров'я. Сучасні наукові дослідження свідчать, що дія слабких ЕМП викликає зміни на молекулярному рівні, впливає на метаболізм клітин. Найбільш чутливими до дії ЕМП є основні регуляторні системи організму, а саме нервова, ендокринна та імунна. Доволі мало досліджень, присвячених вивченню внутрішньоутробної дії ЕМП.

Мета роботи – оцінити стан наднирникових залоз нащадків самиць-щурів при внутрішньоутробної дії слабого ЕМВ сантиметрового діапазону.

Методи. Дослідження проведено на тримісячних щурах-самках лінії Вістар та їх новонароджених нащадках. Дорослі самки-матері піддавалися впливу низькоінтенсивного ЕМВ сантиметрового діапазону (1-10 см) щодня по 4 години протягом 1 місяця до вагітності і протягом всього періоду вагітності; випромінювання енергії, яке виражається і щільності потоку потужності в зоні, де знаходилися експериментальні тварини, становило менше 3 мВт / см². Це рівень, який не викликає теплового ефекту. Тварини - майбутні матері особин контрольної групи щодня по 4 години на добу витримувалися в камері, відповідної за розмірами камері приладу.

Отримане потомство (основна – Огр. і контрольна – Кгр.) виводилося з експерименту у віці одного дня шляхом декапітації. Тварини містилися в стандартних умовах віварію. Постановка експерименту проведена відповідно до вимог, що пред'являються до експериментів на тваринах (Україна, 2001; Страсбург, 1985).

Морфологічне дослідження тканин проведено згідно зі стандартною методикою. Використовували забарвлення зрізів гематоксиліном-еозином, галлоціан-хромовим галуном на нуклеїнові кислоти. Мікроскопічне дослідження здійснювали на мікроскопі «Axiostar-plus» (Zeiss, ФРН), з подальшою морфометрією на комп'ютерних зображеннях мікропрепаратів за допомогою програми «Відеотест» (СПб, РФ). Статистичний аналіз проведено методом варіаційної статистики з порівнянням середніх результатів шляхом визначення критерію Стьюдента.

Дослідження новонароджених щурят, які внутрішньоутробно зазнали дії електромагнітного чинника виявило зменшення відносної кількості самців у посліді. При цьому наявний у нормі статевий диморфізм відносно більше великих розмірів новонароджених самців, у порівнянні із самками в експерименті відсутній. Морфологічне дослідження наднирникових залоз новонароджених щурят в Огр. виявило що дефінітивна зона кори ширша, а фетальна вужче в порівнянні з Кгр. Каріометричні виміри й дослідження оптичної щільності нуклеїнових кислот виявило у всіх зонах залози збільшення площі ядра клітин. При цьому спостерігається зниження частки еухроматину в ядрах клітин Огр. при одночасному підвищенні концентрації РНК у цитоплазмі. Це може свідчити про активацію синтезу білків одного виду при обмеженні синтезу інших цитоплазматичних білків, тобто про зміни в білковому спектрі.

Отримані дані свідчать про активацію стрес-формуєчої ланки адаптації у новонароджених нащадків, які зазнали внутрішньоутробної дії ЕМВ сантиметрового діапазону.

УДК 616.441-008.64:(616.153.915:616.1-018.7)

ЗВ'ЯЗОК РІВНІВ МОЛЕКУЛИ АДГЕЗІЇ СУДИННИХ КЛІТИН SVCAM-1 З ПОРУШЕННЯМ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ

*Вернигородський В.С., Фетісова Н.М., Вернигородська М. В.,
Валентьєва Р. В., Мальченко О. В.*

*Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького
національного медичного університету ім.М.І.Пирогова, Вінниця, Україна
reab@ukr.net*

The study of the soluble form of the adhesive molecule of vascular cells and lipid metabolism in 101 patients with hypothyroidism showed a significant increase in blood, especially in patients with idiopathic hypothyroidism. These data suggest that dyslipidemia and an increase in the level of adhesion molecules of vascular cells in the blood plasma is the cause of the formation of endothelial dysfunction and atherosclerosis in patients with hypothyroidism.

Keywords: hypothyroidism, dyslipidemia, vascular cell adhesion molecule

Badanie rozpuszczalnej formy cząsteczki adhezyjnej komórek naczyń i metabolizmu lipidów u 101 pacjentów z niedoczynnością tarczycy wykazało znaczny wzrost krwi, zwłaszcza u pacjentów z idiopatyczną niedoczynnością tarczycy. Dane te sugerują, że dyslipidemia i zwiększenie poziomu cząsteczek adhezyjnych komórek naczyń w osoczu krwi są przyczyną powstawania zaburzeń czynności śródbłonna i miażdżycy tętnic u pacjentów z niedoczynnością tarczycy.

Słowa kluczowe: niedoczynność tarczycy, dyslipidemia, cząsteczka adhezji komórek naczyń

Гіпотиреоз – захворювання, що характеризується поліморфністю клінічних симптомів. На тлі гіпотиреозу зазнають змін всі без винятку органи і системи. Доведено, що дефіцит тиреоїдних гормонів спричиняє суттєві порушення ліпідного обміну, що зумовлюють формування проатерогенних змін, ендотеліальної дисфункції та прогресування ішемічної хвороби серця навіть за умов субклінічного гіпотиреозу [1; 2; 3]. Водночас питання щодо поширеності та особливостей дисліпідемій у хворих з різними видами гіпотиреозу досі залишається відкритим. У численних наукових дослідженнях доведено, що гіпотиреоїдний надлишок жирової маси супроводжується патологічними змінами ліпідного спектру крові гіперхолестеринемією, гіпертригліцеридемією, атерогенним зсувом співвідношення ліпопротеїдів високої та низької щільності.

За сучасними уявленнями важливу роль у формуванні атеросклерозу відіграє персистування субклінічного запального процесу, що зокрема підтверджується зростанням С-реактивного протеїну, інтерлейкіну-6, фактору

некрозу пухлин-альфа та інших прозапальних чинників в плазмі крові у пацієнтів з ішемічною хворобою серця, гіпертонічною хворобою, атеросклерозом периферичних судин [4; 5].

Також важливим патогенетичним фактором у виникненні атеросклерозу при гіпотиреозі є молекула адгезії судинних клітин (VCAM-1). При цьому виникає експресія судинних молекул адгезії VCAM-1 в ендотелії судин, що зумовлює адгезію моноцитів та лімфоцитів крові до активованих клітин ендотелію, їх транс локацію в субендотеліальні шари, персистування запального процесу в судинній стінці та прогресування ендотеліальної дисфункції [6; 7]. Існують дані про взаємозв'язок VCAM-1 з маркерами дисліпідемії, метаболічним синдромом. Однак, внесок VCAM-1 в атерогенез і формування судинних уражень за умов гіпотиреозу практично не вивчався.

Мета дослідження: вивчити поширеність дисліпідемій, субклінічного запального синдрому (за рівнями С-реактивного протеїну та інтерлейкіну-6), вміст sVCAM-1, дослідження зв'язків між метаболічними, прозапальними чинниками та станом судин у хворих на гіпотиреоз.

Матеріали та методи. Визначення показників ліпідного спектру сироватки крові проводили уніфікованими методами: вміст загального холестерину (ХС) у сироватці крові визначався за реакцією з оцтовим ангідридом (метод Ілька), вміст ХС – альфа-ліпопротеїнів визначався після осадження бета-ліпопротеїнів гепарином у присутності солей марганцю, вміст тригліцеридів (ТГ) – за реакцією з ацетил-ацетоном після екстрагування сумішшю гептану з ізопропіловим спиртом. Індекс атерогенності розраховувався як співвідношення $(ХС - \text{альфа-Х}) / \text{альфа} - ХС$, де ХС – загальний холестерин сироватки крові, альфа – ХС-холестерин альфа-ліпопротеїдів. У роботі використані стандартні набори фірми «Філісіт-діагностик» м. Донецьк. Вивчення вмісту маркерів запалення (С-реактивного протеїну та інтерлейкіну-6) визначали імуноферментним методом за наборами «hsCRP ELISA» («DRG», США), «IL-6 ELISA» (Diacclone, Франція) у відповідності до інструкції фірми – виробника. Вміст sVCAM-1 визначали імуноферментним методом з використанням набору «SVCAM-1 ELISA KIT» (Diacclone, Франція) у відповідності до інструкції виробника.

Обстежено 101 хворий на гіпотиреоз: 51 хворий з післяопераційним та 50 з ідіопатичним гіпотиреозом, серед них 23 чоловіки та 87 жінок віком від 20 до 60 років.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що підвищення вмісту sVCAM-1 в плазмі крові хворих з гіпотиреозом тісно асоціювалось з прогресуванням розладів ліпідного обміну, що продемонстрував аналіз рівнів ліпідів при ранжируванні вмісту молекул адгезії судинних клітин (табл.1). Так, у хворих з гіпотиреозом з рівнем sVCAM-1 > 500 нг/мл вміст загального холестерину виявився на 13,0% вищим, ніж в групі з рівнем sVCAM < 500

нг/мл. Виявилось, що серед хворих з «оптимальними» рівнями sVCAM 31% осіб має оптимальні рівні загального холестерину, в той час, як серед хворих з високими рівнями sVCAM – лише 6%. Частка осіб з рівнем загального холестерину вищим 6,2 ммоль/л серед хворих з гіпотиреозом з рівнем sVCAM > 500 нг/мл була втричі більшою, ніж серед хворих з рівнем sVCAM < 500 нг/мл.

Таблиця 1

Зв'язок рівнів молекули адгезії судинних клітин sVCAM-1 з порушеннями ліпідного обміну у хворих з гіпотиреозом

Показник		Хворі на гіпотиреоз з рівнем sVCAM-1		Кореляція
		< 500 нг/мл (n=39)	>500 нг/мл (n=62)	
Загальний ХС, ммоль/л	M±m	5,39±0,15	6,09±0,09*	0,41**
	< 5,0 (n, %)	12 (31%)	4 (6%)*	
	> 6,2 (n, %)	4 (10%)	26 (42%)*	
ХС ЛПНЦ, ммоль/л	M±m	3,44±0,16	4,07±0,10*	0,50**
	< 3 (n, %)	12 (31%)	5 (8%)*	
	> 4,1 (n, %)	26 (67%)	57 (92%)*	
ХС ЛПВЩ, ммоль/л	M±m	1,14±0,03	1,13±0,03	-0,04
	> 1,2 (n, %)	11 (28%)	17 (27%)	
	< 1,0 (n, %)	7 (18%)	19 (31%)	
Тригліцериди, ммоль/л	M±m	1,62±0,06	1,73±0,10	0,04
	<1,7 (n, %)	20 (51%)	38 (61%)	
	з них >2,5 (n, %)	0 (0,0%)	7 (11%)	

Примітки:

- * – $p < 0,05$ відносно групи хворих з вмістом sVCAM-1 меншим 500 нг/мл;
- ** – достовірні коефіцієнти кореляції ($r \geq 0,20$, $p < 0,05$).

У пацієнтів з рівнем sVCAM меншим 500 нг/мл вміст холестерину ЛПНЦ за середніми величинами виявився на 18,3% нижчим, ніж у пацієнтів з рівнем sVCAM > 500 нг/мл. Частка осіб з високим рівнем холестерину ЛПНЦ (вище 4,1 ммоль/л) серед пацієнтів з рівнем sVCAM > 500 нг/мл становила 92% проти 67% в групі хворих з «оптимальними» рівнями молекул адгезії.

В той же час, достовірних відмінностей за рівнем ЛПВЩ та між групами пацієнтів з «оптимальними» та високими рівнями sVCAM-1 не виявлено. Вміст тригліцеридів у пацієнтів з високим рівнем sVCAM-1 був вищим, ніж у пацієнтів з рівнем sVCAM-1 < 500 нг/мл, хоча виявлені відмінності не сягали межі вірогідності. Також в цій групі переважали особи з гіпертригліцеридемією.

Кореляційний аналіз підтвердив наявність достовірного зв'язку між вмістом sVCAM-1 та рівнем загального холестерину і холестерину ЛПНЩ в плазмі крові у пацієнтів з гіпотиреозом, на відміну від інших показників ліпідного обміну.

Оцінка індекса атерогенності підтвердила, що високий рівень sVCAM-1 у хворих з гіпотиреозом асоціюється з більш високим ризиком атеросклерозу (рис. 1). Так, у хворих з рівнем sVCAM-1 меншим 500 нг/мл індекс атерогенності був достовірно меншим на 17,0%, ніж у хворих з високим рівнем цієї молекули адгезії.

Аналіз додаткових інтегральних показників відношення проатерогенних та антиатерогенних фракцій ліпідів – ТГ/ХС ЛПВЩ і ХС ЛПНЩ/ХС ЛПВЩ показав, що накопичення молекули адгезії судинних клітин в плазмі крові у хворих з гіпотиреозом асоціюється з поглибленням ознак дисліпідемії (рис.2).

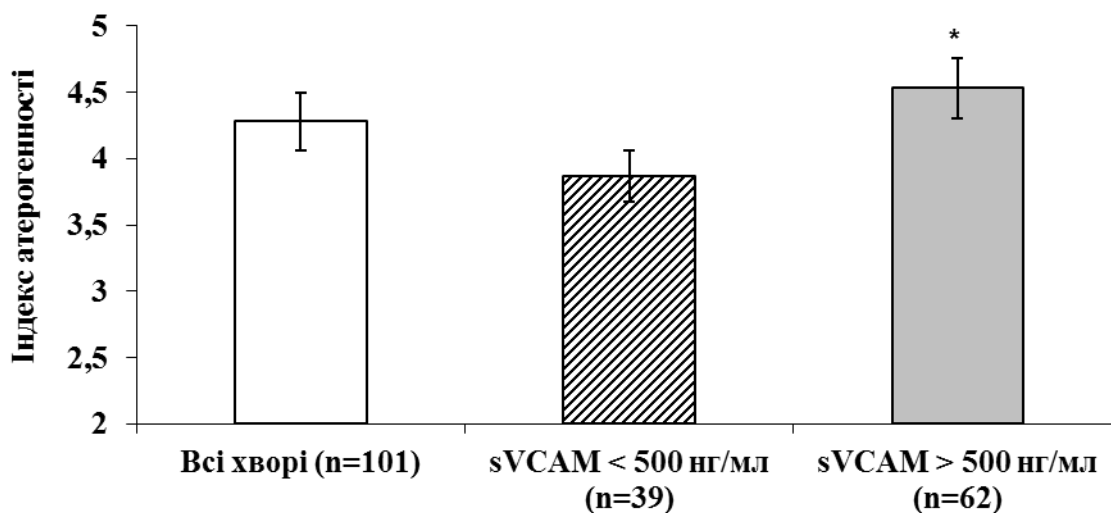


Рис.1. Індекс атерогенності у хворих з гіпотиреозом залежно від рівня молекули адгезії судинних клітин в плазмі крові.

* – $p < 0,05$ відносно групи хворих з вмістом sVCAM-1 меншим 500 нг/мл.

Слід відзначити, що за показником ТГ / ХС ЛПВЩ різниця між групами хворих з високими та «оптимальними» рівнями sVCAM-1 не сягала межі вірогідності, в той час як за показником ХС ЛПНЩ / ХС ЛПВЩ виявлені суттєві достовірні відмінності. Так, показник ХС ЛПНЩ / ХС ЛПВЩ у хворих з рівнем sVCAM-1 вищим 500 нг/мл був більшим на 18,0%, ніж у хворих з рівнем sVCAM-1 меншим 500 нг/мл.

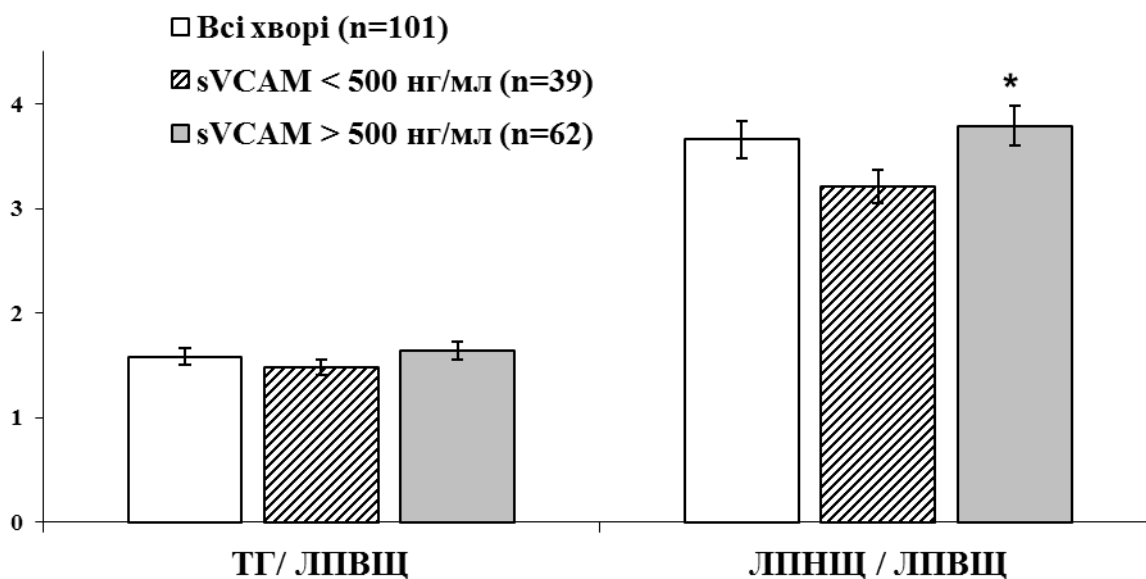


Рис. 2. Інтегральні показники ліпідного обміну у хворих з гіпотиреозом залежно від рівня судинної молекули адгезії sVCAM-1 в плазмі крові.

* – $p < 0,05$ відносно групи хворих з вмістом sVCAM-1 меншим 500 нг/мл.

Висновки

1. Підвищення рівня sVCAM-1 в плазмі крові є одним із чинників формування ендотеліальної дисфункції та атеросклеротичного ураження судин у хворих з гіпотиреозом, особливо за умов ідіопатичної форми гіпотиреозу.

2. Наведені нами дані засвідчили, що дисліпідемія та підвищення рівня молекул адгезії судинних клітин в плазмі крові є чинниками формування ендотеліальної дисфункції та ураження судин у хворих з гіпотиреозом.

3. Основна частка осіб з аберантними рівнями загального холестерину, ЛПНЩ, sVCAM-1 переважають саме серед хворих з ідіопатичним гіпотиреозом.

Література

1. Зелінська Н.Б. Стан регіонарної гемодинаміки у хворих на гіпотиреоз / Н.Б.Зелінська // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. – 2009. – №1/26. – С.3-8.

2. Паньків В.І. Практична тиреоїдологія / В.І. Паньків. – Донецьк: Видавець Заславський О.Ю., 2011. – 224 с.

3. Катеринчук В.І. Серцево-судинна патологія обумовлена гіпотиреозом / В.І.Катеринчук, І.П. Катеринчук // Ендокринологія. – 2012, т. 17, №1. – С. 106-112.

4. Михайленко О.Ю. Структура і гемодинаміка екстра краніальних відділів сонних артерій у хворих на гіпотиреоз / О.Ю.Михайленко, С.Г.Зубкова // Ендокринологія. – 2012, т. 17, №1. – С. 32-36.

5. Jha HS, Divya A, Prasad J, Mittal A. Plasma circulatory markers in male and female patients with coronary artery disease // Heart Lung. 2010 Jul-Aug;39(4):296-303.

6. Karasek D., Vaverkova H., Frysak Z, Halenka M, Jackuliakova D, Novotny D, Lukes J. Soluble intercellular cell adhesion molecule-1 and vascular cell adhesion molecule-1 in asymptomatic dyslipidemic subjects // Int. Angiol. 2011. – Oct;30(5):441-50.

7. Glowinska B, Urban M, Peczynska J, Florys B. Soluble adhesion molecules (sICAM-1, sVCAM-1) and selectins (sE selectin, sP selectin, sL selectin) levels in children and adolescents with obesity, hypertension, and diabetes // Metabolism. 2005 Aug;54(8):1020.

УДК:616.441-008.64-06:616.36-073-035

ОЦІНКА РАННІХ МАРКЕРІВ РОЗВИТКУ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ

*Д.О. Жалдак, О.К. Мелеховець
Сумський державний університет, Суми, Україна
dashalukyanenko@gmail.com*

In patients with hypothyroidism at a young age the signs of dyskinesia of biliary ways for hypotonic type are diagnosed, which is explained by the reduced content of thyroid hormones in the blood. Further progression of the disease in patients without substitution hormone therapy and symptomatic treatment caused the developed of steatohepatosis and then it caused the developed of nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD). That's why, dyskinesia of biliary ways can be used as an early marker of the development of NAFLD in patients with hypothyroidism at a young age.

Keywords: hypothyroidism, dyskinesia of biliary ways.

U pacjentów z niedoczynnością tarczycy w młodym wieku, objawy dyskinezy żółciowej rozpoznawane są w typie hipotonicznym, co tłumaczy niska zawartość hormonów tarczycy we krwi. Wraz z dalszym postępem choroby u pacjentów bez terapii hormonem podstawiania i objawowych objawów rozwoju stłuszczenia wątroby rozwija się, a w przyszłości – bezalkoholowa choroba wątroby. Dlatego dyskineza dróg żółciowych może być stosowana jako wczesny marker rozwoju niealkoholowych chorób wątroby u pacjentów z niedoczynnością tarczycy w młodym wieku.

Słowa kluczowe: niedoczynność tarczycy, dyskineza dróg żółciowych.

Метою роботи була оцінка ранніх маркерів розвитку неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) у хворих на гіпотиреоз.

Матеріали та методи. Було досліджено 63 хворих з діагнозом гіпотиреоз, які звернулись вперше до лікаря загальної практики, етіологічний чинник захворювання не враховувався. За віковим критерієм пацієнти були розподілені на наступні групи: 1-ша група – 18 пацієнтів віком 23 ± 5 років, 2-га група – 24 пацієнти віком 37 ± 7 років та 3-тя група – 21 пацієнт віком 52 ± 8

років. Обов'язковим було проведення ультразвукового дослідження (УЗД) щитоподібної залози (ЩЗ) та органів черевної порожнини (ОЧП) з жовчогінним сніданком. Дослідження жовчного міхура (ЖМ) включало визначення його довжини, ширини, товщини стінки, наявності конкрементів, деформації ЖМ, виявлення застою та згущення жовчі («сладж-синдром»). Скоротливу функцію ЖМ оцінювали за результатами його об'єму натще і після жовчогінного сніданку.

Результати дослідження. За даними УЗД ОЧП 100% пацієнтів 1-ої групи мали дисморфізм жовчного міхура та дискінезію жовчовивідних шляхів (ДЖВШ) за гіпотонічним типом (фракція викиду жовчі склала в середньому 20-30%), серед яких у 16% (3 пацієнти) мали ознаки жирового гепатозу I ступеню; у 13 пацієнтів 2-ї групи були виявлені ознаки хронічного холециститу з явищами ДЖВШ за гіпотонічним типом (фракція викиду склала в середньому 30%), у 5 пацієнтів – ознаки жирового гепатозу I ступеню, 4 пацієнти мали ознаки жирового гепатозу II ступеня, 2 пацієнти – гепатоспленомегалію; у 13 пацієнтів 3-ї групи були виявлені ознаки жирового гепатозу I ступеню, у 5 пацієнтів – ознаки жирового гепатозу II ступеня, у 3 пацієнтів – ознаки хронічного холециститу з ДЖВШ за гіпотонічним типом (фракція викиду склала 20%) та у 5 пацієнтів – ознаки хронічного калькульозного холециститу.

Висновок. У хворих з гіпотиреозом в молодому віці діагностуються ознаки ДЖВШ за гіпотонічним типом, що пояснюється зниженим вмістом тиреоїдних гормонів в крові. При подальшому прогресуванні захворювання у хворих без замісної гормонотерапії та симптоматичного лікування розвиваються ознаки стеатогепатозу, а в подальшому – НАЖХП. Тому ДЖВШ може бути використана як ранній маркер розвитку НАЖХП у хворих на гіпотиреоз у молодому віці.

УДК 616.366-089.878-06:616.9:579.882:616.157-07-097

МЕДИЧНИЙ ТА КОМП'ЮТЕРНО-ІНФОРМАЦІЙНИЙ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕЯСНИХ ВИПАДКІВ БІЛІАРНОЇ ПАТОЛОГІЇ

*Назія Маюра, Віталій Карпенко**

Сумський державний університет, Суми, Україна,

** Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна, Харків, Україна*

dr.maiura@gmail.com, mail_v_k@mail.ru

The article is devoted to the study of the available data on the atypical manifestations of biliary pathology (acute cholecystitis, PCHES). It is suggested that the disparity between the bright clinical manifestations and minimal morphofunctional changes need to look for little-known pathology - a Fitz-Hugh-Curtis syndrome. We marked the diagnostic and treatment nuances to optimize

tactics and improve the quality of life of patients. The authors refer both to the actual medical aspect of the problem, and to the computer-information one, which predetermined the procedural nature and practical features of the actual medical review.

Keywords: acute cholecystitis, PCHES, Fitz-Hugh-Curtis syndrome.

Artykuł poświęcony jest badaniu dostępnych danych na temat nietypowych przejawów patologii żółciowych (ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego, PCHES). Sugeruje się, że rozbieżność pomiędzy jasnymi objawami klinicznymi a minimalnymi zmianami morfologicznymi wymaga szukać słabo znanej patologii - Fitz-Hugh-Curtis syndrome. Oceniliśmy niuanse diagnostyczne i lecznicze w celu optymalizacji taktyki i poprawy jakości życia pacjentów. Autorzy odnoszą się zarówno do faktycznego aspektu medycznego problemu, jak i do informacji informatycznej, która z góry określała charakter proceduralny i praktyczne cechy aktualnego przeglądu lekarskiego.

Słowa kluczowe: ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego, PCHES, zespół Fitz-Hugh-Curtis.

Використання новітніх оперативних методик не тільки дозволяє в режимі реального часу оцінювати перебіг гострого/хронічного запалення жовчного міхура, але з кожним роком дає все більше повідомлень про невідповідність між термінами оперативного втручання, клінічними даними та очікуваними морфологічними змінами відповідно до класичного уявлення про стадійність перебігу запального процесу. Також, паралельно із щорічним зростанням кількості холецистектомії, збільшується число пацієнтів зі скаргами, які клінічно відповідають ПХЕС, але лабораторне/інструментальне дослідження не підтверджує наявності цієї патології.

Провідною метою дослідження було вивчення та узагальнення повідомлень про синдром Фітц-Х'ю-Куртиса у світовій науковій літературі та адаптація поодиноких іноземних рекомендацій щодо діагностично-лікувальної тактики до вітчизняної медичної практики.

Результати. Дослідження дає інформацію про те, допоки холецистектомії залишається «золотим стандартом» у своєму сегменті, пацієнти потребують більш детального обстеження. Слід приділяти увагу опитуванню хворого, особливо наявності інформації яка наводить на думку про наявність у хворого персистуючого хламідіозу.

Обговорення. На початку третього тисячоліття зростає цінність електронних джерел інформації. Втім відкритість або закритість електронних версій видань носить безсистемний характер, отже не вирішеними залишаються питання інтелектуальної власності та поширення інформації. Таким чином доступність інформації виявляється нерівномірною. Відповідно, зростає роль та цінність оглядових публікацій типу мета-аналіза, які дають практичним лікарям уявлення про незвичайні, маловивчені хвороби, які тим не

менш зустрічаються у практиці, як це продемонстровано на прикладі синдрому Фітц-Х'ю-Куртіса.

Література

1. Байбаков С. Е. Культурный феномен анатомии человека в эпоху компьютеризации / С. Е. Байбаков, А. В. Жуков, Г. Ю. Шантыз // Тотальная компьютеризация антропосферы: междисциплинарный подход. – Новосибирск: СибАК, 2016. – С. 30–49.

2. Василюк С. М. Синдром Фітц-Х'ю-Куртіса у хірургічній практиці / С. М. Василюк, В. М. Галюк, В. М. Клим'юк. // Хірургія України. – 2013. – №1. – С. 100–106.

УДК 613.2 - 613.29:502.51(285)

ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ТА ЙОГО РЕГУЛЯЦІЇ ЗА УМОВ ВПЛИВУ ПОЛІЕТИЛЕНГЛІКОЛЮ

О.А. Наконечна, А.І. Безродна, Л.П. Абрамова
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
bezrodnaya.ai@gmail.com

Determination of the main parameters of carbohydrate metabolism in the organism of warm-blooded animals under the influence of polyethyleneglycol showed: the reduction in serum glucose, lactate, TTH, insulin, T4 and the increase of T3 and the activity of LDH in the experimental group of animals testify to the activation of catabolic processes and inhibition of reductive syntheses, as nonspecific protective reaction pricesavalide of the effect of PEG-400.

Keywords: polyethyleneglycol, *ecological pathology*, toxicity, biochemical mechanisms.

Określenie podstawowych parametrów metabolizmu węglowodanów w organizmie stałocieplnych zwierząt pod wpływem glikol polietylenowy pokazał: obniżenie w surowicy krwi glukozy, mleczanów, TSH, insulina, T4 i zwiększenie T3 i aktywności LDH w badanej grupie zwierząt świadczą o aktywacji procesów katabolicznych i hamowanie regeneracyjne synteza, jak niespecyficzne ochronna reakcja pricesavalide skutki PEG-400.

Słowa kluczowe: glikol polietylenowy, ekologiczne patologia, zatrucia, biochemiczne mechanizmy.

На сучасному етапі розвитку усіх галузей промисловості населення постійно використовує в побуті косметичні та миючі засоби, пральні порошки і сучасні будівельні матеріали, що обумовлює агресивне проникнення поверхнево-активних речовин (ПАР) до всіх сфер перебування людини. В експериментальних дослідженнях встановлено, що провідну роль у виникненні структурно-функціональних порушень в організмі теплокровних тварин, у

зв'язку із впливом ПАР, відіграють реактивні метаболіти, що утворюються в процесі біотрансформації ксенобіотиків – це спирти, альдегіди, ефіри, які здатні впливати на функціонування різних органів та систем та порушувати різні ланки метаболізму, зокрема вуглеводний обмін [1, 2].

Мета: визначити основні показники вуглеводного обміну, а саме глюкозу, лактат, лактатдегідрогеназу (ЛДГ) та гормони, що його регулюють - тиреотропний гормон (ТТГ), трийодтиронін (Т3), тироксин (Т4), інсулін в організмі теплокровних тварин під впливом поліетиленгліколю.

Методи: Дане дослідження є фрагментом загальної програми вивчення біохімічних механізмів впливу на організм теплокровних ПАР, яке проведене в процесі підгострого токсикологічного експерименту на білих щурах популяції WAG тривалістю 45 діб. Тварини знаходилися в стандартних умовах віварію.

Утримання та спостереження за тваринами проводились у відповідності з положеннями «Загальноетичних принципів експериментів на тваринах», які узгоджені Першим Національним конгресом з біоетики (Київ, 2001), «Європейської конвенції про захист хребетних тварин, які використовуються з експериментальною та науковою метою» (Страсбург, 1986).

Дослід проведений на трьох групах тварин: контрольній та двох дослідних в кількості по 10 тварин в кожній. Водні розчини ПАР поліетиленгліколю (ПЕГ-400) щоденно натщесерце внутрішньошлунково вводилися у дозі 1/10, 1/100 ДЛ₅₀ за допомогою металевого зонду. Контрольна група щурів отримувала відповідні об'єми питної води.

Оцінка вуглеводного обміну в організмі теплокровних тварин здійснювалась за його основними показниками, а саме вмістом глюкози, лактату та активністю ЛДГ в сироватці крові, та вмістом гормонів, що регулюють цей обмін, а саме ТТГ, Т3, Т4, інсуліну, які визначались в динаміці на 45 добу експерименту. Вміст в сироватці крові ТТГ, Т3, Т4, інсуліну проводили за допомогою наборів реагентів фірми ООО «ХЕМА» (РФ) та вміст глюкози, лактату, активність ЛДГ – за допомогою наборів реагентів фірми «Філісіт-Діагностика» (Україна) на біохімічному аналізаторі Lab Line – 80 (Австрія). Статистичне опрацювання отриманих результатів здійснювалося за допомогою критерія Ст'юдента-Фішера.

Результати. В результаті проведеного дослідження виявлено, що вміст в сироватці крові глюкози зменшувався в 5,9 разів при впливі ПЕГ-400 у дозі 1/10 ДЛ₅₀ та зменшувався у 2,6 разів при впливі ПЕГ-400 у дозі 1/100 ДЛ₅₀. Лактат є кінцевим продуктом анаеробного розпаду глюкози. Виявлено зниження лактату в 3,5 разів при впливі ПЕГ-400 у дозі 1/10 ДЛ₅₀ та зменшення у 1,6 рази при впливі даного ксенобіотику у дозі 1/100 ДЛ₅₀. Ключовим ферментом анаеробного гліколізу є ЛДГ, активність якого в сироватці крові підвищувалась в 3,6 разів при впливі ПЕГ-400 у дозі 1/10 ДЛ₅₀ та підвищувалась в 1,4 разів у дозі 1/100 ДЛ₅₀.

Аналіз гормонів вуглеводного обміну виявив зниження вмісту в сироватці крові ТТГ, інсуліну, Т4 і підвищення Т3 в дослідній групі тварин, токсифікованих ПЕГ-400 у дозі 1/10 ДЛ₅₀ та 1/100 ДЛ₅₀. Так, концентрація ТТГ знижувалася майже у 4 рази при впливі ПЕГ-400 у дозі 1/10 ДЛ₅₀ та у 2 рази при впливі у дозі 1/100 ДЛ₅₀. Вміст Т3 збільшувався майже у 1,5 рази на тлі зниження Т4 у 1,5 разів при впливі ПЕГ-400 у дозі 1/10 ДЛ₅₀. Відомо, що із двох йодованих тиронінів більш активним є Т3 і у периферичних тканинах більша частина Т4 перетворюється на Т3 [3]. Рівень інсуліну в сироватці крові зменшувався у 3,5 рази при впливі ПЕГ-400 у дозі 1/10 ДЛ₅₀ та зменшувався у 2,3 рази при впливі у дозі 1/100 ДЛ₅₀.

Обговорення і висновки. Зниження вмісту в сироватці крові глюкози, лактату, ТТГ, Т4, інсуліну і підвищення Т3 та активності ЛДГ в дослідній групі тварин свідчити про активацію катаболічних процесів і пригнічення відновлювальних синтезів, як неспецифічну захисно-приспосувальну реакцію організму на вплив ПЕГ-400.

Література

1. Щербань Н.Г. Биохимические механизмы радиомиметических эффектов поверхностно-активных веществ / Н.Г. Щербань, В.И. Жуков, В.В. Мясоєдов и др. – Харьков: «Раритеты Украины», 2012. – 120 с.

2. Наконечна О.А. Деякі патохімічні механізми біологічної дії субтоксичних доз поліоксипропіленгліколю марки Л-502-2-10 в експерименті / О.А. Наконечна, І.О. Комаревцева, М.Є. Жерновая та ін. // Вісник проблем біології і медицини. - 2015. – Вип. 3, Том2 (123). С. 184-189.

3. Губський Ю.І. Біологічна хімія: Підручник. – Київ-Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. - С. 361.

УДК: 616.69:616.36-003.826: 616.379-008.64

РОЗЛАДИ СТАТЕВОЇ СФЕРИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ / ПРЕДІАБЕТОМ

Сніжана Фейса

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна
snizhana.feysa@uzhnu.edu.ua*

Sexual disorders may occur in patients with diabetes mellitus or pre-diabetes and concomitant non-alcoholic steatohepatitis. This is due to a violation of the metabolism of sex hormones in the liver, accumulation and decrease estrogen's inactivation. Such dysfunctions lead to deterioration in the quality of patient's life.

Keywords: non-alcoholic fatty liver disease, non-alcoholic steatohepatitis, type 2 diabetes mellitus, prediabetes, sexual disorders.

Pacjenci z cukrzycą lub pre-diabetes i niealkoholowym zapaleniem wątroby wywołują zaburzenia seksualne. Wynika to z naruszeniem metabolizmu hormonów płciowych w wątrobie, akumulacji i zmniejszyć inaktywacji estrogenów. Takie dysfunkcje prowadzą do pogorszenia jakości życia pacjentów.

Słowa kluczowe: niealkoholowe stłuszczenie wątroby, niealkoholowe stłuszczeniowe, cukrzyca typu II, pre-diabetes, zaburzenia seksualne.

Rozлади репродуктивної сфери часто зустрічаються у пацієнтів із предіабетом (ПД) та цукровим діабетом другого типу (ЦД-2), проте нерідко вони залишаються без достатньої уваги клініцистів та відходять на «другий план» у діагностиці та лікуванні. Є окремі повідомлення про зниження лібідо, еректильну дисфункцію (ЕД) та інфертильність у чоловіків, хворих на ЦД-2, проте не описано ці порушення при поєднаній патології.

Метою роботи було дослідити частоту виникнення статевих розладів у пацієнтів із неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП) на фоні порушення вуглеводного обміну (ПД / ЦД-2).

Матеріали та методи. На кафедрі терапії та сімейної медицини факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки Ужгородського національного університету обстежено 117 пацієнтів із НАЖХП на фоні ПД (55 осіб) та ЦД-2 (62 особи). Діагноз НАЖХП встановлювався згідно «Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Неалкогольний стеатогепатит» (Наказ МОЗ України від 06.11.2014 року №826). Неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) діагностовано у 82 пацієнтів із НАЖХП (з них 63 – чоловіки, 76,83%). Дослідження охопило й оцінку якості життя (ЯЖ) за результатами анкети Short Form Medical Outcomes Study (SF-36) та показники Міжнародного індексу еректильної функції (МІЕФ) для пацієнтів чоловічої статі.

Результати. Серед порушень з боку статевої сфери найбільш часто у чоловіків з НАСГ зустрічалось зниження лібідо (43 особи; 68,25%), у 30 пацієнтів (47,62%) виявлена алопеція, у 11 осіб (17,46%) діагностовано гінекомастію. За результатами анкетування, еректильну дисфункцію виявлено у 88,9% пацієнтів чоловічої статі, що хворіють НАЖХП на фоні порушення вуглеводного обміну, причому 28% з них мали легкий ступінь ЕД, 13% - середній, 47,9% - важкий ступінь ЕД.

Розлади репродуктивної системи спостерігалися і у жінок. Так, 3 з них (15,79%) відмічали ранню аменорею, у 2-х (10,53%) була неплідність, ще 4 особи (21,05%) вказували на атрофію молочних залоз, що відбулася з розвитком НАЖХП та ПД / ЦД-2.

Висновки. Розвиток статевих дисфункцій у пацієнтів з НАЖХП на фоні порушення вуглеводного обміну (ПД, ЦД-2) зумовлений, очевидно, порушенням метаболізму гормонів у печінці: накопичення або зменшення

інактивації естрогенів, біогенних амінів, порушенням функції гіпофізу. Враховуючи, що порушення статевих функцій тісно зв'язане із якістю життя, доцільним є проведення опитування для своєчасного виявлення відповідних розладів та адекватної корекції їх.

УДК 616.716-008

SPECIAL ASPECTS OF HEALING WOUNDS AFTER TOOTH EXTRACTION IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS*

O. S. Barylo, T. M. Kanishyna, A.V. Biloshytska
UDC616.716-008

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine
kanyshyna@gmail.com

**Тези доповіді. Стаття буде надрукована у
Журналі клінічних та експериментальних медичних досліджень
(JC&EMR) (<http://ujcem.med.sumdu.edu.ua/>)*

Diabetes mellitus is a chronic endocrine disorder which gradually exhausts compensatory and adaptive capabilities of the body. Among other concomitant diseases and complications dental caries is increasingly met, therapeutic treatment of which is not always successful. Therefore, the proportion of patients with diabetes mellitus sooner or later and requires a dental surgery such as tooth extraction. Diabetes mellitus is a major problem for maxillofacial surgeons, as well as for other specialists. This is due to the fact that regenerative processes in all tissues are slowing down against the background of metabolic, hormonal disorders, diabetic angiopathy and polyneuropathy, compared with healthy persons of the same sex and age. Moreover, toothache, pain and tissue swelling after tooth extraction can lead to a patient's failure to eat, which is very dangerous, as dieting for patients with diabetes is an important factor in compensating for the disease. For uncomplicated healing of the wells, it is necessary to monitor blood glucose and stimulate reparative processes in the postoperative wound.

In the process of phylogeny and ontogenesis, the human organism has developed an ability to restore its structure and functions. Regeneration (the ability to repair damaged and dead tissue) as a biological phenomenon is characteristic of all plants, animals and humans. Regeneration is an important manifestation of compensatory-adaptive processes that allow living organisms to survive under the influence of various environmental factors.

Researchers have found out that diabetes mellitus reduces the regenerative capacity of individual cells, tissues and organs, so there is a constant search for

local factors to accelerate the healing of post-extraction wounds. Recently, fibrin enriched with platelets (Platelet Rich Fibrin, PRF) has been used in surgical dentistry to stimulate wound healing and to accelerate reparative osteogenesis. PRF is to transfer platelets and fibrin into the alveolar socket or surgical intervention area for acceleration of angiogenesis, stimulation of the formation of fibroblasts and collagen synthesis. This is explained by the fact that platelets are blood cells containing polypeptides, the so-called growth factors. The hemostasis process (formation of blood convulsion) begins with an activation of platelets, whose growth factors are allocated to the surface of the cell. Growth factors are essential for angiogenesis stimulation. For the formation and subsequent retraction of blood convection, fibrin (an insoluble protein formed from fibrinogen (plasmic protein)) is required. The literature data indicate that fibrin also stimulates fibroblasts proliferation and a scar formation.

The purpose of our study was to investigate how the introduction of PRF into a postoperative wound affects the course of its healing after tooth extraction in patients with diabetes.

Materials and methods. The study involved 10 patients with Type 2 diabetes mellitus, treated in the maxillofacial department of Vinnitsa Regional Pirogov Clinical Hospital. All of them needed removal of single-rooted teeth on the lower jaw (35-45) regarding the exacerbation of chronic periodontitis. All the patients agreed to hold all necessary manipulations. In 5 patients after the tooth removal, a blood gloom was formed in the hole. In the other 5 patients PRF was placed in the well and fixed with a seam. The fibrin enriched with platelets was made immediately before the tooth removal. For this, 10 ml of blood were taken from the patient's elbow vein. The venupuncture was carried out with the use of a butterfly needle connected with a catheter to a vacuum tube.

The resulting blood was centrifuged for 12 minutes at a rate of 3000 rpm. The blood in the test tube was divided into three layers: the upper one - the plasma with deficiency trombocytes, medium - fibrinous clot, enriched with platelets, the lower layer - a clot of red blood cells.

The fibrinous clot was removed from the test tube by the tweezers, the red blood cells were cut off with a scalpel and moved into the wound.

Histological preparations were immediately prepared from a small part of the fibrinous convulsion. The sections of the fibrin convex preparation were made and stained with fibrin: orange-reddish-blue on Zerbino DD, Lukasevich LL (modified method of Martius-Scarlet-Blue), and also stained with hematoxylin-eosin.

Microscopy and photographing of histologic drugs were carried out with the help of an OlympusBX41 light microscope with an increase of 40, 100, 200, 400 and 1000 times.

The patients underwent the postoperative period under control of an endocrinologist. Daily blood glucose levels were evaluated. An overview of patients

was conducted on the 1st, 3rd, 5th, 7th and 14th days. During the survey, complaints were collected, changes in general condition evaluated, as well as local tissue changes around the post-extraction wound. To determine and compare the quality of life in the postoperative period, on the 14th day after the tooth extraction we conducted a questionnaire on adapted Ukrainian and Russian versions of the specialized dental questionnaire OHIP-14 (OralHealthImpactProfile). All the questions of the survey can be divided into three parts: the first five questions characterize problems with eating, 6 -8 questions reflect the problem of communication, and 9-14 questions - the problems that arise in everyday life.

Results and discussion. Histological examination of the fibrin convex colored with hematoxylin-eosin showed that it consists of filaments of fibrin and a large number of platelets. In preparations, there are erythrocytes, leukocytes and other elements of blood. Coloring by Zerbini DD, Lukasevich L.L. on the fibrin OCHG (orange-red-blue) showed that in the fibrinous convolution there is fibrin at different stages of ripening (from the «young» orange to the «mature» dark blue) (Fig. 4). Thus, in the form of PRF in the tooth stem, fibrin is transplanted at different stages of maturation and platelets. The first hours are still the retreat of the thrombus - the fibrin fibers are shrinking, the thrombus loses water, decreases in size. It is in these conditions that platelets are activated and the growth factors are isolated on the surface of their cells. These bioactive substances can stimulate angiogenesis and synthesis of fibroblasts. The life span of the platelet is 7-10 days, so it can be assumed that the growth factors in the PRF are released within 5-7 days. To evaluate the clinical status of each patient, we filed complaints, history data, review data for the 1, 3, 5, 7, 14th day. Particular attention was paid to the state of the post-extraction hole, estimated the prevalence of tissue edema, the condition of the mucous membrane, the contents of the well. With an objective review it turned out that the tissue swelling after tooth extraction developed in all patients, however it passed sooner in those with PRF in the well. In these patients, the mucous membranes at the edges of the well recovered more quickly and covered the edges of the wells, and, on the 14th day after the removal of the tooth, the well was filled with granulation tissue. In the control sample, one of five patients had a complication - alveolitis of the well, requiring a special treatment. This patient complained longer of pain and chewing problems after the tooth extraction. After 14 days in the wells of teeth granulation showed that in all the patients who had used PRF to accelerate the postoperative wounds healing had less problems with eating, no communication problems, which contributes to the overall improvement of the quality of life. We found no relation between the quality of life and gender and duration of concomitant diabetes mellitus.

Conclusions. The use of platelet-rich fibrin (PlateletRichFibrin, PRF) after tooth extraction in patients with diabetes mellitus promotes faster regeneration of the post-extraction well. This can be explained by the fact that thrombocytory

growth factors stimulate angiogenesis, and fibrin stimulates proliferation of fibroblasts. Clinical observations of a mild postoperative period in PRF patients coincided with the OHIP-14 survey data.

УДК 616. 314-089.23:616: 31-084. 001.86-053.5

ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ОРТОДОНТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ НЕЗНІМНОЮ ТА ЗНІМНОЮ АПАРАТУРОЮ*

*Пачевська Аліса Валеріївна, Філімонов Юрій Вікторович,
Драчук Надія Вікторівна
Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова,
Вінниця, Україна
alisa.paczewska@gmail.com*

**Тези доповіді. Стаття буде надрукована у
Журналі клінічних та експериментальних медичних досліджень
(JC&EMR) (<http://ujcem.med.sumdu.edu.ua/ua/>)*

Ускладненнями при використанні ортодонтчних апаратів є катаральний гінгівіт, стоматит, пародонтити, випадки гіперплазії ясен та резорбції верхівок зубів, а також тріщини емалі, карієс під брекетами. Першопричиною вищеперерахованих ускладнень при використанні апаратного лікування зубощелепних аномалій може бути погана гігієна порожнини рота.

Мета дослідження. Вивчити стан гігієни порожнини рота при використанні незнімної та знімної ортодонтчної апаратури у дітей з щелепно-лицьовими аномаліями.

Матеріали і методи. Дослідження було проведено серед 90 пацієнтів. Всі пацієнти були поділені на три групи: контрольну, групу з лікуванням незнімною ортодонтчною апаратурою та групу зі знімною ортодонтчною апаратурою. При дослідженні визначали рівень гігієни порожнини рота за допомогою спрощеного індексу гігієни порожнини рота Гріна-Вермільйона.

Результати. Стан гігієни порожнини рота в контрольній групі майже не змінювався. В групі дітей, яким використовувалась незнімна ортодонтчна апаратура, через 3 місяці лікування кількість пацієнтів з доброю гігієною порожнини рота зменшилась з 15% до 5%, якою і лишалась через 6 місяців. Якщо на початку лікування кількість пацієнтів з середнім рівнем гігієни порожнини рота складала 80%, то через 3 місяці 40%, а через 6 місяців стан середнього рівня гігієни порожнини рота спостерігався тільки у 10% пацієнтів. Використання знімної апаратури для лікування ортодонтчних хворих не

викликало такого значного погіршення стану гігієни порожнини рота. А саме: через 3 місяці лікування кількість пацієнтів з добрим станом зменшилась з 50 до 25%, з середнім рівнем гігієни порожнини з 50 до 45%, виявилось 30% пацієнтів з поганою гігієною порожнини рота. Через 6 місяців лікування пацієнтів з добрим станом порожнини рота було тільки 20%, а з середнім вже 60%, і тільки у 20% ми відмітили поганий стан гігієни порожнини рота.

Висновки: лікування незнімними та знімними апаратами призводить до погіршення стану гігієни порожнини рота. Найбільше погіршується стан гігієни порожнини рота при використанні незнімної ортодонтичної апаратури.

УДК 613

INTRAOPERATIVE NEUROPHYSIOLOGICAL MONITORING AT STEM-CELL TUMORS SURGICAL TREATMENT: PROGNOSTIC VALUE FOR PATIENTS' FURTHER PHYSIOTHERAPEUTIC REHABILITATION

O.S. Herasymenko², V.I. Smolanka^{1,2}, A.V. Smolanka^{1,2}, O.S. Sechko^{1,2}

¹Uzhhorod Regional Clinical Center of Neurosurgery and Neurology

²Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

herasymenko.olga@gmail.com

Investigation of the intraoperative neurophysiological monitoring effectiveness (motor and somatosensory induced potentials, spontaneous and trigger electroneuromyography) in surgical treatment of patients with stem-cell tumors.

Keywords: intraoperational neurophysiological monitoring, stem tumors, function maintained, neurological deficiency forecast.

Badanie skuteczności monitorowania śródoperacyjnego neurofizjologicznego (potencjały indukowane silnymi i somatosensorowymi, spontaniczna i wyzwalająca elektroneuromiografia) w chirurgicznym leczeniu pacjentów z guzami komórek macierzystych.

Słowa kluczowe: intraoperacyjne monitorowanie neurofizjologiczne, nowotwory macierzyste, zachowanie funkcji, prognoza deficytu neurologicznego.

Materials and methods. 10 surgical interventions using Medtronic Xomed NIM-Eclipse intraoperative neuromonitoring system with 32-channel neurophysiological unit were performed. Surgical access technique applied: medial suboccipital (telovelar). Tumor resection volume: total removal, subtotal removal and biopsy. At patients with stem-cell tumors, the cranial nerves mapping (bipolar and monopolar samples) has been performed to determine the restricted area functionally for encephalotomy and the brain stem pathological focus localization. Spontaneous electromyography of the corresponding innervation muscles of 5, 6,

7, 9, 11, 12 cranial nerves pairs has been performed for dynamically monitoring these structures. Irritation degree. Initiated were the somatosensory potentials from the upper and lower limbs to control the conduction paths' function. Induced were the motor potentials from the innervation muscles of 5, 6, 7, 9, 11, 12 cranial nerves pairs to obtain the initial motor response level in comparison with intraoperational and postoperational changes, that allows obtaining the prognosis for further functional ability. The research results have been evaluated in the early postsurgical period through assessing the new neurological deficiency and in the long-term period (at least 3 months).

Results obtained. At 20% of patients with brain stem lesions, observed was an early postoperative neurological deficiency of 9 and 12 cranial nerves pairs, 10% of patients had deficiency at 5 and 7 cranial nerves pairs with a tendency to recovery. Another 10% of patients having at the preoperative level the neurological deficiency of 6 and 7 cranial nerves pairs, without neurological deficiency aggravation i.e. the condition maintained when compared with the preoperative level. All patients diagnosed with an existing neurological deficiency underwent the physiotherapeutic rehabilitation consisting in the pharyngeal muscles and facial mimic musculature electroneuromyostimulation within 3 months period after the surgical intervention.

Conclusions. With the intraoperative neurophysiological monitoring use at patients suffering from stem tumors provides the possibility of maintaining the functionally significant structures with their functional capacity further prognosis. To achieve a complete neurological symptoms' regression, the use of physiotherapy, in particular, the electroneuromyostimulation, serves to accelerate the partially lost function recovery and reduces the disability degree at patients surgically treated for stem-cell tumors diseases.

Cel. Badanie skuteczności stosowania intraoperacyjnego monitorowania neurofizjologicznego (motorycznych i somatosensorycznych potencjałów wywołanych, elektroneuromiografii spontanicznej i bodźcowej) w leczeniu chirurgicznym pacjentów z nowotworami macierzystymi.

Materiały i metody. Przeprowadzono 10 zabiegów chirurgicznych z wykorzystaniem systemu monitorowania intraoperacyjnego Medtronic Xomed NIM-Eclipse z blokiem neurofizjologicznym na 32 kanały. Dostęp chirurgiczny – środkowy podpotyliczny (telovelar approach). Zakres resekcji nowotworu: usunięcie całkowite, usunięcie subtotalne i biopsja. Dla pacjentów z guzami komórek macierzystych było stosowane mapowanie jąder nerwów czaszkowych (za pomocą testów jedno- i dwubiegunowych), ustalenie strefy funkcjonalnie ograniczonej do prowadzenia encefalotomii i lokalizacji ogniska w pniu mózgowia. Spontaniczna elektromiografia mięśni odpowiedniej innerwacji 5, 6, 7, 9, 11, 12 par nerwów czaszkowych do dynamicznej obserwacji stopnia podrażnienia danych struktur.

Wywołano potencjały somatosensoryczne z kończyn górnych i dolnych do kontroli funkcjonowania dróg wiodących. Wywołano potencjały motoryczne z mięśni innerwacji 5, 6, 7, 9, 11, 12 par nerwów czaszkowych w celu ustalenia poziomu wyjściowego reakcji motorycznej w porównaniu do zmian intraoperacyjnych i końcowych, co daje możliwość dalszej prognozy zdolności funkcjonalnej. Wyniki badania były oceniane we wczesnym okresie pozabiegowym poprzez ustalenie nowego deficytu neurologicznego i w okresie odległym (nie mniej niż 3 miesiące).

Wyniki. U 20% pacjentów z uszkodzeniami pnia mózgowia był obserwowany wczesny pooperacyjny deficyt neurologiczny w 9 i 12 parach nerwów czaszkowych, 10% pacjentów z uszkodzeniami 5 i 7 par nerwów czaszkowych według rodzaju podrażnienia, z tendencją do odnowy. Kolejne 10% pacjentów miało deficyty neurologiczne na poziomie przedoperacyjnym w 6 i 7 parach nerwów czaszkowych, bez pogłębiania deficytów neurologicznych, w porównaniu do poziomu przedoperacyjnego. Do wszystkich pacjentów z deficytami neurologicznymi była zastosowana narehabilitacja fizjoterapeutyczna – elektroneuromiostymulacja mięśni połykania i mimicznych mięśni twarzy, poupływie 3 miesięcy od dnia interwencji operacyjnej.

Wnioski. Wykorzystanie intraoperacyjnego monitorowania neurofizjologicznego pacjentów z nowotworami macierzystymi umożliwia zachowywanie funkcjonalnie znaczących struktur w celu dalszego prognozowania ich zdolności funkcjonalnej. Aby osiągnąć pełny regres symptomatologii neurologicznej, stosowanie fizjoterapii, w tym elektroneuromiostymulacji, przyspiesza odzyskiwanie częściowo straconej funkcji i zmniejsza stopień niepełnosprawności pacjentów po operacji z powodu obecności nowotworów macierzystych.

УДК 616-00117-036.82

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНІ АСПЕКТИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ З ОПІКОВОЮ ТРАВМОЮ

*Ігор Белозьоров, Олена Проценко, Олена Шаповал
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, Харків, Україна
protcenko@karazin.ua, shapoval@karazin.ua*

When treating patients with burn injury, it is necessary to combine correction of general changes in patient's body with rehabilitation treatment for the purpose of relieving local burn consequences. Rehabilitation of patients with burns starts as early as at hospital stage of medical care provision.

Specialists of numerous fields are engaged in development of a rehabilitation program, which is individual for each patient, as well as implementation of

rehabilitation actions, such as exercise physiologist, physiotherapist, psychologist, dermatologist, nutritionist, etc.

Keywords: multidisciplinary aspects, rehabilitation, patients, burn injury.

W trakcie leczenia uszkodzonych z oparzeniami korektę ogólnych zmian, zachodzących w organizmie pacjenta, należy połączyć z rehabilitacją w celu likwidacji lokalnych następstw oparzeń. Rehabilitacja chorych z oparzeniami zaczyna się jeszcze na etapie świadczenia pomocy w szpitalu.

Do udziału w opracowaniu programu rehabilitacyjnego, indywidualnego dla każdego pacjenta, i realizacji środków rehabilitacyjnych, są załączani specjaliści wielu kierunków – specjalista do spraw terapeutycznego wychowania fizycznego, fizjoterapeuta, psycholog, dermatolog, dietetyk oraz inni.

Słowa kluczowe: multidyscyplinarne aspekty, rehabilitacja, uszkodzeni, oparzenia.

Законодавчі особливості забезпечення своєчасної та якісної допомоги постраждалим від опіків передбачено Наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про систему комбустіологічної допомоги в Україні» (№ 838 від 30.09.2013). Існують також клінічні протоколи надання медичної допомоги хворим з опіками та їх наслідками, згідно яким пацієнти повинні отримувати спеціалізовану медичну допомогу в повному обсязі, необхідному для одужання та профілактики різноманітних ускладнень опікової хвороби.

Механізм диспансеризації та надання медичної допомоги хворим з наслідками опіків визначається «Порядком диспансеризації та реабілітації хворих з опіками та їх наслідками» і стосується організації роботи при наданні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Реабілітація є важливою та необхідною складовою системи відновлення здоров'я постраждалих з опіковою травмою.

Згідно з регламентуючими документами, на стаціонарному етапі лікування постраждалих з опіковою травмою завданнями медичного персоналу поряд з «підтримкою адаптаційного рівня основних параметрів гомеостазу та систем життєзабезпечення та ефективним відновленням втраченого шкірного покриву сучасними хірургічними і консервативними методами є попередження розвитку надлишкового інтерстиціального набряку та ангіогенезу, гіпертрофії сполучної тканини шляхом застосування компресійної терапії, іммобілізації, позиціювання голови і кінцівок, ранньої кінезотерапії», «реабілітаційні заходи повинні початися в день пошкодження, а основне завдання відновлення опікових пацієнтів полягає в тому, щоб не допустити обмеження рухливості і анатомічної деформації».

Виходячи з цих завдань, стає зрозумілим, що до розробки реабілітаційної програми, індивідуальної для кожного пацієнта, та здійснення

реабілітаційних заходів потрібно обов'язково залучати фахівців з лікувальної фізкультури та ерготерапії, фізіотерапевта, психолога, дерматолога, нутріціолога та інших. Але часто, незважаючи на наявність всіх потрібних спеціалістів, навіть в умовах багатопрофільної лікарні, не завжди вдається вдало скоординувати реабілітаційні заходи, досягти узгодженості фахівців різних спеціальностей. Внаслідок цього реабілітаційна програма на стаціонарному етапі не реалізується у повній мірі, а окремі лікарські призначення не можуть гарантувати належного ефекту.

Мультидисциплінарний підхід тривалий час ефективно використовується на диспансерному етапі надання допомоги постраждалим з опіками (приклад – спеціалізовані відділення реабілітації хворих після опіків, що функціонують у складі клінічних санаторіїв).

Досвід фахівців, які багато років поспіль використовують вищевказаний принцип у своїй професійній діяльності, може бути вдало застосований для організації мультидисциплінарних бригад на стаціонарному етапі лікування хворих з опіками. Це дасть змогу забезпечити досягнення оптимальних функціональних і косметичних результатів, відновлення в найкоротший термін працездатності пацієнтів, створення умов для психологічної, трудової та соціальної реабілітації.

УДК 616.8/616-009

THE PHYSIOTHERAPEUTIC MEANS IN A COMPLEX REHABILITATION OF PEOPLE WITH POSTHYPOXIC ENCEPHALOPATHY

*Olha Yezhova, Kateryna Radych, Tetyana Loboda
Sumy State University, Sumy, Ukraine*

Stwierdzono skuteczność środków fizjoterapii przy encefalopatii.
Słowa kluczowe: encefalopatia, fizjoterapia.

The purpose of the work is to develop a physiotherapy programme for the patients with posthypoxic encephalopathy (PE) after a clinical death.

An individual physiotherapeutic programme (PP) was developed for 16 years old patient who was admitted with a diagnosis of PE with severe motor disorders in the form of spastic quadraparesis, generalized hyperkinesia and a mental and behavioural disorder to the Sumy Regional Children's Clinical Hospital (department of a neuropsychiatry). The patient was receiving a medical treatment before the implementation of the PP, which consisted in influencing the patient's mental condition and treatment of bedsores by instrumental means of the physiotherapy.

The PP of the patient was aimed at the correction of the acute, persistent and residual violations. It was divided into three stages, each of which had its purpose,

tasks and means. The main task of the programme was to prevent complications, establish a control over the acts of urination and defecation, restore the impaired motor functions, train the basic self-care skills, and to improve the cognitive abilities. The rehab means that were used include therapeutic exercises, massage and psychotherapy. Individual exercises on the physiotherapy were conducted every day for 3-4 hours (at the first and second stages – in the patient's ward, on the third stage – both in the ward and in the physiotherapy room). Psychotropic drugs were not used during the second and third stages.

The effectiveness of the developed PP for the patient was assessed by the changes in the indicators of consciousness, psychoemotional state, speech, mobility of the joints, the control of the act of urination and defecation, ability to read and number, self-care skills, etc.

At the end of the PP, the following changes were achieved: the patient is in a clear consciousness; he recognizes parents, staff and periodically orients in space and time; he has a high spirits, a motivation to recover; the patient uses simple sentences to answer, formulates a request, talks by phone with relatives; the pain sensitivity has been restored; he lies independently, gets up, sits down, unstable pathological positions of the wrists and the right foot still remains; passive movements in all joints have been restored (except for the right foot); control of the act of urination and defecation has been completely restored; the patient draws simple figures, colours them, counts in the range from one to ten, recognizes about 90 per cent of the letters, reads separate words; basic self-care skills have been restored as well.

The patient has been discharged in a stably serious condition with improvement. Therefore, the effectiveness of the use of physiotherapeutic means in the complex rehabilitation of the patients with PE in a specific clinical case has been identified.

УДК 796.071:[615.8:621.3.014](043.3)

ДИНАМИЧЕСКАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ – НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СПОРТСМЕНОВ

Галина Харченко
Киевский университет имени Бориса Гринченко, Київ, Україна
khgd@ukr.net

Myofascial a pain syndrome is widely widespread in sport practice. For him a muscular spasm and presence of trigger points are characteristic, at palpation of that strengthening of pain is marked. Basic principles over of renewal of sportsmen are brought with myofascial by a pain syndrome.

Keywords: sportsmen, myofascial pain syndrome, trigger points, muscular spasm.

Myofascial zespół bólowy jest szeroko rozpowszechniony w praktyce sportowej. Dla niego ma charakterystyczny skurcz mięśni i obecność punktów spustowych charakterystycznych, na palpacji tego wzmocnienia bólu jest zaznaczone. Podstawowe zasady odnowy sportowców przynoszą myofascial przez zespół bólu.

Słowa kluczowe: sportowcy, zespół bólu mięśniowo-szkieletowych, punkty spustowe, skurcz mięśni.

В настоящее время одним из наиболее приоритетных направлений физической терапии является комплексная реабилитация. Разработка научно обоснованных, эффективных нелекарственных методов при миофасциальном болевом синдроме является одной из приоритетных задач реабилитации спортсменов. Технологии реабилитации включают в себя большой арсенал традиционных и нетрадиционных оздоровительных методов, среди которых широко используются природные и преформированные физические факторы. Одним из наиболее перспективных методов, на сегодняшний день, является метод динамической электростимуляции (ДЭНС). Простота применения, неинвазивность, высокая эффективность метода дает возможность использовать ДЭНС в комплексной реабилитации спортсменов.

Цель. Изучить эффективность ДЭНС в реабилитации спортсменов с миофасциальным болевым синдромом плечевого пояса.

Методы исследования включали: социологические методы - контент-анализ медицинских карт, осмотр, анкетирование; педагогические – констатирующий и формирующий эксперимент, наблюдение, тестирование; медико-биологические методы – психофизиологические тесты; комплекс компьютерного анализа вариабельности сердечного ритма; биоимпедансный анализ состава тела; электромиография; динамометрия; методы математической статистики.

Результаты. В анамнезе боли в мышцах испытывали 50 спортсменов (93%), на момент исследования болевой синдром отмечался только у 22 спортсменов, которые были разделены на основную (n=11) и контрольную группы (n=11).

Исходные показатели выраженности болевого синдрома спортсменов основной группы проводились по четырехсоставной визуально-аналоговой шкале боли (ВАШ). В основной группе максимальный уровень боли (от 7 до 10 баллов) «прямо сейчас» не отметил ни один из спортсменов. Средний уровень боли (от 4 до 6 баллов) отметили 21 (95%) спортсмен, при этом незначительный уровень боли (от 1 до 3 баллов) был выявлен у 1 спортсмена (5%). В «наихудшие периоды болезни» максимальный уровень боли (от 7 до

10 баллов) отметили 15 спортсменов (69%), средний уровень боли (от 4 до 6) - 7 спортсменов (31%), низкий уровень боли не отмечался.

Анализируя данные, полученные в результате исследования на основании ВАШ максимальный уровень (от 7 до 10 баллов) «прямо сейчас» не отметил ни один из обследуемых спортсменов. Средний уровень боли (от 4 до 6 баллов) отметили 7 спортсменов ОГ и 8 в КГ, при этом незначительный уровень боли (от 1 до 3 баллов) был выявлен у 3 спортсменов в ОГ, и 3 лучников в КГ. Уровень боли в «наихудшие периоды болезни» максимальный уровень (от 7 до 10 баллов) отметили 7 спортсменов ОГ и 8 спортсменов КГ. Средний уровень боли (от 4 до 6) отметили 3 спортсмена ОГ и 4 лучника КГ, при этом низкий уровень боли (от 1 до 3 баллов) не отметил ни один из испытуемых.

Физиотерапевтическое воздействие проводили с помощью аппарата ДиаДЭНС-ПК. На область мышечной боли работали аппаратом лабильно-стабильным способом в режиме «Терапия» 77 Гц или модулированный режим «7710». На триггерных точках работали стабильным способом в режиме «Терапия» каскад частот начиная с 10 Гц 1 минута, затем 20 Гц 1 минута, 60 Гц 1 минута, 77 Гц 2 минуты, 140 Гц 1 минута, затем 10 Гц 1 минута. Затем продолжили воздействие «Три дорожки» вдоль позвоночного столба в режиме «Терапия» 10 Гц 2 минуты. Курс 10 процедур.

Выводы. Под влиянием комплексной программы физической реабилитации с применением ДЭНС у спортсменов наблюдались изменения показателей мышечной боли до курса и после курса реабилитации; в основной группе боль в мышцах шеи уменьшилась у 10-ти (90,9%) из 11 испытуемых, в контрольной – у 4 (36,4 %) из 11 испытуемых. Боль в мышцах правой руки в основной группе уменьшилась у 5 (45,5 %) испытуемых, в контрольной группе без изменений. Боль в мышцах левой руки в основной группе уменьшилась у 8 (72,7 %) испытуемых, в контрольной группе без изменений ($p > 0,05$). Боль в мышцах спины в основной группе уменьшилась у 6-ти (54,5 %) из 11 испытуемых, в контрольной группе у 2 (18,2%).

Литература

1. Трэвелл Ж. Г. Миофасциальные боли и дисфункции: Руководство по триггерным точкам. В 2 томах. Т.1 / Симонс Д. Г., Трэвелл Ж. Г., Симонс Л. С. // Пер. с англ.-2-е изд., переработанное и дополненное. – М. : Медицина, 2005. – 1192 с.

2. Фергюсон Л. У. Лечение миофасциальной боли / Люси Уайт. Фергюсон, Роберт Гервин; Пер. с англ. Под общ. Ред. М. Б. Цыркунова, М. А. Ерёмушкина. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 544 с.

УДК 616.728.3-007.24-053.87-085.844.6

ЕФЕКТИВНІСТЬ І БЕЗПЕЧНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЕЛЕКТРОФОРЕЗУ НЕОКАРИПАЗИМ-400 У ЖІНОК У МЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ

*О.О. Якименко, Н.М. Богдан, О.Є. Кравчук
Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна
nataliya.bogdan2010@gmail.com*

The results of complex treatment using neocaripezem-400 electrophoresis in menopausal women suffering from osteoarthritis of the knee joints are presented. This method contributes to the reliable positive dynamics of the indicators of pain syndrome, the WOMAC index, reduces the severity of inflammatory reactions, increases the mobility of joints, and improves the quality of life of patients and may be the therapy of choice.

Przedstawiono wyniki kompleksowej terapii stosując elektroforezę neocaripezem-400 u kobiet w okresie menopauzy, cierpiących na osteoartrozę stawów kolanowych. Ta metoda przyczynia się do wiarygodnej pozytywnej dynamiki wskaźników zespołu bólu, indeksu WOMAC, zmniejsza nasilenie reakcji zapalnych, zwiększa mobilność stawów oraz poprawia jakość życia pacjentów i może być wybraną terapią.

Słowa kluczowe: zapalenie kości i stawów, kobiety, okres menopauzy, elektroforeza neokaripazim-400.

У теперішній час остеоартроз (ОА) найбільш розповсюджене та несприятливе у прогностичному плані захворювання суглобів. Оптимальне лікування остеоартрозу колінних суглобів передбачає комбінацію немедикаментозних та медикаментозних методів. На сьогодні преформовані фактори розглядають як область практичної медицини, і застосовуються для лікування хворих, профілактики захворювань та медичної реабілітації.

Метою дослідження є визначити ефективність і безпечність комплексної терапії із застосуванням неокарипазим-400 у жінок в менопаузальному періоді, що страждають на остеоартроз колінних суглобів.

Матеріали та методи. До дослідження було залучено 30 жінок з клінічними проявами остеоартрозу колінних суглобів віком від 50 до 75 років, менопаузальний період (середня тривалість менопаузи – $8,5 \pm 0,43$ років), що склали групу спостереження. До групи порівняння увійшли пацієнти (30 осіб), що страждають на ОА колінних суглобів такої ж вікової категорії. Усім пацієнтам групи спостереження призначалася комплексна терапія із застосуванням електрофорезу неокарипазим-400 та хондропротектор у вигляді препарату піаскледин - 300 одна таблетка на добу протягом 3 місяців у

сполучі з НПЗП. Пацієнтам групи порівняння проводилося лікування НПЗП та хондропротекторами. До та після лікування всім хворим проводили оцінку больового синдрому за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) оцінку індексу WOMAC, рухливості колінних суглобів за допомогою кутоміра, проводили низку біохімічних та загально-клінічних аналізів, рентгенологічне та ультразвукове дослідження колінних суглобів.

Отримані результати. У жінок в менопаузальному періоді, що страждають на остеоартроз колінних суглобів після проведеного комплексного лікування із застосуванням електрофорезу неокаріпазим-400 на фоні стандартної медикаментозної терапії спостерігалась позитивна динаміка у вигляді поліпшення рухливості колінних суглобів на 45% ($p < 0,05$), зниження больового синдрому (за шкалою ВАШ) на 40% ($p < 0,05$), зменшення індекс WOMAC на 21% ($p < 0,05$) та зниження рівню показників запалення на 26 – 50% ($p < 0,05$).

УДК 618. 39 - 021. 3 - 0. 3682/ . 85: 615. 825

ОСОБЛИВОСТІ ПРАКТИЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯ ШТУЧНОГО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Костянтин Бугаєвський

*Класичний приватний університет, Інститут здоров'я, спорту та туризму,
Запоріжжя, Україна
apostol_luka@ukr.net*

The article presents the materials of the conducted research devoted to the practical application of a set of methods of non-drug treatment rehabilitation in female after a artificial abortion, in the early stages termination of pregnancy. Practical recommendations on the use of this method of treatment are given.

Keywords: artificial abortion, rehabilitation, reproductive function.

W artykule przedstawiono materiały z przeprowadzonych badań poświęconych praktycznemu zastosowaniu uzupełniającego kompleksu metod leczenia u kobiet po sztucznym zakończeniu ciąży we wczesnym stadium. Podano praktyczne zalecenia dotyczące stosowania tej metody leczenia.

Słowa kluczowe: sztuczna aborcja, rehabilitacja, funkcja rozrodcza.

Застосування штучного переривання вагітності займає, в Україні, невинувато велике місце в структурі методів регулювання народжуваності. Найбільш частими ускладненнями аборту є запальні захворювання геніталій, порушення менструального циклу, відсутність овуляція, вторинне безпліддя, ендокринні порушення. У доступних джерелах інформації, практично відсутні

дані, про можливість відновлення репродуктивної функції, після медичного абортів на ранніх термінах гестації, із застосуванням фізичної реабілітації та немедикаментозних методів відновного лікування. При проведенні дослідження нами використовувалися такі методи, як опитування, загальноклінічний і розширений гінекологічний огляд, лабораторна і УЗ-діагностика. Проводилось спостереження групи жінок ($n=45$), що перервали вагітність в терміні до 12 тижнів і отримували реабілітацію на базі жіночої консультації та гінекологічного відділення санаторію. Середній вік пацієнок в досліджуваній групі становив $32\pm 1,2$ років. Для проведення дослідження був розроблений і практично застосований, комплексний метод відновного лікування жінок в післяабортному періоді. Курс лікування складався з 20 занять, що проводилися щодня. Протягом першого місяця, після перенесеного штучного переривання вагітності, пацієнтки проходили реабілітацію на базі жіночої консультації, потім в умовах гінекологічного відділення місцевого санаторію. У комплекс заходів відновного лікування були включені ЛФК за методикою В.Є.Васильєвої (2007 рік) та, спеціальні вправи А.Кегеля, гінекологічний і сегментарний масаж, курс рефлексотерапії (точковий масаж, рефлексотерапія БАТ стоп). Функція яєчників вивчалася за параметрами і аналізуванні результатів тестів функціональної діагностики БТ (базальної термометрії), рівню гонадотропних гормонів переднього відділу гіпофіза (пролактин, фолікулостимулюючий (ФСГ) і лютеїнізуючий гормон (ЛГ) та стероїдних гормонів яєчника (естрадіолу E2 і прогестерону). Вивчення особливостей ендокринного статусу, зумовлених абортів, виявило зміни рівня гормонів після переривання вагітності, у вигляді підвищення рівня ФСГ, тенденції до зниження концентрації ЛГ, гіперпролактинемії, зменшення рівня естрадіолу E2 і прогестерону.

Через три місяці після проведеного комплексу відновного лікування, ановуляторні цикли мали місце у 19 (42,22%) пацієнок, через 6 місяців, після проведеної реабілітації – у 8 (17,88%) жінок, через 9 місяців – у 4 (8,89%) пацієнок. Контрольний огляд через 12 місяців зафіксував повне відновлення репродуктивної функції у 38 (84,44%), часткове, але в достатньому обсязі, з нормальним рівнем гормонів – у 7 (15,56%) жінок. Вважаємо, що запропонований комплекс немедикаментозного відновного лікування, сприяє зниженню ускладнень, що виникають після штучного абортів, та є альтернативним методом терапії з відновлення репродуктивної (менструальної, ендокринної) функції у пацієнок.

УДК 618. 39 - 021. 3 - 0. 3682/ . 85: 615. 825

ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРОМЕЖНОСТИ, ПОЛУЧЕННЫХ В РОДАХ

Константин Бугаевский

*Классический приватный университет, Институт здоровья, спорта и
туризма, Запорожье, Украина
apostol_luka@ukr.net*

The article presents the study materials on the features of carrying out restorative treatment in patients who have undergone traumatic births. A review is given and the features of each of the possible types of possible birth injuries of the perineum are indicated, the boundaries of these lesions are indicated. The approximate set of methods and means of postnatal rehabilitation of each of the variants of crotch and pelvic floor damage in the late postpartum period is given. Practical recommendations on the use of each of the methods used in the rehabilitation treatment of patients are presented. It is possible to combine different methods and treatments according to individual indications.

Keywords: female patients, childbirth, perineal injury, restorative treatment, rehabilitation.

W artykule przedstawiono materiały badawcze dotyczące cech przeprowadzania leczenia uzupełniającego u pacjentek, u których nastąpiło traumatyczne uszkodzenie obwodu i struktur dna miednicy. Podano przeglądy i wskazano cechy każdego z możliwych rodzajów uszkodzeń perinealnych, wskazano granice tych zmian. Podano przybliżony zestaw metod i środków rehabilitacji po urodzeniu każdego z wariantów uszkodzeń perinealnych i struktur dna miednicy w późnym okresie poporodowym. Przedstawiono praktyczne zalecenia dotyczące stosowania każdej z metod, stosowanych w leczeniu rehabilitacyjnym pacjentek. Możliwe jest łączenie różnych metod i zabiegów w zależności od indywidualnych wskazań.

Słowa kluczowe: pacjentki, poród, uszkodzenie stóp, leczenie uzupełniające, techniki rehabilitacyjne.

Акушерский травматизм мягких тканей промежности и его неблагоприятные последствия для организма женщины всегда был проблемой акушерства [5]. Разрыв промежности – это повреждения, которые могут возникнуть вследствие значительного растяжения родовых путей будущей матери из-за сильного давления на мышцы тазового дна во время родов. Это самый частый вид родового травматизма матери и осложнений родового акта, чаще встречающийся у первородящих [8]. Частота родового травматизма тканей промежности не имеет тенденции к снижению и, по

данным отечественных и зарубежных авторов, составляет 10,2–39% [9]. Разрывы промежности III степени колеблются от 0,4 до 5% [6].

Восстановление анатомической и функциональной целостности промежности у женщин, перенесших разрывы в родах – одна из актуальных проблем акушерства. Доказано, что неполноценное заживление ран промежности приводит к ослаблению вульварного кольца, мышц тазового дна, в последующем ведёт к возникновению рубцовой деформации вульвы, зиянию половой щели, опущению и выпадению органов малого таза, нарушению их функции и трофики (М.Е. Селихова, М.В. Котовская, 2009; С.Г. Султанова, 2010). Вопросами восстановительного лечения и физической реабилитации после материнского родового травматизма промежности, занимались такие специалисты, как О.Г. Павлов (2008); Х.Н. Мусаев, Н.Н. Ахундова (2009); М.С. Селихова, М.В. Котовская, Л.Н. Кугутова (2010); М.А. Кучеренко (2010); М.Г. Шнейдерман, Т.А. Тетерина, И.А. Аполихина (2013); О.И. Сойменова (2014); Э.А. Алиев, С.Г. Султанова, А.Г. Аббасов (2014); К.А. Бугаевский (2015-2017). Из зарубежных специалистов, которые занимались данной проблемой, следует отметить M. Fleming, E.R. Newton, J. Roberts, 2003; J. Kozłowska, 2006; I. Sudoł-Szopińska, J. Radkiewicz, M. Kołodziejczak, W. Jakubowski, 2007; D. Szukiewicz, 2012.

Цель исследования: изучить положительные аспекты применения комплекса методов и средств физической реабилитации у пациенток, перенесших травматические повреждения промежности в родах, на этапах восстановительного лечения. Задачами исследования были: подбор примерного комплекса методов и средств физической реабилитации и восстановительного лечения при данном виде акушерской патологии и определение степени эффективности подобранного реабилитационного комплекса на амбулаторном этапе восстановления пациенток в позднем послеродовом периоде.

Методы исследования. Исследование по применению и эффективности предложенного примерного комплекса методов и средств реабилитации при проведении восстановительного лечения у пациенток с разрывами промежности I-III степени, полученными в процессе родов, проводилось на базе женской консультации коммунального учреждения «Центральная городская больница» г. Новая Каховка, Херсонской области, Украина. Все пациентки, принявшие участие в проведении исследования, дали своё добровольное согласие на участие в нём.

Результаты исследования. Всего в исследовании приняли участие 73 пациентки. Их средний возраст составил $29,3 \pm 1,04$ лет. У 48 (65,75%) это были первые роды, у 21 (28,77%) – вторые роды, у 4 (5,48%) – третьи и более роды. Все они перед родами прошли комплекс подготовительных занятий в

условиях женской консультации. Распределение степеней разрывов промежности у пациенток, отражён на рисунке :

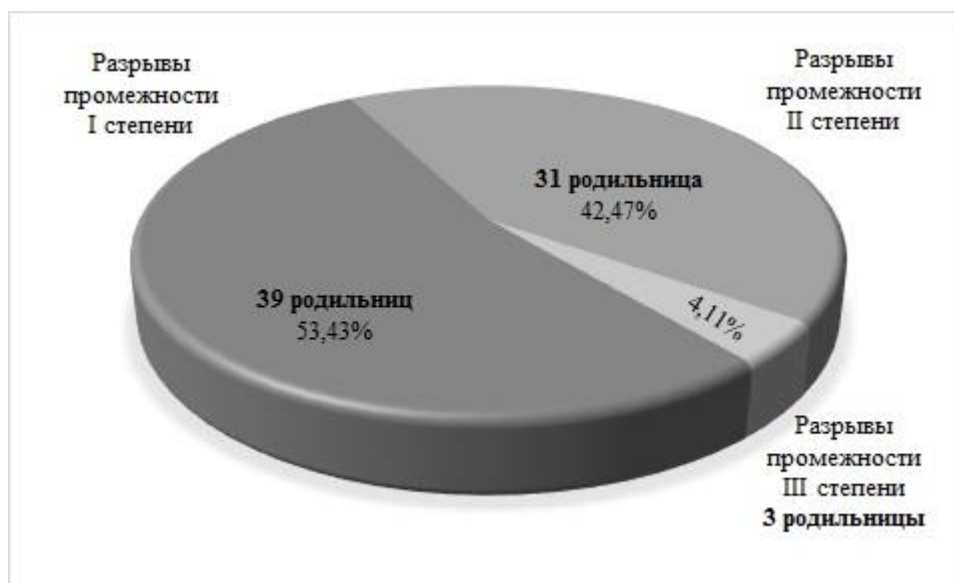


Рис. Соотношение разрывов промежности I-III степени у пациенток

Перед началом проведения восстановительного лечения все пациентки проходили контрольный осмотр гинеколога в условиях женской консультации, с обязательным проведением УЗИ мест разрыва и ушитой раны, с определением состояния рубца и окружающих тканей [2; 3].

У пациенток с разрывами I степени восстановительное лечение [10] применяли через 5-7 дней после выписки из роддома, в условиях кабинета ЛФК женской консультации. У большинства пациенток данной группы раны заживали первичным натяжением, практически без каких-либо осложнений, большинство разрывов не требовали ушивания, ткани не инфильтрированы, подвижные, эластичные. В данной группе комплекс методов восстановительного лечения ограничивался проведением в течение 2-3 недель комплекса упражнений А. Кегеля и занятий на фитболе, с целью укрепления мышц и связочного аппарата промежности и тазового дна после родов [2; 11-15]. С учётом сроков заживления тканей при ушитых разрывах II степени, с учётом самочувствия пациенток, их жалоб, состояния раны, реабилитационные мероприятия проводились не ранее чем через 1 месяц после получения травмы в родах, в условиях женской консультации. Длительность проводимого комплекса методов восстановительного лечения варьировала от 1,5 до 2-х месяцев, с совместным контролем реабилитологом и гинекологом. При данной патологии, одновременно с применением упражнений А. Кегеля и сеансов использования фитбола, активно использовалась ЛФК и физиотерапевтическое местное лечение области травматического повреждения, с применением 10-15 сеансов магнитотерапии,

применение ультразвука и лазерной терапии [4; 11-15], использование жёлтого спектра света с применением аппарата фирмы «Zepter» «Биоптрон»® [1; 7].

В группе пациенток, с разрывом промежности III степени, где имелись наиболее тяжёлые повреждения (ткани влагалища и мышцы промежности, разрыв анального сфинктера), критерием начала и объёма реабилитационно-восстановительного комплекса, являлся вопрос заживления повреждённых в процессе родов тканей, а также наличие посттравматических осложнений, связанных с такими нарушениями, как частичное или полное недержание газов и каловых масс при повреждении анального сфинктера, наличие болей разной степени интенсивности при половом акте (диспареуния), как во влагалище, так и в области рубца и повреждённой промежности [1; 5].

Все пациентки этой группы, перед началом восстановительного лечения, были осмотрены специалистами – проктологом и гинекологом. Степень заживления повреждённых тканей и состояние рубца, напрямую зависит как от объёма самого повреждения, так и от техники и способа ушивания повреждённых участков и протекания послеродового периода, наличия и выраженности послеродовых и послеоперационных осложнений [1; 3]. Заживление швов любой локализации после родов – это процесс полного восстановления целостности мягких тканей промежности [5; 9]. Важные данные о состоянии рубца и тканей в месте повреждения мы получали после осмотра и исследования места повреждения, как во время специального гинекологического исследования, с применением бимануального влагалищного и ректо-вагинального исследования, так и по результатам проведённого УЗИ зоны повреждения [1; 5; 9, 11-15].

Эти важные составляющие учитывались нами при планировании и подборе методов реабилитации в данной группе пациенток. Так как в данной группе существует высокая степень риска формирования в дальнейшем различной патологии, в виде синдрома несостоятельности тазового дна, синдрома хронической тазовой боли, пролапса внутренних половых органов, реабилитационные мероприятия, направленные на укрепление мышечно-связочного аппарата тазового дна являются, по нашему мнению, весьма актуальными и востребованными. В этой группе продолжительность восстановительной терапии была самой длительной – от 2,5 до 3-х месяцев.

Вначале она проводилась в кабинете ЛФК женской консультации, а в последние 2-3 недели в домашних условиях. Пациентки выполняли комплекс специальных упражнений Кегеля, активно был использован фитбол, ЛФК с использованием комплекса упражнений на укрепление мышц промежности и тазового дна [3; 4; 10-15]. Дополнительно все пациентки получали физиотерапевтическое лечение в виде использования жёлтого спектра света

с применением аппарата фирмы «Zepter» «Биоптрон»® с применением окиспреля, магнито-инфракрасное облучение области промежности [7].

При помощи анкетирования и дополнительного, расширенного опроса пациенток, через 1-3-6 месяцев после начала восстановительного лечения (с учётом данных осмотра гинеколога, проктолога, УЗИ) проводился субъективный и объективный контроль эффективности проводимых реабилитационных мероприятий. Уже через 3-4 недели пациентки с разрывами I степени (n=39) отмечали полное отсутствие дискомфорта и болевых ощущений в области промежности, могли свободно сидеть, раздвигать ноги, выполнять определённые физические нагрузки и повседневную работу по дому, не отмечали никаких неприятных ощущений и трудностей при дефекации, отхождении газов и мочеиспускании. Через 3 месяца, при наличии половой жизни, в группе не было проблем, связанных с получением родовой травмы.

Из числа пациенток, с разрывами промежности II степени (n=31), после 1-1,5 месяцев проводимого восстановительного лечения, у 23 (74,19%) произошло полное заживление повреждений тканей, полученных в результате родовой травмы, сформировался устойчивый рубец, укрепился мышечно-связочный аппарат тазового дна, значительно уменьшились неприятные ощущения и дискомфорт при мочеиспускании, отхождении газов и дефекации.

Через 2,5-3 месяца после начала реабилитационных мероприятий уже 29 (93,55%) пациенток отметили значительное улучшение всех параметров и практически полное отсутствие явлений диспареунии и неприятных опущений в области промежности при интимной близости. При исследовании эффективности восстановительного лечения, через 6 месяцев после проведения курса реабилитации, уже все пациентки отметили полное отсутствие каких либо патологических нарушений и дискомфорта при выполнении работы, домашних дел и при сексуальных взаимоотношениях.

У пациенток третьей группы (n=3), с наиболее тяжёлыми повреждениями влагалища, мышц и связочного аппарата тазового дна, анального сфинктера и частично тканей прямой кишки, наиболее длительно проводилось восстановительное лечение – 2,5-3 месяца. Практически первые изменения в сторону улучшения самочувствия и начало положительных изменений были отмечены не раньше, чем через 1,5-2 месяца после начала использования комплекса методов восстановительного лечения. Начало улучшения процесса отхождения газов и дефекации, возможность сидеть, в т.ч. и в туалете при мочеиспускании и/или выполнении ряда физических упражнений, появилось только через 1,5-2,5 месяца после родов и получения тяжёлой родовой травмы. Если специальные упражнения Кегеля и занятия на фитболе, физиотерапевтические процедуры воспринимались пациентками позитивно и они охотно их выполняли, то любая попытка внедрения ЛФК

вызывала боязнь, протест и явное нежелание применять физические нагрузки из-за боязни усиления дискомфорта, болей и возможных осложнений. Поэтому, в данной группе, мы столкнулись с проблемой проведения дополнительной психологической реабилитации, и использования таких методов, как ароматерапия с маслами растений с седативным эффектом, в сочетании с релаксирующей музыкой (от 15 до 25 сеансов), электросон (№ 10).

Через 3-4 месяца после начала восстановительного лечения 2 (66,67%) пациентки отметили улучшение состояния в виде значительного уменьшения дискомфорта и болей в месте полученной родовой травмы, возможности безболезненной или малоболезненной дефекации и отхождения газов (на фоне соответствующей диеты), возможности сидеть и выполнять сидячую работу. Через 6 месяцев после проведения восстановительного лечения, все 3 пациентки отмечали положительный эффект от проведённой реабилитации. Через 6-9 месяцев у всех пациенток данной группы постепенно уменьшились, а затем практически прекратились явления диспареунии и дискомфорта в области полученной родовой травмы при половом акте. Данные проведенного в эти периоды времени гинекологического и проктологического осмотров подтвердили стабилизацию восстановительно-репаративных процессов тканей в области полученного разрыва и восстановление промежности и анального сфинктера у данных пациенток.

Выводы:

1. Большое количество разрывов промежности I-III степени в современной акушерской практике требует не только их профилактики, но и ранней и разносторонней реабилитации и комплексного восстановительного лечения мышц и связочного аппарата промежности.

2. Предложенный примерный комплекс методов восстановительного лечения последствий разрывов промежности может быть предложен для активного практического использования, как на амбулаторном, так и санаторно-курортном этапе реабилитации данной группы пациенток.

Литература

1. Алиев Э.А. Лечение разрывов промежности / Э.А.Алиев, С.Г.Султанова, А.Г.Аббасов // Хірургія України. – 2011. – № 1. – С. 40-44.

2. Бугаевский К.А. Практические особенности применения специальных упражнений, лечебной физкультуры и массажа у пациенток при реабилитации тазового дна / К.А. Бугаевский // Зб. тез наук. робіт учасників міжнар. наук.-практ. конф. «Нове у медицині сучасного світу». – Львів, 27-28 листопада 2015 р. – С. 107-111.

3. Кучеренко М.А. Ведение послеродового периода у родильниц с травмами промежности / М.А. Кучеренко // Журнал акушерства и женских болезней. – 2010. – № 59 (4). – С. 65-70.

4. Маланова Т.Б. К вопросу об использовании преформированных физических факторов в послеродовом периоде в акушерском стационаре /

Т.Б. Маланова, М.В. Ипатова, Ю.В. Кубицкая, Локтионов С.В. // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2013. – № 2. – С. 27-33.

5. Мусаев Х.Н. Разрывы промежности в родах и их последствия / Х.Н. Мусаев, Н.Н. Ахундова // Surgery (Азербайджан). – 2009. – № 1 (17). – С. 59-63.

6. Павлов О.Г. Медицинские и социальные аспекты материнского травматизма в родах / О.Г. Павлов // Российский Вестник Акушера-гинеколога. – 2008. – № 5. – С. 44-46.

7. Результаты использования и методика применения прибора «Биоптрон» в клинической практике российских врачей // Сборник под ред. проф. Лапаевой И.А. М. – 2004. – 88 с.

8. Селихова М.С. Родовой травматизм и репродуктивное здоровье женщины / М.С. Селихова, М.В. Котовская, Л.Н. Кугутова // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 5. – С. 55-58.

9. Сойменова О.И. Проблема родового травматизма в современном акушерстве / О.И. Сойменова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2014. – Т. 13. – № 1. – С. 208-211.

10. Шнейдерман М.Г. Роль и место гинекологического массажа в профилактике разрывов промежности в родах и опущения тазовых органов после родов / М.Г. Шнейдерман, Т.А. Тетерина, И.А. Аполихина // Consilium medicum. – 2013. – № 15 (6). – С. 37-39.

11. Chrabota U. Znaczenie reedukacji mięśni dna miednicy i krocza w okresie przedporodowym i poporodowym /U. Chrabota, J. Kozłowska // Gin. Prakt. – 2010. – № 1 – S. 10-11.

12. Fleming M. Changes in Postpartum Perineal Muscle Function in Women with and without Episiotomie / M. Fleming, E.R. Newton, J. Roberts // Journal of Midwifery&Womens Health. – 2003 – № 48, – S. 53-59.

13. Kozłowska J. Rehabilitacja w ginekologii i położnictwie, 2006. AWF Kraków. – 256 s.

14. Sudoł-Szopińska I. Diagnostyka poporodowych uszkodzeń mięśni dna miednicy /I. Sudoł-Szopińska, J. Radkiewicz, M. Kołodziejczak, W. Jakubowski // Gin. Prakt. – 2007. – № 1. – S. 15-21.

15. Szukiewicz D. (red.), Fizjoterapia w ginekologii i położnictwie, 2012. PZWL Warszawa. – 328 s.

УДК: 615.825 616-036.616

КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ ІЗ ГЕМІПАРЕЗОМ

Оксана Вигоняйло, Аліна Ольховик
Сумський державний університет, Суми, Україна
sashaukr81@ukr.net, alina.mordvinowa@gmail.com

The efficiency of kinesio-tape application in the process of complex physical therapy of a child with hemiparesis is analyzed. The mechanism of therapeutic action of kinesio-tape is considered. The efficiency of using kinesio-tape in the

physical therapy of a child with cerebral palsy has been proved. Emphasis on the comprehensive use of kinesio-tape and kinesiotherapy, hydrokinesiotherapy, massage, physiotherapy for children with hemiparesis.

Keywords: kinesio-tape, kinesiology, hydrokinesiotherapy, physical therapy, cerebral palsy.

Skuteczność stosowania kinesio-tape w procesie fizycznego złożonych terapii dziecka z niedowład połowiczy analizowano. Uwzględniany jest mechanizm działania terapeutycznego kinesio-tape. Efektywność wykorzystania kinesio-tapein terapię fizyczną dziecka z porażeniem mózgowym została udowodniona. Nacisk na kompleksowe stosowanie kinesio-tape I kinesiologicznej i kinezyterapii, terapii hydrokinetycznej, masażu, fizjoterapii u dzieci z obrzękiem z niedowład połowiczy.

Słowa kluczowe: Kinesio-tape, kinezjologii, hydrokinesiotherapy, fizykoterapii, porażeniem mózgowym, niedowład połowiczy, porażenie mózgowie u dzieci.

Фізіотерапевтичне лікування дітей із дитячим церебральним паралічем (ДЦП) займає провідне місце в світі. Показники захворюваності на ДЦП у світі складають в середньому 2,5 на 1 тисячу новонароджених, в Україні – 2,65. Загальна кількість дітей з різними формами ДЦП в Україні перевищує 18 тисяч, 60-80% з них становлять спастичні форми. Зважаючи на це лікування хворих із ДЦП є складним завданням, що вимагає комплексу фізіотерапевтичних засобів з використанням вискоєфективних методів корекції даних станів [6].

Метод кінезіотейпування спортивні лікарі та фізіотерапевти багатьох країн Європи й Америки застосовували винятково для лікування та реабілітації професійних спортсменів після травм [5]. Мета кінезіотейпування передбачає надання стабільності в м'язах і суглобах, не обмежуючи діапазон їх рухів. Запропоновану методику використовують для успішного лікування різних ортопедичних, нервово-м'язових і неврологічних захворювань, що дає змогу зняти навантаження зі спастичних м'язів і стимулювати дію паретичних м'язів. У його основу покладено застосування механізмів координації рухів, регуляції больової чутливості, мікроциркуляції й функціонування лімфатичної системи, що модифікуються за допомогою аплікацій кінезіотейпування [1].

Опрацьовані літературні джерела [1; 5] засвідчують, на сьогоднішній день цей метод уключають у комплексне лікування м'язового болю в спині, шиї, верхніх і нижніх кінцівках; захворювань суглобів, таких як остеохондроз, артрит, артроз; порушень постави, сколіозу, плоскостопості, кіфозу; відновлення після травм і післяопераційних станів із приводу операції на хребті й суглобах; парезу кінцівок унаслідок неврологічних захворювань, таких як інсульт, ДЦП, неврит лицьового нерва; естетичної корекції обличчя та тіла; порушення лактації, місцевих хронічних набряків [8; 9].

Отже, позитивним у методиці кінезіотейпування є швидке відновлення м'язів, суглобів та зв'язок, підтримка м'язів упродовж доби. Важливі також

водостійкість кінезіотейпування, виконання функцій шкіри, гіпоалергенність; не потребує перев'язок упродовж 5–7 днів до повного відновлення м'яза.

Мета дослідження – розглянути ефективність застосування кінезіотейпування в комплексній фізичній терапії дитини з геміпарезом.

Завдання дослідження:

1. Обґрунтувати доцільність включення кінезіотейпування в комплексну програму фізичної терапії дитини з геміпарезом.

2. Експериментально перевірити ефективність кінезіотейпування в фізіотерапевтичній програмі.

Методи дослідження – аналіз і синтез наукових літературних джерел, узагальнення та систематизація одержаних результатів дослідження.

Обговорення. Огляд науково-методичних джерел [1; 4; 8] засвідчує, що існує декілька способів кінезіотейпування: метод «ліфтингу»; метод векторного тейпування, розроблений Ф.О.Субботіним; метод лімфодренажу, що дає змогу покращити не лише рух лімфи, а й мікроциркуляцію, рух внутрішньо- й міжтканинних рідин, що сприяє обміну речовин на мікроциркуляторному рівні. Цей механізм лікувальної дії пропонують використовувати під час лікування лімфостазу, у разі гематом, набряків, а також за інших різних порушень функцій обміну та транспорту рідин [9].

Дослідження механізму терапевтичного ефекту на організм людини засвідчують, що в основі механізму функціонального кінезіотейпування лежить фасилітація взаємодії всередині однієї групи м'язів і безумовного рефлексу, підкріплення умовного сигналу й рефлексу [4]. Механізм корекції м'язової роботи полягає у впливі тейпу на пропріорецептори та інтерорецептори. За допомогою їх стимуляції формується правильний стереотип руху [6]. Ураховуючи різнобічну лікувальну дію кінезіотейпу, комбінації цих механізмів дають змогу охопити значну кількість порушень, що виникають після травм.

Практично досліджено [3], що накладання кінезіотейпу викликає підвищення температури шкірних покривів у місці аплікації в представників усіх вікових груп, незалежно від статі. Це явище пояснюється так званим «ліфтинг-ефектом», створюваним за рахунок еластичності кінезіотейпу. Ці зміни в зоні аплікації кінезіотейпу підтверджують обґрунтованість його застосування під час низки патологічних станів і захворювань, де однією з ланок патогенезу є порушення мікроциркуляції.

У результаті застосувань кінезіотейпування на практиці засвідчено, що кінезіотейп спроможний збільшувати біоелектричну активність м'язів та амплітуду їх руху [2; 4]. Розроблено й апробовано спосіб і методику тейпування пацієнтів із травматичними пошкодженнями нижніх кінцівок як у ранньому, так і в пізньому післяімобілізаційному періоді [7]. За висновками науковців, кінезіотейпування у комплексному лікуванні травм покликаний відновити дефіцит рухової функції в пацієнтів цієї категорії.

Результати. Для дослідження було обрано дівчинку із діагнозом ДЦП, правобічний геміпарез, віком 5 років. Для достовірності даних протягом всього періоду дослідження проводили соматометрію (вага, зріст, вимірювання округлих розмірів тіла, гоніометрія та проведено тест Ловетта). Кожний вимір проводили до початку та після комплексної програми фізичної терапії.

Дослідження проводилося протягом 6 місяців та складалося з 4 комплексних курсів фізичної терапії.

Протягом даного періоду комплексна програма фізичної терапії проходила на базі Одеського обласного благодійного фонду реабілітації дітей-інвалідів «Будущее» протягом 10 днів, де було проведено ряд процедур: лікувальний масаж №10, кінезіотерапія №10, гідрокінезіотерапія №10, механотерапія правої руки та ноги №10, локоситема №10 та кінезіотейпування №1.

Перед приїздом на фізичну терапію було проведено планову ін'єкцію бутулотоксина для зниження тону м'язів.

Наступний етап фізичної терапії проходив через 1,5 місяці на базі Сумського обласного центру соціальної реабілітації дітей-інвалідів та складався із: масажу №10, кінезіотерапії №10, гідрокінезіотерапії №10, рефлексотерапії №10, парафінотерапії №10.

Повторний курс фізичної терапії через 1,5 місяців містив: масаж №10, кінезіотерапія №10, іпотерапію №10, рефлексотерапію №10, електрофорез спини №10.

Останній курс комплексної фізичної терапії складався із: масажу №10, кінезіотерапії №10, гідрокінезіотерапії №10, рефлексотерапії №10, парафінотерапії №10.

Кінезіотейпи накладали на 5 днів із переривами між накладаннями 3-5 днів. Під час накладання кінезіотейпа враховували результати м'язового тестування (тест Ловетта), рухливість суглобів та загальне самопочуття пацієнта. Кінезіотейпування виключалося при проведенні парафінотерапії, адже це є одним із протипоказань.

Кінезіотейпування проводилося по методикам:

1. Стимулюючий тейпінг м'язів плечового поясу (мета – стимуляція зовнішньої ротації плеча), натягнення на перших сеансах 10-15%, на кожному наступному сеансі натягнення збільшували на 5% доходячи до 35-45% натягу.

2. М'язова техніка – стимулюючий тейпінг задньої групи м'язів передпліччя (плече-ліктьовий м'яз, короткий променевий розгинач зап'ястя, розгинач пальців, ліктьовий розгинач зап'ястя, розгинач мізинця, супінатор, довгий відвідний м'яз великого пальця кисті, короткий розгинач великого пальця кисті, довгий розгинач великого пальця кисті). Перших сеансах 10-15%, на наступних 15-25%.

3. М'язова техніка – стимулюючий тейпінг задньої групи м'язів тазового поясу (великий, середній і мала сідничні м'язи) сеансах 5-10% , а наступних 15%-40% в терапевтичній зоні.

4. Стимулюючий тейпінг передньої групи м'язів із натягненням на перших сеансах 10-15% , а наступних 25%-35% в терапевтичній зоні.

5. М'язова техніка для зниження тонусу в литковому м'язі із натягненням 25-30% в терапевтичній зоні, на розтягнуту ділянку шкіри;

6. Зв'язково-сухожильна корекція на ахіловому сухожиллі з розподілом натягнення 25-50%.

Дана комбінація кінезіотейпування надала можливість утримувати корпус в чіткій вертикалізації, з'явився розворот стоп і колін, збільшилась площа опори стопи. З'явилися чіткі координаційні рухи верхньою кінцівкою.

В результаті проведеного дослідження відмічали збільшення росту дитини на 2 см (116-118 см), ваги на 1 кг. Проведене мануальне м'язове тестування засвідчило приріст показників в сторону покращення із правої сторони: плечовий суглоб згинання зросло у лівій руці із 2-4 бал., розгинання 2-4бал.; ліктьовий суглоб лівої руки згинання 3-5 бал.; променево-зап'ястковий суглоб згинання – 2-4 бал., розгинання 2-4 б; кульшовий суглоб згинання 3-5 бал., розгинання із 2 до 4 бал.; колінний суглоб згинання 2-3 бал., розгинання із 2 до 3 бал.; гомілково-стопний суглоб згинання із 2-3 бал., розгинання аналогічно.

Таблиця 1

Показники гоніометрії на початку та наприкінці дослідження

Гоніометрія, °	до	після	до	після
	Права рука / нога		Ліва рука / нога	
Плечовий суглоб згинання	155	175	175	180
Плечовий суглоб розгинання	30	40	35	40
Лікоть згинання	135	150	140	150
Кисть згинання	90	95	80	95
Кисть розгинання	75	80	80	90
Кульшовий суглоб згинання	145	155	135	140
Кульшовий суглоб розгинання	5	10	10	10
Колінний суглоб згинання	145	150	135	150
Гомілково-стопний суглоб згинання підшовне	10	15	20	25
Гомілково-стопний суглоб згинання тильне	25	30	30	30

Приріст показників із лівої сторони у всіх рухах відбулося зростання із 3 балів до 5 балів. Позитивні зміни відбулися в результатах гоніометрії протягом 6 місяців (табл. 1).

За даними таблиці відмічаємо позитивні зміни в сторону зростання як зі сторони правої сторони, так і з лівої. Це можна прослідкувати збільшенням показника за даними гоніометра з правої сторони в середньому на 10-15°, а з лівої 10-15°.

Отже, проведене дослідження дало позитивні результати в комплексному лікуванні геміпареза та має право на існування в комплексній програмі фізичної терапії.

Висновки. Результати досліджень ефективності фізичної терапії дитини із геміпарезом із використання кінезіотейпування має позитивну динаміку. Це підтверджують дані гоніометрії, де відбулося збільшення показників із ураженої сторони на 10-15°, також відмічали покращення сили м'язів до 3-5 балів. Об'єктивно у дитини стали відмічати чіткі координовані рухи верхніми та нижніми кінцівками

Перспективи подальших досліджень. Актуальним залишається вивчення ефективності застосування кінезіотейпування в процесі фізичної терапії дітей із ДЦП.

Література

1. Влияние кинезиотейпирования на функциональное состояние микроциркуляции у человека / И.Г. Михайлюк, Е.В. Сальников, Н.Н. Спирин, Ф.А. Кузьмин // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. – 2014. – Т. 20. – № 7. – С. 50–52.
2. Касаткин М.С. Основы кинезиотейпирования : учебное пособие / М.С. Касаткин; Е.Е. Ачкасов; О.Б. Добровольский. – М. : Спорт, 2015. – 76 с.
3. Кензо Касе. Иллюстрированный Кинесио Обмотка / Кензо Касе. Токио : Кини-Кай, 2005. – С. 110.
4. Киселев Д. Кинезиотейпинг в лечебной практике неврологии и ортопедии / Д. Киселев. – М. : Медицина – 2015. – 168 с.
5. Ключко А.И. Тепирование и применение кинезиотейпа в спортивной практике : методическое пособие.– М. : РАСМИРБИ, 2009. – 140 с
6. Нагорная О.Б. Физическая реабилитация детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / О.Б. Нагорная, И.М. Григус // Физическая культура и спорт – основы здоровой нации : III Междунар. науч.-практ. конф. / Забайкал. гос. ун-т ; отв. ред. Е.Г. Фоменко. – Чита : ЗабГУ, 2016. – С. 206–213.
7. Перрин Д. Повязки и ортезы в спортивной медицине / Д. Перрин. – М. : Практика, 2011. – 126 с.
8. Поляков Д.В. Кинезиологическое тейпирование. Клиническое применение кинезиотейпов : учебное пособие / Д.В. Поляков, Е.А. Мазуркевич, А.В. Поляков. – СПб. : СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2013. – 44 с.
9. Субботин Ф.А. Пропедевтика функционального терапевтического кинезиотейпирования / Ф.А. Субботин. – М. : Ортодинамика, 2014. – 192 с.

УДК 615.83

РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З НЕВРОЛОГІЧНИМИ ПРОЯВАМИ ОСТЕОХОНДРОЗУ ХРЕБТА

Алла Юрченко

Сумський державний університет, Суми, Україна

dr.alla.yurchenko@gmail.com

Curing patients with algetic vertebrogenous syndromes using homoeopathic mounts pharmacopuncturing (PHP) and pelotherapy methods is one of the best physiological method for affecting the body and thus leading to fast pain regress. Any side effects have not been noticed during treatment using PHP and "Pelotherapy" methods. The biggest efficiency of PHP has been registered in patients with telebrating pain syndrome irrespective of pain focalization level, aged patients and in patients with psychogenic pain syndrome.

Keywords: algetic vertebrogenous syndromes, pharmacopuncturing, pelotherapy.

Leczenie pacjentów z zespołem dużych bólowym, wertekrogennymi metodami farmakopunkturalnymi (FP) leki homeopatyczne i peloidoterapia są jednym z najbardziej fizjologicznych metod narażenia na organizm i prowadzą do szybszej regresji bólu. Podczas FP i Pelovit nie obserwowano działań niepożądanych. Największą skuteczność FP obserwowano u pacjentów z ostrym zespołem bólowym, niezależnie od poziomu zlokalizowania bólu, u pacjentów w podeszłym wieku, jak również u pacjentów z psychogennym zespołem bólowym.

Słowa kluczowe: zespołem dużych bólowym, farmakopunkturalnymi, peloidoterapia.

Актуальність проблеми остеохондрозу набуває все більшої значущості, так як хвороба схильна уражати не тільки людей похилого віку, а й молоді вікові групи. В структурі неврологічної захворюваності більше половини складають захворювання периферичної нервової системи, які займають перше місце за поширеністю та кількості днів непрацездатності. В Україні вертеброгенні больові синдроми в загальній структурі захворювань з тимчасовою втратою працездатності займають друге місце та складають 20-30%, у структурі захворюваності периферійної нервової системи – до 80% у випадках втрати працездатності. Традиційне хірургічне лікування має ряд недоліків – виникнення блоку у хребцево-рухових сегментах, хронізація больового синдрому, провокування постуральних порушень. Наявні медикаментозні методи лікування із застосуванням нестероїдних протизапальних препаратів впливають негативно на ряд систем та органів, що не мають прямого відношення до захворювання. Пошук нових ефективних лікувально-реабілітаційних методів у вирішенні цієї проблеми є однією з

актуальних задач сучасної неврології. Фармакопунктура гомеопатичних препаратів та пелоїдотерапія є одними з найбільш фізіологічних методів впливу на організм.

Мета дослідження. Дослідити ефективність комплексного застосування фармакопунктури (ФП) та пелоїдотерапії.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на базі КЗ «СОКЛ» та Університетській клініці СумДУ. Протягом 2015-2017 років за даною методикою отримували лікування 48 хворих у віці від 20 до 70 років, які лікувались з приводу больових вертеброгенних синдромів на різних рівнях (цервікалгії, цервікокраніалгії, цервікобрахіалгії, торакалгії, люмбалгії, сакралгії, кокциалгії). Всі хворі були обстежені клінічно, лабораторно, проведена мануальна діагностика, магнітно-резонансна томографія, електрофункціональні методи. В умовах великого лікувально-профілактичного закладу лікар, призначаючи лікування кожному пацієнту, робить вибір з великої кількості медичних технологій в бік найбільш ефективних та безпечних. Так склалася група пацієнтів, у яких обрана схема лікування стала головною, іноді єдиною, що відповідала таким критеріям: пацієнти, що мають протипоказання до «механічних» засобів лікування (тракція хребта, лікувальна гімнастика на тренажерах, масаж); пацієнти, що не отримали позитивну динаміку при лікуванні іншими, у тому числі спеціальними методами лікування; пацієнти в гострому періоді больового синдрому, в умовах обмеженого застосування інших методів; пацієнти похилого віку, що мають протипоказання до інших методів лікування як за станом опорно-рухової системи (остеопенія, остеопороз), так і через поширену супутню патологію з боку інших систем; пацієнти, які мають протипоказання до нестероїдних протизапальних препаратів. Для проведення процедур призначались коктейлі з 3-4 комплексних гомеопатичних препаратів фірми Хеель (Германія). Кожний коктейль складався з базових препаратів (при відсутності протипоказань до них), одного з суїсорганних препаратів та одного з каталізаторів. Ін'єкції препаратів проводились у тригерні точки та по точках акупунктурних каналів (GI,VB, V, E, RP, IG). Курс фармакотерапії складається, як правило, з 10 процедур із зменшенням кратності від 5 до 1 разу на тиждень в залежності від зменшення больового синдрому. Пелоїдотерапія призначалась у вигляді електрофорезу або компресів з розчином «Пеловіт» на відповідну ділянку хребта курсом до 10 процедур. Протизапальна, метаболічна та відновлювальна дія цих методів призводить до покращення функціонального стану сегментарно-периферійного нейромоторного апарата, що мало підтвердження при проведенні обстеження ЕНМГ в динаміці.

Результати. Введення процедур ФП та пелоїдотерапії до програми лікування пацієнтів з больовими вертеброгенними синдромами призводить до більш швидкого регресу болю. Будь-яких побічних ефектів при проведенні ФП

та «Пеловіту» не спостерігалось. Найбільша ефективність ФП відмічалась у хворих з гострим больовим синдромом незалежно від рівня локалізації болю, у пацієнтів похилого віку, а також у пацієнтів з психогенним больовим синдромом.

Висновки. Таким чином, введення ФП до програми лікування пацієнтів з больовими вертеброгенними синдромами є доцільним з приводу їх ефективності та безпеки, а у пацієнтів з гострим больовим синдромом, у пацієнтів похилого віку ці процедури мають бути пріоритетними.

УДК 615.825

ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНІ МЕТОДИ В ЛІКУВАННІ ШИЙНОГО ОСТЕОХОНДРОЗУ

*Анастасія Малеганова, Ольга Ситник
Сумський державний університет, Суми, Україна
oliagum@ukr.net*

Osteochondrosis treatment of the cervical spine consists of classical, segmental, reflex and spot massages. The technique and location of the massages depends on the advanced stage of osteochondrosis treatment of the cervical spine. The effectiveness of the massage increases when it is combined with aqua and balneotherapy.

Keywords: osteochondrosis of the cervical spine, massages.

Leczenie osteochondrozy kręgosłupa szyjnego składa się z masażu klasycznego, segmentalnego, reflektorycznego oraz punktowego. Technika oraz lokalizacja przeprowadzania masażu zależy od zaawansowanego stadium osteochondrozy kręgosłupa szyjnego. Efektywność masażu wzrasta po połączeniu go z aqua- i balneoterapią.

Słowa kluczowe: osteochondrozy kręgosłupa szyjnego, masażu.

Медична статистика свідчить про те, що остеохондрозом хребта хворіють близько 80% дорослого населення планети. Науковці стверджують, що за останні 15-20 років відбулося омолодження захворювання із проявом клінічної симптоматики в більш молодому віці.

Мета дослідження - обґрунтувати масажні прийоми для реабілітації хворих шийним остеохондрозом на основі вивчення і аналізу літератури.

Остеохондроз - це хронічне захворювання хребта, при якому відбуваються дегенеративні та дистрофічні процеси у міжхребцевих дисках. Основними причинами шийного остеохондрозу є спадкова схильність, вікова інволюція рухових сегментів хребта, неправильна поза при сидінні або стоянні, травми хребта, надмірне фізичне навантаження. Шийні хребці відрізняються

від хребців інших відділів наявністю отворів у поперечних відростках, через які проходить хребетна артерія і несе кров в головний мозок.

Консервативні методи лікування: витягування, аквалікування, медикаментозна терапія, масаж, кінезітерапія, рефлексотерапія, бальнеотерапія.

Масаж є ефективною і безпечною лікувальною процедурою. Крім усунення м'язового спазму в ділянці шиї, відбувається підсилення кровопостачання і опосередковано покращується живлення хрящової тканини міжхребцевих дисків та знижується головний біль, викликаний недостатністю кровопостачання головного мозку.

При проведенні класичного масажу масажують наступні сегменти тіла:

- масаж комірцевої зони (масаж паравертебральної ділянки СІ- СVІІ і ТІ – ТVІ);

- масаж тригерних точок;

- масаж верхніх кінцівок і спини.

Особливості проведення масажу:

а) масаж верхньої кінцівки починають поверхневим охоплюючим погладжуванням всієї кінцівки;

б) при масажуванні кисті виконують площинне погладжування тильної та долонної поверхні кисті із погладжуванням кожного пальця, наступним етапом є розтирання (штрихування, пиляння), розминання, вібрація (пунктирування, струшування);

в) масаж передпліччя починають з охоплюючого погладжування, розтирання спершу згинальних поверхонь, а потім – розгинальних, розминання, переривчаста вібрація;

г) масаж плеча - охоплююче погладжування, розтирання і розминання двоголового і триголового м'язів плеча, переривчаста вібрація ділянці плеча;

д) масаж спини - поверхнєве погладжування, спіралеподібне розтирання, розминання, пунктирування паравертебральної ділянки від нижчих до верхніх сегментів.

При проведенні точкового масажу здійснюють подразнення біологічно активних точок (БАТ). Вплив здійснюється з допомогою кругового натискання середнього або вказівного пальців. Тривалість масажу кожної точки 2-5 хв., силу та інтенсивність натискання з часом треба збільшувати. Під час проведення процедури не повинні відчуватися біль або оніміння шкіри.

Самомасаж переважно застосовують між курсами класичного масажу для підтримки досягнутого ефекту. Після процедури можна використовувати лікувальні мазі, креми та спеціальні масла. Починають масаж із задньої поверхні шиї. Прийоми самомасажу застосовуються в такій послідовності: прогладжування, розтирання (колоподібне і пунктирне), розминання, віджимання. Завершують самомасаж погладжуванням.

В домашніх умовах можна проводити медовий масаж в ділянці шиї. Для цього на шкіру в ураженій ділянці наноситься мед. Далі потрібно прикласти долоні і різко їх відірвати від поверхні. Процедура триває до того часу, поки мед не вбереться в шкіру (5-10 хв.).

Висновки. При шийному остеохондрозі використовують класичний, сегментарно-рефлекторний, точковий масажі та самомасаж, характер прийомів масажу і локалізація їх застосування залежить від стадії перебігу шийного остеохондрозу. Як правило, проводиться масаж не тільки шийної ділянки, але й плечового поясу, і м'язів спини, що в цілому значно підвищує його ефективність.

УДК 616.832.14-008.6

МЕСТО МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫХ РАДИКУЛОПАТИЙ

Валерий Евдокимов

Запорожская областная клиническая больница, Центр лечения боли,

Запорожье, Украина

yevdokymovua@gmail.com

Lumbosacral radiculopathy is a common cause of persistent disability. The pain syndrome is multicomponent. Various methods of manual therapy are directed at strictly defined pathobiomechanical manifestations. The effectiveness of the methods of manual therapy in combination with basic therapy has been confirmed.

Keywords: vertebral disc hernia, lumbosacral radiculopathy, manual therapy.

Radiculopatię lędźwiowo-krzyżowa jest częstą przyczyną uporczywej niepełnosprawności. Zespół bólu jest wieloskładnikowy. Różne metody terapii manualnej dotyczą ściśle określonych patobiomechanicznych przebiegów. Potwierdzono skuteczność metod terapii manualnej w połączeniu z terapią podstawową.

Słowa kluczowe: przepuklina kręgosłupa, radiculopatia lędźwiowo-krzyżowa, leczenie manualne.

Пояснично-крестцовые радикулопатии (ПКР)-распространенное состояние в неврологии. Заболеваемость составляет около 5% от случаев болей в спине, является наиболее частой причиной потери трудоспособности.

Целью исследования стало изучение дифференцированного применения методов мануальной терапии (МТ) наряду с традиционной базовой терапией при обострениях ПКР.

Матеріали і методи. Амбулаторно обстежено 97 пацієнтів в віці 28-69 років (середній вік $36,8 \pm 6,7$ років; 57 чоловіків (58%), 40 жінок (42%). Пацієнти 1-ї групи (45 осіб) отримували базисну терапію: призначення НПВС (диклофенак в стандартних дозах), судинотерапію, венотоники, фізіотерапію, лікувальну фізкультуру і масаж. Терапія пацієнтів 2-ї групи (52 осіб), наряду з базисною, доповнювалася мануальними техніками, в залежності від ступеня вираженості болювого синдрому і стану екструзій позвоночних дисків. Курс МТ склав 7-12 процедур, щодня або через день. Кількість сеансів визначалася ефективністю лікувального впливу.

Клінічна симптоматика включала класичні вертебральні, екстравертебральні, радікулярні синдроми, а також сенсорні розлади. Признаки радикулопатії L5 виявлені у 49% пацієнтів, S1 — у 36%, L5 + S1 — у 15%. У всіх 97 пацієнтів виявлені полісегментарні функціональні блоки з найбільшою вираженістю в сегментах L4-L5 і L5-S1. Крім поясничних, ФБ виявлялися у 96,7% в області грудопоясничного переходу, у 80% в області КПС, у 66,7% - в середньогрудному відділі і у 50% - в шийному відділі. Більшість ФБ були в напрямку флексії і латерофлексії. Вираженість болювого синдрому за ВАШ і Мак-Гилловського опитувальника в групах виявилася порівнянимою.

Результати. Позитивна динаміка, після проведеного курсу лікування, відзначалася в обох групах, однак во в другій результати стали вище. Оцінки за ВАШ і шкалами Мак-Гилловського опитувальника також знизилися всюди, але суттєвіше во 2-ї групі. Больних виписано до праці в 1,5 рази більше во другій групі: 35 осіб проти 23 (70% проти 49% від числа працюючих).

Висновки. МТ є ефективним і важливим інструментом лікування ПКР. Однак базові протоколи МОЗ України незаслужено залишають цей вид лікувальної допомоги поза базових програм.

УДК 616.831-009.11

ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ ПІДХІД ПРИ ПРОВЕДЕННІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЯМ З ДЦП І НАЯВНІСТЮ У НИХ ПОРУШЕНЬ ПОСТАВИ ТА СКОЛІОЗУ

Ольга Єжова¹, Лідія Стеценко¹, Надія Стеценко², Олександр Євтушенко²
¹Сумський державний університет, ²Сумський обласний центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів; Суми, Україна
o.ezhova@med.sumdu.edu.ua, lidastetsenko@ukr.net

On the basis of the pathogenetic approach, a program of syndrome-pathogenetic physiotherapy has been developed, which is a component of complex

medical rehabilitation of children with cerebral palsy and the presence of disturbances of posture and scoliosis in them. The program was implemented in Sumy Regional Center for Social Rehabilitation of Children with Disabilities. The positive dynamics of indicators of anthropometric profile and posture is obtained.

Keywords: physiotherapy program, cerebral palsy, children

Na podstawie podejścia patogenetycznego opracowano program fizjoterapii zespołowo-patogenetycznej, który jest składnikiem złożonej rehabilitacji medycznej dzieci z porażeniem mózgowym i występowania w nich zaburzeń pozycji i skoliozy. Program został wdrożony w Regionalnym Ośrodku Rehabilitacji Społecznej w Sumy dla Dzieci niepełnosprawnych. Otrzymano pozytywną dynamikę wskaźników profilu antropometrycznego i postawy.

Słowa kluczowe: program fizjoterapii, porażenie mózgowie, dzieci

За даними різних авторів в більшості країн порушення постави у дітей зустрічаються біля 80%, а сколіозу - біля 9%. Така проблема існує і серед дітей з дитячим церебральним паралічем (ДЦП).

З метою пошуку оптимальної схеми фізичної реабілітації дітей з ДЦП і наявністю у них порушень постави та сколіозу у 2016 р. розроблено комплексну систему дослідження і оцінки антропометричного профілю та постави (Паспорт антропометричного профілю та постави) і проведено на базі Сумського обласного центру соціальної реабілітації дітей-інвалідів науково-практичну роботу з фізичної реабілітації дітей із зазначеною патологією. Паспорт складався із 55 діагностичних ознак за такими розділами: антропометрія і соматоскопія, стан м'язової системи, загальний фізичний розвиток, стан вегетативних функцій, наявність супутніх захворювань, дані об'єктивних досліджень (рентгенографія, ревазографія кінцівок, УЗД тощо). Наявність Паспорту дозволила більш точно визначати характер аномального розподілу м'язового тону, порушень координації рухів, постуральних рефлекторних механізмів випрямлення і рівноваги, наявність патологічних синкінезій, контрактур, функціональних блоків в хребцевих сегментах, суглобах, анатомо-фізіологічні порушення ступень, тазу тощо.

Важливим для побудови схеми лікування і фізичної реабілітації дітей з ДЦП і наявністю порушень постави, сколіозу була чітка організація мультидисциплінарного обстеження дітей у складі невролога, педіатра, ортопеда, лікаря з ЛФК, офтальмолога, фізіотерапевта, психіатра. Під час клінічного обстеження дітей з ДЦП було виявлено 146 осіб, серед яких 98 - з порушенням постави і 48 - зі сколіозом. Дефекти постави виявлені як зі збільшенням фізіологічних вигинів хребта (сутулість у 78 дітей, кругла спина у 19 дітей, кругло-ввігнута спина у 27 дітей), так і з їх зменшенням (плоска спина у 7 дітей, плоско-ввігнута спина у 4 дітей). У хворих дітей виявились різні рівні ураження: шийно-грудний, грудний, поперековий і комбінований.

Патогенетично переважали так звані гравітаційні сколіози (внаслідок порушення симетрії тіла дитини відносно хребта-кривошия, перекос тазу, вкорочення м'язів на одній стороні хребта і т.п.), а також міотичні (внаслідок ураження нервової системи при ДЦП, міопатіях).

У всіх хворих з порушенням постави і сколіозу були виявлені різного ступеня дисфункції м'язів хребта, у більшості. У деяких хворих відмічались мовні порушення, патологічні сінкінезії, контрактури, підвищена спастика, ригідність, спазми. у 52% обстежених дітей.

Серед обстежених дітей з вадами хребта були виявлені інші ортопедичні порушення: контрактура суглобів (98,6%), деформація грудної клітки (13%), дисплазія кульшових суглобів (6,8%), вроджений патологічний звих стегна (4,1%), еквінусна та інша деформація ступень (97,2%). При формуванні діагнозів у дітей з вадами хребта були враховані супутні патології: неврологічні (енурез, невротичний та неврозоподібний стан, порушення сну), психіатричні (розумова відсталість, епілепсія, затримка психічного розвитку, аутизм, шизофренія), офтальмологічні (ангіопатія сітківки, міопія, гіперметропія, змішаний астигматизм) та кардіо-респіраторні порушення.

Для успішної реабілітації регулярно проводилися лекції та бесіди з батьками і дітьми. Для дітей були рекомендовані стандартні комплекси ранкової гігієнічної гімнастики та роз'яснені умови їх застосування.

Враховуючи поліетіологічність, особливості патогенезу, а також медико-технічні умови центру, на основі патогенетичного підходу була розроблена програма синдрому-патогенетичної фізіотерапії, яка входила до комплексної медичної реабілітації дітей з ДЦП і наявністю у них порушень постави та сколіозу, і передбачала застосування фізіотерапевтичних засобів, які б формували фізіологічний динамічний стереотип постави, покращували симетрію тіла дитини, вирівнювали м'язову тягу, подовжували та розслабляли вкорочені м'язи, збільшували антигравітаційну функцію паравертебральних м'язів, зменшували дисфункцію м'язів кінцівок, а також сприяли формуванню позитивної функціональної доміанти ЦНС на виправлення постави і корекцію сколіозу.

Провідними засобами фізичної реабілітації дітей з ДЦП і наявністю у них порушень постави та сколіозу були такі:

1. Масаж класичний, сегментарно-рефлекторний, точковий, аромомасаж. Крім цих видів масажу застосовано глибокий рефлекторно-м'язовий масаж області шиї, надпліч, скроневих ділянок, спини, сідниць, кінцівок, ступень. Особлива увага приділена масажу шиї, котрий покращував кровообіг голови і шийного відділу хребта, функціональний стан ЦНС, знижував тонус м'язів кінцівок. Серед основних прийомів цього масажу до 90% часу відведено на розминання. Різні види масажу проведено для 138 дітей.

2. Механотерапія застосована для 103 дітей. Використання цих засобів зменшило прояви функціональних блоків хребта, контрактури в кінцівках, що сприяло біомеханічним факторам утримання прямостояння.

3. Гідрокінезітерапія була використана для 82 дітей. Заняття у воді застосовувались з раннього віку і були потужним позитивним емоційним фактором, який підсилював мотивацію до виконання інших заходів з фізичної реабілітації. Крім корекції хребта в розвантажувальному положенні, гідрокінезітерапія сприяла загартуванню організму.

4. Іпотерапія проводилась в стаціонарному відділенні змішаного типу цілодобового перебування (село Рибці) для 39 дітей. Принциповою відмінністю іпотерапії від інших засобів фізичної терапії є те, що забезпечується одночасне включення в роботу всіх груп м'язів тіла хворої дитини. Сидячи на коні, рухаючись разом з ним і на ньому, дитина протягом лікувального сеансу безумовнорефлекторно намагалася зберегти рівновагу, щоб не впасти з коня. Крім того, іпотерапія виконувала дуже важливі і інші функції:

1) психофізіологічну - взаємодія з кінями знімала стреси, нормалізувала роботу ЦНС, психіки загалом;

2) психотерапевтичну - спілкування з кінями суттєво сприяло гармонізації міжособистих стосунків дитини і тварини;

3) реабілітаційну – контакти хворих дітей з кінями були допоміжним каналом взаємодії особистості з оточуючим світом, сприяли як психічній так і соціальній реабілітації дітей;

4) функцію самореалізації шляхом напрацювання уміння бути значимим для інших;

5) функцію спілкування - спілкування з кінями, у яких відсутня друга сигнальна система, на мові емоцій виключала у хворих дітей побоювання здатися смішними, незграбними, що характерно для людського спілкування;

5. Найбільш вагому частку програми серед усіх засобів фізичної реабілітації дітей з ДЦП і вадами хребта склала лікувальна фізична культура. ЛФК застосовано всім 146 хворим дітям, з якими проводилась програма фізичної реабілітації на основі патогенетичного підходу. Враховуючи, що при формуванні анатомо-фізіологічних особливостей хребта у дітей і патогенезі порушень постави та сколіозу, об'єднаних поняттям «дефекти хребта», важливу роль виконує м'язова система, в комплекси ЛФК були добрані загально-розвиваючі, дихальні і спеціальні вправи. Застосовувались симетричні, асиметричні, деторсійні та інші спеціальні вправи на основі ігрових методів. Під час добору і виконання вправ комплексу ЛФК дотримувались такі положення: врахування даних про загальний фізичний розвиток, тонус, силу окремих м'язів, задіяних в патологічний процес, точність

виконання вправ, поступове збільшення навантаження, дотримання позитивного емоційного фону на заняттях.

З метою покращення мобільності і зняття функціональних блоків в рухових сегментів кінцівок і хребта, покращення кровообігу і лімфовідтоку нами була розроблена і впроваджена в реабілітаційну практику центра спеціальна система гімнастичних вправ під назвою «Комплекс гімнастичних вправ для зняття функціональних блоків на п'яти горизонтальних рівнях суглобових зчленувань».

Після завершення програми синдромно-патогенетичної фізіотерапії у всіх дітей спостерігалася позитивна динаміка показників антропометричного профілю та постави. У Центрі продовжується науково-практична робота по дослідженню ефективності програми синдромно-патогенетичної фізіотерапії при комплексній медичній реабілітації дітей з ДЦП і наявністю у них порушень постави і сколіозу.

УДК616.711-007.55-021.3:615.477.32

ЗАСТОСУВАННЯ КОРСЕТНОЇ КОРЕКЦІЇ ПРИ ІДІОПАТИЧНОМУ СКОЛІОЗИ

*Анна Галанцева, Аліна Ольховик
Сумський державний університет, Суми, Україна
ane4kagrey@gmail.com, alina.mordvinowa@gmail.com*

To date, idiopathic scoliosis holds about 90% of all scoliosis. The disease occurs in childhood and leads to early disability. The most effective treatment is a corset Sheno, used for a long period. But a number of studies show the negative impact on the function orthosis long paravertebral muscles. There fore, we consider it expedient to develop a comprehensive program of physical therapy (kinesiotherapy, hydrokinesiotherapy and massage) with the introduction in the early stages of the treatment of idiopathic scoliosis.

Keywords: idiopathic scoliosis, corset Sheno, physical therapy, kinesiotherapy, deformation.

Dziś skolioza idiopatyczna jest około 90% wszystkich skoliozy. Choroba występuje w dzieciństwie i prowadzi do wczesnego kalectwa. Najbardziej skuteczną metodą leczenia jest gorset Sheno, używany przez dłuższy okres czasu. Ale w wielu pracach wykazują negatywny wpływ orteza na funkcję Długie mięśnie przykręgosłupowej. Dlatego uważamy to za wskazane opracowanie kompleksowego programu terapii fizykoterapii (kinezyterapii, hydrokinezyterapii i masażu) we wprowadzaniu we wczesnych stadiach leczenia skoliozy idiopatycznej.

Słowa kluczowe: skolioza idiopatyczna, gorset Sheno, fizykoterapia, kinezyterapia, deformacja.

Згідно з визначенням Товариства дослідників сколіозу (Scoliosis Research Society), підлітковим вважається ідіопатичний сколіоз, який вперше

виявлений у пацієнтів віком від 3 до 10 років. Ідіопатичний сколіоз займає приблизно 90% від усіх сколіозів, тоді як не ідіопатичний зустрічається всього в 10% [10]. На відміну від сколіозу, який виникає у підлітків і дорослих, він характеризується вираженим злостью прогресуванням викривлення хребта, що в подальшому призводить до ранньої інвалідизації пацієнтів з даною патологією [7].

Ідіопатичний підлітковий сколіоз зустрічається в 0,47%-3% серед населення [18]. Співвідношення хлопчиків і дівчаток коливається від 1,5:1 до 3:1 та істотним збільшенням з віком. Тяжкість деформації залежить не тільки від статі, але так само від генетичного фактору і віку початку захворювання.

Слід зазначити, що приблизно 10% від усього сколіозу вимагає проведення консервативного лікування, яке полягає в профілактиці прогресування сколіозу. Найбільш ефективне це корсетування.

Згідно з рекомендаціями SOSORT (2011 г.) корсет Шено при ідіопатичному сколіозі призначається в діапазоні від 20° до 50° по Коббу у пацієнтів з незавершеним кістковим ростом [17].

Основна функція корсета – запобігання подальшого прогресування деформації хребта, усунення патологічного зміщення хребців, ребер і тазу до фізіологічного стану, створення «нормальної симетрії тіла», яка здійснюється за допомогою тиску на певні зони, активної корекції деформації в процесі росту дитини.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати ефективність використання коригуючих корсетів Шено без використання засобів фізичної терапії.

Завдання дослідження:

- на основі аналізу наукової літератури систематизувати й узагальнити сучасні науково-методичні знання та результати практичного досвіду з питання використання коригуючих корсетів Шено в фізичній терапії дітей із ідіопатичним сколіозом;

- теоретично обґрунтувати необхідність застосування кінезіотерапії, гідрокінезіотерапії та лікувального масажу при корсетуванні дітей із ідіопатичним сколіозом.

Для реалізації поставленої мети та розв'язання визначених завдань використано такі методи дослідження: аналіз навчально-методичної літератури та педагогічне спостереження.

Виклад основного матеріалу. Інвалідність внаслідок сколіозу, що наступає в дитячому і підлітковому віці, за даними літератури, коливається від 5 до 12% [4].

Одним з перспективних напрямків в лікуванні сколіозу є використання асиметричного активно коригувального корсета Шено. Корсет даної конструкції був запропонований Жаком Шено (Франція) в 70-х рр. ХХ століття. Основа

впливу ортеза полягає в деротації сколіотичного хребта не тільки за рахунок тиску корсета на реберний горб, але і за рахунок створення в корсеті простору для руху ребер при диханні таким чином, що деротуючий вплив на хребет буде відбуватися зсередини[5].

Корсет Шено найбільш ефективний для пацієнтів, що мають бічне викривлення в межах від 17° до 45° по Коббу, з вершиною деформації не вище, ніж Th₆-Th₈ хребців [8].

Такий ортез призначають для постійного носіння для формування кісткової зрілості хребта. Тривалість носіння корсета Шено протягом доби становить 18-23 год. [3]. В середньому близько 21 год. в добу. Але в залежності від ступеня вираженості сколіотичної дуги, корекції і формування гіперкорекції деформації хребта можлива зміна часових показників носіння корсета, аж до раннього переходу на нічний режим. Ці рекомендації повинні виконуватися тільки за призначенням лікаря травматолога-ортопеда при систематичному контролі стану пацієнта не рідше 1 разу на 4 місяці [2].

Лікування корсетом Шено триває до 18 років, далі рентгенологічно оцінюється кісткова зрілість хребта і результати тестів скасування корсета (виконуватися рентгенограма хребта відразу після зняття корсета і через 4 год.). Сколіотична деформація не повинна наростати більш ніж на 5° . Якщо деформація хребта пацієнта відносно стабільна, то продовжують поступове скасування корсета зі збереженням нічного режиму носіння до 20 років. Лікування за допомогою корсета можна закінчувати, якщо відсутні ознаки корекції на фоні закінчення кісткового зростання. Але можна продовжувати лікування і після закінчення кісткового зростання, якщо є ознаки корекції.

Обговорення. За даними дослідження В.Ф.Миколаїва, І.А. Барановської, А.О. Андрієвської (2016) в групах дітей зі сколіотичною деформацією в межах $11-25^\circ$ і $26-40^\circ$ по Cobb вдається досягти результату максимальної корекції, що свідчить про те, що лікування функціонально-коригуючим корсетом типу Шено найбільш сприятливо на ранніх етапах захворювання [11].

Дані науковці вважають, що ортезування має бути індивідуальним, з урахуванням особливостей деформації хребетного стовпа і перспектив її прогресування, віку, потенціалів зростання хребта і лікувальних завдань. Вони акцентують увагу на те, що в комплекс лікування повинні бути включені кінезіотерапія, фізіотерапевтичне лікування, масаж, дихальна гімнастика за методикою К.Шрот [9; 16]. Крім вправ, спрямованих на усунення постурального дисбалансу тулуба, поліпшення дихальної функції легень, в програму кінезіотерапії рекомендуємо включати вправи, що сприяють зміцненню м'язового корсета.

Незважаючи на активне застосування корсету Шено лікування ідіопатичного сколіозу, порівняння результатів ортезування при помірних ступенях сколіозу залишається суперечливим [1]. У хворих з величиною

деформації понад 35° ймовірність прогресування сколіозу становить 95%, зберігається і після досягнення кісткової зрілості скелета. Больовий синдром у дорослих зі сколіозом зустрічається досить часто [17]. У ряді робіт показано негативний вплив тривалого ортезування на функцію паравертебральних м'язів, незважаючи на активні заняття пацієнтів лікувальною фізкультурою, плаванням і т.д. [14; 15]. У деяких дослідженнях ставиться під сумнів доцільність ортезування при підлітковому ідеопатичному сколіозі [6].

За даними І.А.Шавірін, С.В.Колесова, С.А.Кудрякова (1999) середня корекція деформації в корсеті Шено через 3 місяці після адаптації до нього склала 37,5% і дозволила зменшити середній кут з 32° до 20°. Крім носіння коригуючих корсетів, всі пацієнти були навчені спеціальної коригуючої ЛФК, яка виконувалася ними 5-6 разів на тиждень по 40-60 хв. [12].

Висновки. Таким чином, виникає необхідність розробки комплексного впливу засобами фізичної терапії на ідіопатичний сколіоз у підростаючого покоління не тільки ортезуванням тим чи іншим видом корсета, а й включення кінезіотерапія з використанням дозування навантаження на тренажерах, гідрокінезіотерапії, заняття йогою і масаж для поліпшення функції м'язів тулуба, таза і нижніх кінцівок з метою нормалізації біомеханічних параметрів ходьби хворих з ідіопатичним сколіозом.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо в експериментальній перевірці ефективності комплексного використання засобів та методів фізичної терапії для дітей із ідіопатичним сколіозом.

Література

1. Алемасов Р.Ю. Организация консервативного лечения сколиоза у детей / Р.Ю. Алемасов, Ф. Умарходжаев // Проблемные вопросы травматологии и ортопедии. – Ташкент, 1992. – С. 4–16.
2. Бондарь Е.М. Коррекция функциональных нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 5–6 лет с учетом пространственной организации их тела : дис. на соискание ученой степени канд. наук по физическому воспитанию и спорту : спец. 24.00.02 «Физическая культура, физическое воспитание разных групп населения» / Е.М. Бондарь. – Киев, 2009. – 224 с.
3. Виссарионов С.В. Хирургическая коррекция деформации позвоночника при идиопатическом сколиозе: история и современное состояние (обзор литературы) / С.В. Виссарионов, А.В. Соболев, А.М.Ефремов // Травматология и ортопедия России. – 2013. – №1 (67). – С. 138–145.
4. Дудин М. Г. Идиопатический сколиоз. Диагностика, патогенез / М. Г. Дудин, Д. Ю. Пинчук. – СПб. : Человек, 2009. – 335 с.
5. Дудин М.Г. Идиопатический сколиоз : лекция / М.Г. Дудин, Д.Ю. Пинчук // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. 2014. – Т. II. – Вып. 1. – С. 71-77.

6. Каралин АЛ. Функциональная коррекция осанки и сколиотической болезни / А.Л. Каралин, Ю.В. Иванов, В.Н. Краснов // VII съезд травматологов-ортопедов России : Тез.докл. – 2002. – С. 139.

7. Клинико-рентгенологическая и биомеханическая оценка корсетотерапии идиопатических сколиозов / [Петров В.Г., Чернышева И.Н., Калинин О.Ю. и др.] // Вестн. гильдии протезистов-ортопедов. – 2004. – №3 (17). – С. 14-17.

8. Леин Г.А. Медицинская реабилитация пациентов школьного возраста, страдающих идиопатическим сколиозом : дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук. : спец. : 14.01.15 «Травматология и ортопедия» / Г.А. Леин. – СПб., 2013. – 18 с.

9. Милюкова И.В. Лечебная гимнастика при нарушении осанки у детей / И.В. Милюкова, Т.А. Евдокимова. – М. : Эксмо, 2005. – 160 с.

10. Михайловский М.В. Хирургия деформаций позвоночника / М.В. Михайловский, Н.Г. Фомичев. – Новосибирск: Сибирское университетское издательство, 2002 – 432 с.

11. Николаев В.Ф. Использование функционально-корректирующего корсета в лечении больных идиопатическим сколиозом / В.Ф. Николаев, И.А. Барановская, А.О. Андриевская // Гений Ортопедии. – 2016. – № 1. – С. 44-47.

12. Особенности коррекции сколиотических деформаций позвоночника из вентрального доступа [Колесов С.В., Кудряков С.А., Шавырин И.А. и др.] // Хирургия позвоночника. – 2009. – № 4. – С. 15-20.

13. Пинчук Д. Ю. Центральная нервная система и идиопатический сколиоз / Д.Ю. Пинчук, М. Г. Дудин. – СПб. : Человек, 2011. – 320 с.

14. Bowen J.R. Adolescent idiopathic scoliosis managed by a nighttime bending brace / J.R. Bowen, K.A. Keeler, S. Pelegie // Orthopedics. – 2001. – Vol. 24. – P. 967-970.

15. Castro F.P. Adolescent idiopathic scoliosis, bracing, and the Hueter-Volkman principle / F.P. Castro // Spine. – 2003. – Vol. 3. – P. 180-185.

16. Christa Lehnert-Schroth P.T. Three-Dimensional Treatment for Scoliosis: A Physiotherapeutic Method for Deformities of the Spine / P.T. Christa Lehnert-Schroth – The Martindale Press, 2007. – 292 p.

17. Danielson A.J. Radiologic findings and curve progression 22 years after treatment for adolescent idiopathic scoliosis: comparison of brace and surgical treatment with matching control group of straight individuals / A.J. Danielson, A.L. Naxemson // Spine. – 2001. – Vol. 26. – P. 516-525.

18. Konieczny M.R. Epidemiology of adolescent idiopathic scoliosis / M. Konieczny, H. Senyurt, R. Krauspe // Journal of Children's Orthopaedics. – 2013; 7 (1): 3-9. – doi: 10.1007 / s11832-012-0457-4.

УДК: 502.211:519.23

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО РОЗРОБОК РЕКОМЕНДАЦІЙ З ОЗДОРОВЛЕННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ МІНЕРАЛЬНИХ ВОД

О. О. Коновалова

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, Харків, Україна
o.o.konovalova@karazin.ua*

W pracy zbadano energetyczne wskaźniki zdrowotne odpowiednio do stanu elektrycznego potencjału punktów biologicznie aktywnych na ciele przy zastosowaniu wody różnego rodzaju związków chemicznych oraz informacyjnego i energetycznego zawarcia.

Słowa kluczowe: wody mineralne, energetyczne wskaźniki zdrowotne.

Через великий вміст води в організмі людини та її величезну роль в здійсненні численних фізіологічних та біохімічних процесів в організмі жодна з систем оздоровлення не може залишити поза увагою питання водного режиму як в аспекті кількості споживання рідини, так і її якісного складу. Такі рекомендації щодо включення різноманітної води до оздоровчих програм повинні бути адресними та науково обґрунтованими. В зв'язку з цим актуальною є проблема пошуку моделі попереднього тестування вод. в останні часи широко розповсюджені дослідження енергетичної складової здоров'я, валеологічні центри обладнані різноманітними варіантами апаратно-програмних комплексів з діагностування електропотенціалу біологічно активних точок шкіри.

Виходячи з вищевказаного, метою даного дослідження було визначення енергетичних показників здоров'я у відповідності до стану електропотенціалу біологічно активних точок шкіри за умов використання води різного хімічного складу та енергоінформаційного наповнення.

Оцінка функціонального стану органів та систем організму (електрофізіологічний потенціал біологічно активних точок шкіри) – проводився шляхом електроакупунктурної діагностики за Р. Фоллем) за допомогою АПК «Інта-сom-Voll-F».

Завданнями роботи були:

1) виявлення електропотенціалу біологічно активних точок шкіри, що відповідають рівню функціонування керуючих, забезпечуючих гомеостаз та підпорядкованих систем органів;

2) проведення оцінки прогнозованого функціонального стану органів та систем організму під впливом питної води різного хімічного складу (води з джерел Яремчі, Східниці, джерела Марія з Трускавця, вода «Поляна Квасова» з курорту, питна вода «Себек»;

3) оцінка функціонального стану органів та систем організму за умов додавання вод з різними енергоінформаційними характеристиками, тобто тих видів вод, які спеціально оброблялися з метою підвищення їхнього інформаційного наповнення (вода з семінару «Народна медицина Ізюмщини») або були відібрані в місцях, які вважаються «святими» (Почаївська лавра, джерело біля монастиря в Бакоті, з монастиря «Святого Георгія» в Поморіє (Болгарія), джерело Оберіг в Тустані).

При проведенні оцінки прогнозованого впливу питної води різного хімічного складу на функціональний стану органів та систем організму, найбільша гармонізуюча дія спостерігалась при додаванні вод «Себек» та «Поляна Квасова» (статистично значуще зростання досліджуваних показників систем на 39-67%).

При проведенні оцінки прогнозованого впливу вод з різними енергоінформаційними характеристиками найбільший прогнозований вплив на системи управління та підтримки гомеостазу продемонструвала вода з монастиря Святого Георгія та вода, замовлена на семінарі «Народна медицина Ізюмщини» (статистично значуще зростання досліджуваних показників систем на 37-65%).

Проведена інтегральна оцінка можливих змін кількісних характеристик функціональних показників організму за умов додавання досліджуваних вод у відповідності до стану електропотенціалу біологічно активних точок шкіри показала, що АПК «INTA-com-F» надає можливість прогнозування впливу води на фізичний стан організму. В подальшому використання інтегральних показників АПК «INTA-com-F» та їх графічне зображення у вигляді функціональних портретів забезпечує науково обґрунтовану розробку більш індивідуалізованих рекомендацій з питного режиму.

УДК 616.6+549

УРОЛІТИ: ОБ'ЄКТ ВИВЧЕННЯ МЕДИЦИНИ, МІНЕРАЛОГІЇ ТА БІОХІМІЇ

М.Л. Куцевол, В.В. Ішков

*Державний вищий навчальний заклад «Національний гірничий університет»,
Дніпро, Україна*

kutsevol.m.l@nmu.one; m.kutsevol@gmail.com

The results of mineralogical research of Dnipro (Ukraine) residents' kidney stones (urolites) are given. Comparative analysis of urolites and biominerals is conducted. An interdisciplinary approach in science and education is proposed for the study of urolites and the prevention of urolithiasis.

Keywords: urolity, mineraly

Przedstawiono wyniki badań mineralogicznych kamieni nerkowych (urolitów) mieszkańców miasta Dnipro (Ukraina). Przeprowadzono analizę porównawczą urolitów i biomateriałów. Proponujemy zastosowanie interdyscyplinarnego podejścia w nauce i wykształceniu do badań urolitów i zapobiegania kamicy żurawicy.

Słowa kluczowe: urolity, minerały

Ниркові камені або уроліти утворюються у сечовидільній системі людини і хребетних тварин у результаті патологічних біохімічних процесів. Уролітіаз як захворювання є об'єктом вивчення медицини. У той же час, уроліти являють собою мінеральні тіла і вивчаються методами мінералогії.

Згідно з методичними рекомендаціям Європейської урологічної асоціації, визначення складу ниркових каменів є першим кроком під час діагностики захворювання і вибору курсу лікування пацієнтів при уролітіазі. До складу ниркових каменів входять як аналоги природних мінералів, так і специфічні речовини, що не утворюються у геологічному середовищі.

Співробітниками кафедри мінералогії та петрографії Національного гірничого університету у різний час проводилися дослідження уролітів жителів м. Дніпро. Для вивчення вилучених під час хірургічних операцій конкрементів був застосований поляризаційний петрографічний мікроскоп, у деяких випадках — рентгенофазовий аналіз. Під мікроскопом вивчалися оптичні властивості мінералів, морфологія мінеральних індивідів, форма і внутрішня будова агрегатів. Виявлено, що здебільшого уроліти склалися полімінеральними агрегатами, у складі яких переважали оксалати кальцію. На другому місці знаходились урати: кристалічна сечова кислота (уріцит) та її дигідрат. Наступні за розповсюдженістю серед діагностованих мінералів — фосфати, представлені гідроксилапатитом. У незначній кількості знайдено органічну речовину (білки), та у одиничному випадку — пурини (ксантин).

Мінеральні речовини, що продукуються живими організмами, одержали назву «біомінерали», а процес їх утворення — «біомінералізація». Хоча уроліти також є продуктами життєдіяльності організмів, вони зазвичай не розглядаються у роботах, присвячених біомінералам і біомінералізації. Відмінність між біомінералами та уролітами полягає, насамперед, у їх ролі в живих організмах. У той час як перші виконують певну функцію і синтезуються навмисно, другі є патогенними утвореннями. Є відмінності і у мінеральному складі уролітів і біомінералів. Тим не менш, ми вбачаємо схожі риси між цими утвореннями: 1) у складі хімічних сполук у якості катіона частіше за все виступає кальцій; 2) в агрегатах зустрічаються включення органічної речовини; 3) мінеральні зерна часто мають голчасту форму.

Досягнення у дослідженнях біомінералізації пов'язані з міждисциплінарним підходом, що поєднує біологічні, хімічні та геологічні науки.

Вважаємо, що для прогресу у вивченні уролітів необхідні спільні зусилля спеціалістів в області медицини, біохімії та мінералогії. Актуальним завданням, з точки зору авторів, є також розробка міждисциплінарних освітніх програм для навчання студентів-медиків.

УДК 613.6

ПРИЧИНЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ СЕНСОРНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (ГЛУХОТА, ТУГОУХОСТЬ)

Надія Козачек, Марина Райчук
Харківський національний педагогічний університет ім. Г.С.Сковороди,
Харків, Україна
kvitkomi@rambler.ru; na-kozachek@meta.ua

W artykule rozpatrzono przyczyny uszkodzenia słuchu, czynniki predysponujące do wystąpienia patologii słuchu lub sprzyjające jej rozwojowi. Spośród nich czynniki genetyczne, czynniki wewnętrzne i zewnętrzne, które oddziałują na narząd słuchu płodu oraz czynniki, oddziałujące na narząd słuchu zdrowego dziecka na jednym z etapów jego rozwoju.

Słowa kluczowe: przyczyny uszkodzenia słuchu, patologii słuchu.

Существуют различные взгляды на определение причин нарушения слуховой функции. Знать о них (причинах) очень важно, т к данные знания имеют большое значение для характеристики особенностей развития детей раннего и дошкольного возраста. Состояние слуховой функции (степень снижения слуха), негативно влияет и на психическое развитие ребенка и на состояние его речи. Учет снижения слуха необходим для определения педагогических мероприятий, связанных с коррекционной работой.

В настоящее время выделяют три группы причин и факторов, которые вызывают патологию слуха, или способствуют ее развитию.

К первой группе относятся факторы наследственного характера, которые приводят к развитию наследственной тугоухости. К наследственно обусловленным факторам приходится до 50% детской сенсорной недостаточности. Такие нарушения слуха могут быть доминирующими (родители глухие и глухота у них врожденная), так и рецессивным признаком, который проявляется не в каждом поколении.

Вторую группу составляют факторы внутреннего и внешнего воздействия на орган слуха плода (если нет наследственного отягощающего фона), обуславливающие появление врожденной тугоухости. Причин здесь много и прежде всего нужно выделить следующие: инфекционные заболевания матери в первой триаде беременности. Наибольшую опасность

представляет краснуха. Другие инфекции, которые также могут влиять на развитие и функционирование органа слуха: грипп, скарлатина, корь, герпес, инфекционный паротит, туберкулез, токсоплазмоз. Далее нужно отметить интоксикацию будущей матери, в частности, ототоксическими антибиотиками; профессиональные вредности (химическое производство), дивиантное поведение родителей; травмы. Причиной врожденной патологии может послужить и несовместимость крови матери и плода, по резус-фактору, что вызывает развитие гемолитической болезни новорожденного.

К последней третьей группе относятся факторы, действующие на орган слуха здорового ребенка в один из периодов его развития и приводящий к возникновению приобретенной тугоухости. Часто причиной возникновения тугоухости является воспаление среднего уха (отит), который переходит во внутреннее ухо. Очень опасны инфекционные заболевания: менингит, корь, скарлатина, грипп, эпидемический паротит. Высокие дозы ототоксических антибиотиков вызывает большой процент стойких нарушений слуха. Далее, в данной группе сенсорной недостаточности, нужно отметить – недоношенность плода (роды на очень небольших сроках). Серьезные последствия имеют травмы: акушерские щипцы, травмы внутреннего уха – падение с большой высоты, при ДТП. Среди причин, которые приводят к тугоухости нужно отметить аденоидные разращения при частых воспалительных процессах носоглотки. Тугоухость исчезает при правильном лечении (кондуктивная тугоухость). В некоторых случаях (более 10%) сенсорную недостаточность определить сложно, а иногда и невозможно.

УДК:616.379-008.64-06:617.586-002.44]-036.8-071.1

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЛАЗМОТЕРАПИИ

*Харченко Т.О., Мелеховец О.К., Радько А.С.
Сумский государственный университет, Сумы, Украина
kharchenko24t@gmail.com*

The aim of our work is to assess the quality of life (LQ) of patients with diabetic foot syndrome with the use of plasmatherapy in combination therapy. Combined treatment of trophic ulcers with the use of plasmatherapy allows to improve the LQ of patients by 79.3%, in comparison with patients on traditional therapy, in whose LQ improved by 29.3%.

Keywords: diabetic foot syndrome, plasma therapy, quality of life.

Celem pracy jest ocena jakości życia (LQ) pacjentów z zespołem stóp na cukrzycę z zastosowaniem plazmabrazji w leczeniu skojarzonym. Łączne leczenie wrzodów troficznych z użyciem plazmaterapii pozwala poprawić LQ przez pacjentów o 79,3%, w porównaniu z pacjentami z terapii tradycyjnej, w których LQ poprawił się o 29,3%.

В Украине на 1 января 2016 года зарегистрировано 1 223 604 больных сахарным диабетом, что составляет около 2,88% населения Украины, из них у 4 - 10% развивается синдром диабетической стопы, который в 80% случаев приводит к инвалидизации пациентов.

Целью нашей работы является оценка КЖ пациентов с синдромом диабетической стопы с применением плазмотерапии в комбинированном лечении.

Материалы и методы. В исследование было включено 24 пациента с диагнозом сахарный диабет 2 типа. У всех больных был диагностирован синдром диабетической стопы 2 ст. по по E.Wagner, нейроишемическая форма.

В группу исследования были включены пациенты с уровнем гликированного гемоглобина $\leq 7\%$.

Анкетирование для оценки КЖ пациентам было проведено с помощью шкалы Diabetic Foot Ulcer Scale (DFS). DFS состоит из 58 вопросов, которые сгруппированы в 11 областей: досуг, физическое здоровье, повседневная жизнь, эмоции, несоблюдение правил лечения, семья, позитивное отношение, лечение, удовлетворение лечением и финансовые затрат на обустройство повседневной жизни. Вся анкета оценивалась от 1 до 100 баллов, так что максимально возможный балл представлял наилучшее КЖ.

Все пациенты были разделены на 2 группы: в первой (12 человек)-больные получали стандартное лечение (гипогликемическая терапия, антибиотикотерапия, вазоактивные вещества, хирургическая обработка раны), во второй группе (12 человек) стандартное лечение было дополнено инъекционной плазмотерапией.

Плазмотерапия проводилась после курса антибиотикотерапии на очистившихся трофических язвах (по результатам бактериологического исследования). Введение плазмы проводилось интрадермально по периферии язвенного дефекта. Режим проведения процедур: 1 раз в 2 недели.

Оценка результатов анкетирования проводилась перед началом лечения и через 4 недели от начала курса инъекционной плазмотерапии.

Результаты. По результатам опросника DFS КЖ пациентов в обеих группах до начала лечения в среднем 44,9 балла, с наихудшими показателями в сфере физического здоровья, повседневная жизнь и позитивное отношение, что свидетельствовало о низком КЖ.

Контрольное анкетирование, проведенное через 4 недели, показало, что в первой группе КЖ в среднем 58,3 балла, что свидетельствовало о низком КЖ, с наихудшими показателями в сфере физического здоровья, удовлетворенности лечением и эмоциональной сфере. У пациентов второй группы анкетирование продемонстрировало значительное улучшение показателей КЖ, средний балл 80,5.

Обсуждение и выводы. Комбинированное лечение трофических язв с применением плазмотерапии позволяет улучшить КЖ пациентов на 79,3%, по сравнению с пациентами первой группы, у которых КЖ улучшилось на 29,3%.

УДК 784.5.071.2(075.32)

MEDYCZNE BIOLOGICZNE I KULTUROLOGICZNE ASPEKTY ODNOWIENIA ORGANIZMU PRZY ŚPIEWU CHORALNYM

Monika Białoszycka, Helena Melniczuk, Walery Istoszyn
Винницьке училище культури і мистецтв ім. Н.Д.Леонтовича
Винницький національний медичний університет ім. Н.И.Пирогова,
Винниця, Україна
alina.biloszycka@gmail.com

The study involved two groups of students - students actively participating in the choir and students of the same university, not engaged in choral singing. It's showed that students, regularly engaged in choral singing, in contrast to the control group, breathing skills during singing (control of the respiratory muscles), possession of the skills of singing are reflected in somatic and psychological health.

Keywords: choral singing, respiratory system.

У дослідженні брали участь дві групи студентів – студенти, які активно брали участь у хорі та студенти того ж університету, які не займалися хором співом. Показано, що студенти, які регулярно займалися хором співом, на відміну від контрольної групи, мали кращі суб'єктивні та об'єктивні показники стану дихальної системи. Встановлено, що володіння навичками співу позитивно впливає на соматичне та психологічне здоров'я.

Ключові слова: хоромий спів, дихальна система

Wprowadzenie. Śpiewanie zajmuje poważne miejsce w codziennym życiu człowieka, a często widzimy jego estetyczną stronę, ale śpiew ma działanie fizjologiczne i gojące. Ustalono, że śpiewanie chroni górne drogi oddechowe przed infekcjami, łagodzi stres i ból, pomaga w leczeniu wielu chorób przewlekłych i depresji.

Cel. Ustanowienie relacji między medycznymi biologicznymi i kulturowymi aspektami przywrócenia zdrowia człowieka aktywnie śpiewającego w chórze.

Materiały i metody. Badanie obejmowało dwie grupy studentów - uczestniczących w chórze uniwersytetu i nie biorących udziału we śpiewu chóralnym. Informację otrzymano podstawie analizy ankiety i prób fizjologicznych.

Wyniki. Badanie wykazało, że studenci, regularnie biorący udział w śpiewie chóralnym, w przeciwieństwie do grupy kontrolnej, ćwiczą nie tylko posiadane umiejętności śpiewania ale śpiew jest treningiem dla płuc i całego układu oddechowego w trakcie śpiewu (kontrola mięśni oddechowych), ale za to szybciej przywraca się zdrowie somatyczne i psychologiczne. Miłośniki śpiewu mają lepsze wartości badań fizjologicznych, niższą częstość występowania ARI i ARVI, często oceniają kondycję psychiczną i fizyczną jak dorzą , a także mówią o szybkim „wymazaniu ” nieprzyjemnych emocji.

Dyskusja i wnioski. Śpiew chóralny przyczynia się do poprawy obiektywnych i subiektywnych wskaźników układu oddechowego i ciała całego. Można to wytłumaczyć potrzebą kontrolowania wydechu wydłużonego podczas śpiewu połączonego z szybkim głębokim wdechem, który jest niezbędnym warunkiem do otrzymania dobrego dźwięku. Dręci napięcie i zmęczenie? Często chorujesz? Możemy polecić tylko jedno - śpiewaj!

УДК 614.446.1

АНАЛІЗ ХАРЧУВАННЯ ВАГІТНИХ І ДИНАМІКА ГЕСТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ

*Дар'я Боєчко, Галина Василькова
Тюменський державний медичний університет, Тюмень, Росія
boechko95@icloud.com*

The evaluation of actual nutrition of pregnant women in the dynamics of the gestational process by the frequency method using a specialized computer program "Analysis of human nutritional status" (the version 1.2 of SI RI of Nutrition of RAMS, 2003-2005) which allows to evaluate metabolism, deficiency or surplus of main macro- and micronutrients. It has been established that nutrition of pregnant women is unbalanced in main nutrients and energy content. The analysis of the qualitative composition of dietary intake of pregnant women indicates a low consumption of meat, fish, cereals and an excess of pastry and bakery products. In the first trimester of pregnancy daily rations are characterized by a decrease in the total caloric value, deficiency of proteins, carbohydrates, dietary fiber, vitamins, macro- and microelements. The deficiency of the intake of vitamin B1 and niacin is 65%, the deficiency of the intake of vitamin B2 is 50%. Furthermore, there has been revealed reduction in the intake of inorganic minerals: iron (75%), magnesium (50%), calcium (44%), phosphorus (30%), and sodium (25%). In the second and third trimesters the caloric value of daily rations increases mainly due to an

increase in fat intake and to a lesser extent due to carbohydrates. The provision of vitamins B1, B2, A and niacin increases to 50 - 70%. However, under the circumstances of increased physiological needs the polyhypovitaminous condition persists for most women until the end of pregnancy. The provision of daily rations of minerals in the second half of pregnancy is somewhat improved, but at the same time the deficiency of calcium (20%), magnesium (23%), iron (40%) retains. Thus, the actual nutrition of pregnant women during the entire period of gestation is irrational, unbalanced and requires dietary recommendations.

Ocena rzeczywistego odżywiania kobiet w ciąży w dynamice procesu ciążowego metodą częstotliwościową przy użyciu wyspecjalizowanego programu komputerowego "Analiza stanu odżywienia człowieka" (wersja 1.2 SI RI Nutrition of RAMS, 2003-2005), która pozwala na ocenia metabolizm, niedobór lub nadmiar głównych makro- i mikroelementów. Stwierdzono, że żywienie kobiet w ciąży jest niezrównoważone w głównych składnikach odżywczych i zawartości energii. Analiza składu jakościowego spożycia w diecie kobiet w ciąży wskazuje na niski spożycie mięsa, ryb, zbóż i nadmiaru wyrobów cukierniczych i piekarniczych. W pierwszym trymestrze ciąży dzienna dawka charakteryzuje się obniżeniem całkowitej wartości kalorycznej, niedoborem białek, węglowodanów, błonnika pokarmowego, witamin, makro- i mikroelementów. Niedobór spożycia witaminy B1 i niacyny wynosi 65%, niedobór spożycia witaminy B2 wynosi 50%. Ponadto stwierdzono zmniejszenie spożycia nieorganicznych składników mineralnych: żelaza (75%), magnezu (50%), wapnia (44%), fosforu (30%) i sodu (25%). W drugim i trzecim trymestrze kaloriiienne racje zwiększają się głównie ze względu na zwiększenie spożycia tłuszczu iw mniejszym stopniu z powodu węglowodanów. Zapewnienie witamin B1, B2, A i niacyny wzrasta do 50 - 70%. Jednak w okolicznościach zwiększonych zapotrzebowań fizjologicznych stan polihypowitaminowy utrzymuje się u większości kobiet do końca ciąży. Zapewnienie codziennych dawek minerałów w drugiej połowie okresu ciąży jest nieco poprawione, ale jednocześnie utrzymuje się niedobór wapnia (20%), magnezu (23%), żelaza (40%). Tym samym rzeczywiste odżywianie kobiet w ciąży przez cały okres ciąży jest irracjonalne, niezrównoważone i wymaga zaleceń dietetycznych.

Харчування – це один з важливих факторів, що впливає на стан здоров'я людини. Головна і переважна відмінність їжі від інших факторів навколишнього середовища в тому, що в процесі метаболічних змін вона перетворюється з зовнішнього у внутрішній, становлячись джерелом енергії та структури компонентів організму. Крім того, речовини харчування використовуються для синтезу сполук, що беруть участь у організації процесів росту і диференціювання тканин [1]. Особливо гостро зростає роль харчування під час вагітності, тому що в цей період життя жінки активізуються багато обмінних процесів, а несприятливі зміни впливають як на здоров'я матері, так і на майбутню дитину. Харчування жінки під час вагітності - важлива умова оптимального розвитку плода, народження здорової дитини та збереження здоров'я матері. Як дефіцит, так і надлишок окремих харчових речовин може

згубно позначитися на розвитку майбутньої дитини [2]. Доведено наявність прямого зв'язку між дефіцитом основних макро- і мікронутрієнтів і частотою гестозів, гіпотрофією і гіпоксією плода. Раціональне харчування майбутньої матері визначається збалансованістю надходження в організм поживних речовин, вітамінів, мікроелементів. Дослідження останніх десяти років свідчить про значне поширення порушень харчового статусу, дефіциту вітамінів і мікроелементів серед населення, в тому числі серед вагітних жінок, у всіх регіонах нашої країни. Така ситуація викликана з одного боку тим, що потреба організму у вітамінах та мікроелементах під час вагітності зростає майже в 1,5 рази, в той же час раціон харчування сучасної людини не дозволяє забезпечити ці зростаючі потреби. У зв'язку з цим, виникає інтерес в дослідженні стану харчування вагітних жінок в регіональному аспекті.

Метою цієї роботи є оцінка фактичного харчування вагітних м. Тюмень.

Методи. У дослідженні взяли участь 50 вагітних жінок, у віці від 19 до 39 років, середній вік склав $27 \pm 4,2$ років. Всі жінки відносили себе до родин з задовільним і хорошим фінансовим становищем. Оцінку фактичного харчування вагітних проводили з використанням спеціалізованої комп'ютерної програми «Аналіз стану харчування людини» (версія 1,2 ГУ НДІ харчування РАМН, 2003-2005), яка використовується для збору, обробки, аналізу даних про споживання їжі індивідуумом, являє собою комп'ютеризований метод частотного аналізу харчування людини. Проводилось дослідження споживання продуктів харчування людиною, з урахуванням його антропометричних даних, фізичної активності, статі, віку, режиму роботи і відпочинку, диференційовано в будні і вихідні дні з допомогою спеціального атласу харчових продуктів, введеного в якості ілюстративного матеріалу в програму. Метод дозволяє оцінити основний обмін, дефіцит або надлишок споживання основних макро- і мікронутрієнтів [12]. Оцінку харчування протягом місяця, що передує опитуванню, проводили в динаміці гестаційного періоду - 1 раз в кожному триместрі вагітності. Харчова та біологічна цінність раціонів оцінювалася за основними показниками, що регламентуються «Нормами фізіологічних потреб в харчових речовинах і енергії для різних груп населення» (Методичні рекомендації МР 2.3.1.2432-08), розраховувалося процентне відношення реально спожитого продукту до загальноприйнятої норми. Отримані дані оброблені методом варіаційної статистики з використанням стандартної комп'ютерної програми Excel, результати представлені у вигляді середніх величин і стандартної помилки середньої величини ($M \pm m$).

Результати. В результаті проведеного аналізу виявлено, що структура раціонів харчування вагітних м. Тюмені по 10 основних груп харчових продуктів не є раціональною через дефіцит страв з риби, м'яса, зернових продуктів, надлишку кондитерських і хлібобулочних виробів. При вивченні

фактичного харчування у вагітних протягом усього періоду гестації виявлено значний дисбаланс в споживанні основних харчових речовин в порівнянні з рекомендованою нормою (табл. 1).

Таблиця 1

Показники споживання енергії і харчових речовин в порівнянні з рекомендованими нормами фізіологічних потреб в період вагітності (M ± m, n=50)

Показники (на добу)	Фактичне споживання			Норми в період вагітності
	I триместр	II триместр	III триместр	
Енергія, ккал	1344,0±444,0	2211,0±905,0	2604,0±823,0	2200-2700
Білок г	47,0±14,2	67,5±23,7	94,9±41,2	90-110
Жири, г	59,4±23,0	96,1±35,2	133,2±57,0	50-70
НЖК, г	23,8 ±8,1	35,2 ±13,1	48,9 ±17,1	10%
ПНЖК, г	9,9±4,6	20,2 ±8,1	24,5 ±9,9	6-10%
ω-6 ПНЖК, % від ккал	15,0±4,3	19,0±8,1	16,0±7,1	5-8%
ω-3 ПНЖК% від ккал	1,8±0,3	2,6±1,1	2,2±1,2	1-2%
Вуглеводи, г	149,3±52,3	270,9±83,0	255,3±96,0	325-450
Цукор,г	33,4±14,0	66,9 ±36,2	60,0 ±37,0	<10%
Харчові волокна, г	6,2±2,1	7,9±3,4	9,6±3,9	20-40
Співвідношення Б: Ж: В	1:1,3:3,2	1:1,4:4	1:1,4:2,7	1:0,9:4

У I триместрі вагітності встановлено недостатнє споживання білка, вуглеводів, харчових волокон, вітамінів, макро- і мікроелементів. Енергетична цінність добового раціону на 61% поповнює витрати (табл. 1). Споживання загального жиру в цей період відповідає нормі, проте на частку насичених жирних кислот припадає до 40% від загальної кількості жирів, що в 4 рази перевищує рекомендовану величину. Зниження енергетичного компонента раціону обумовлено головним чином дефіцитом вуглеводів (на 54%). Крім того, якість вуглеводної складової добових раціонів також не є оптимальним. Основним джерелом вуглеводів у вагітних є кондитерські та хлібобулочні вироби, в той же час відзначено низький вміст у харчових раціонах вагітних свіжих овочів, фруктів, свіжих соків - найважливіших джерел вітамінів, пектину, клітковини і харчових волокон. Потреба в білках задовольняється лише на 50%, у вуглеводах - менш ніж на 50%. Слід пам'ятати, що в першому триместрі відбувається закладка органів плоду, тому в цей період особливо важливо забезпечити достатнє надходження в організм повноцінних білків, вітамінів і

мікроелементів в оптимальній кількості і співвідношенні [14, 15]. Зниження споживання м'яса, риби і молочної продукції призводить до дефіциту тваринного білка, що безсумнівно повинно позначитися на недостатню пластичної функції білків за рахунок неможливості забезпечення незамінними амінокислотами. У другій половині вагітності у зв'язку зі збільшенням розмірів плода, початком функціонування його органів (печінки, нирок, кишечника, нервової системи), необхідністю його додаткового забезпечення харчовими речовинами, а також зростанням плаценти зростають потреби вагітної жінки в поживних речовинах і енергії [14-16]. Починаючи з II триместру калорійність добового харчового раціону наближається до рекомендованої норми, проте енергетична цінність їжі забезпечується головним чином за рахунок жирів. Надмірне споживання загального жиру наростає до кінця III триместру вагітності (більш ніж в 2 рази), крім того, звертає на себе увагу, що в раціоні вагітних містилося до 36% насичених жирних кислот, що перевищує норму більш ніж в 3 рази. Кількість споживаних загальних вуглеводів збільшується в II половині вагітності, проте, як і раніше не забезпечує фізіологічні потреби. Згідно з діючими в Росії фізіологічним нормам харчування в харчовому раціоні вагітних співвідношення білків, жирів і вуглеводів повинно бути відповідно 1: 0,9: 4 [13, 14]. Проведені дослідження показали, що харчування вагітних не є раціональним і збалансованим (табл. 1). Протягом всього періоду гестації відзначено дуже низьке вживання в їжу продуктів, що містять харчові волокна, потреба в яких в середньому забезпечується тільки на 30% і виражений надлишок цукру (більш ніж в 2 рази). Під час вагітності значно зростає потреба у вітамінах і мінеральних речовинах, проте зниження споживання основних харчових речовин і загальної калорійності не може адекватно забезпечити організм вагітної макро- і мікронутрієнтів і нерідко стає причиною гіповітамінозу. Це підтверджується даними проведеного нами обстеження (табл. 2).

При оцінці вітамінної забезпеченості раціонів харчування вагітних протягом усього періоду гестації відзначений поступово наростаючий надлишок вітаміну С і нестача вітамінів групи В. У I триместрі вагітності забезпеченість раціонів вітаміном В1 і ніацином становить всього 35% від рекомендованої норми, а вітаміном В2 – 50%. Починаючи з II триместру вагітності структура харчового раціону дещо покращується, це відбивається і на його хімічний склад. Забезпеченість вітамінами В1, В2, А, ніацин зростає до 50 - 70%, в той же час, в умовах підвищених фізіологічних потреб, пов'язаних з розвитком вагітності і ростом плода, полігіповітамінозних стан зберігається у більшості жінок до кінця вагітності. Аналіз складу мікроелементів у фактичному харчуванні вагітних в I триместрі виявив зниження вмісту таких незамінних і важливих для нормального перебігу вагітності неорганічних мінеральних

речовин як залізо (на 75%), магній (на 50%), кальцій (на 44%), фосфор (на

Таблиця 2

Показники споживання вагітними вітамінів і мінеральних речовин в порівнянні з рекомендованими нормами фізіологічних потреб (M ± m, n = 50)

Показники (на добу)	Фактичне споживання			Норми в період вагітності
	I триместр	II триместр	III триместр	
Вітаміни				
Вітамін С, мг	166,8±108,4	171,9±109,6	243,7±136,6	110
Вітамін В1, мг	0,6±0,1	0,9±0,5	1,2±0,6	2,0
Вітамін В2, мг	1,0±0,2	1,3±0,4	1,5±0,6	2,0
Ніацин, мг	7,8±2,8	11,0±5,3	15,8±7,7	22
Вітамін А, мкг рет. екв.	732±273,5	1039,3±530,2	1134,4±490,1	1250
Мінеральні речовини				
Кальцій, мг	863,3±178,1	886,9±257,3	1043,8±429,8	1300
Фосфор, мг	777,7±123,2	1198,4±413,4	1529,1±608,8	1000
Магній, мг	222,0±20,1	322,7±138,5	350,0±123,9	450
Калій, мг	2486,5±436,1	3156,5±1206, 0	3512,0±992,0	2500
Натрій, мг	980,0±397,5	2666,0±1048, 0	3800,0±1733, 8	1300
Залізо, мг	7,6±3,2	18±7,2	18±7,8	30

30 %), натрій (25%). Фосфор так само, як і кальцій, бере участь в утворенні кісткових тканин плода і нормального його зростання. Недостатній вміст кальцію в раціоні вагітної і підвищене споживання кальцію організмом плода часто призводить до розвитку його дефіциту у вагітної з демінералізацією кісток. Дефіцит магнію пов'язаний з цілим рядом акушерських ускладнень, таких як передчасні пологи, прееклампсія, плацентарна недостатність, порушення розвитку плоду. Недостатнє надходження натрію може також несприятливо позначитися на стані здоров'я вагітної і плода. Обмеження солі в I триместрі вагітності обмежує нормальне збільшення обсягу крові, внаслідок чого в плаценті можуть відбуватися уповільнення зростання, або повна його зупинка, інфаркти плаценти, порушення транспортування поживних речовин

плоду, відшарування плаценти, кровотеча. У II і III триместрі вагітності споживання натрію значно перевищує норму, це може вести до підвищення артеріального тиску, затримці рідини, появі набряків. Споживання заліза протягом всього періоду гестації залишається низьким. Це пояснюється зростаючою потребою в цьому мікроелементі під час вагітності більш ніж в 2 рази в порівнянні з фізіологічною нормою для невагітних і недостатньою забезпеченістю залізом їх добових раціонів. Так на початку I триместру рівень надходження заліза з їжею становить всього 25% від рекомендованої норми. У другій половині вагітності забезпеченість раціонів залізом збільшується, але в той же час на тлі зростаючих потреб забезпеченість цим мікроелементом становить всього 60%. Залізо входить до складу гемоглобіну і бере участь в окислювальних процесах як у вагітної, так і у плода. Тому недолік заліза в харчовому раціоні може призводити до розвитку анемії вагітних, особливо в пізні терміни вагітності.

Обговорення і висновки. Таким чином, у результаті аналізу фактичного харчування вагітних м.Тюмень, проведеного за допомогою комп'ютерних програм, виявлені порушення, зокрема дисбаланс споживання основних харчових речовин. У I триместрі порушення харчування стосуються зниження загальної калорійності раціонів, зниження споживання білка, недостатнього споживання харчових волокон. Наслідком зниження загальної калорійності раціонів, а також недостатнього споживання продуктів тваринного походження є низьке надходження з їжею вітамінів, мінеральних речовин і мікроелементів. Незважаючи на те, що до III триместру вагітності структура харчового раціону покращилася, виявлений раніше дисбаланс харчування і зростаючі зі збільшенням терміну вагітності потреби є причинами дефіциту багатьох вітамінів і мінеральних речовин. З метою оптимізації харчування вагітних доцільно проведення моніторингу та корекції харчових раціонів відповідно до потреб в динаміці гестаційного періоду.

Література

1. Уголев А. М. Теория адекватного питания и пищевая промышленность. – СПб.; Наука, 1991. – 272 с.
2. Кінь І.Я., Гмошінская М.В., Демкина Є.Ю. Основні підходи до проведення роботи з оцінки ефективності спеціалізованих продуктів для вагітних жінок // Питання сучасної педіатрії, 2011. - Т. 10. - № 6. - С. 119-120.

УДК 613.86-053.2:615.851

ИППОТЕРАПИЯ КАК СОВРЕМЕННЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ И ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ

*Татьяна Илющенко, Ирина Редькина
Харьковский национальный педагогический университет
имени Г.С. Сковороды, Харьков, Украина*

Hipoterapia jest współczesną formą leczenia osób niepełnosprawnych umysłowo, ruchowo i sensorycznie, stosowana w rehabilitacji osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków.

Słowa kluczowe: hipoterapia, rehabilitacja.

В современном мире существует масса заболеваний, с которыми медицина не в состоянии справиться. К таким болезням относятся как психические, так и генные. Многолетние исследования привели к заключению, что большую роль в лечении и реабилитации играет анималотерапия (зоотерапия). Анималотерапия - особый медико-психологический комплекс, осуществляемый при помощи животных, включающий компоненты физиологического и психологического воздействия. Это вид терапии, использующий как животных, общение с которыми безопасно, так и их образы для оказания психотерапевтической помощи. Основным отличием методов анималотерапии от традиционного лечения является то, что пациенты настроены на общение с животными, а не на само лечение. Люди переживают сильные положительные эмоции и искренне заинтересованы в продолжении такого лечения. Иппотерапия - это уникальное по эффективности средство реабилитации при ряде тяжелых заболеваний, в первую очередь, ДЦП. Особое воздействие иппотерапии на ребенка с ДЦП заключается в стимулировании развития двигательных рефлексов. Лечебная верховая езда делится на иппотерапию и реабилитационную верховую езду. Противопоказаниями для применения иппотерапии являются остеопороз, остеомиелит, гемофилия, эпилепсия, заболевания почек и аллергические реакции.

Целями иппотерапии является формирование душевного равновесия, социальная адаптация, мотивация активного образа жизни, наращивание позитивного мышления и положительных эмоций. Лечебная программа подбирается в соответствии с заболеванием.

3. ОСВІТНІ АСПЕКТИ ЗБЕРЕЖЕННЯ, ЗМІЦНЕННЯ, ФОРМУВАННЯ І ВІДНОВЛЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

УДК 378.04:316.61

НАУКОВО-ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ БЕЗБАР'ЄРНОЇ ОСВІТИ СТУДЕНТІВ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

Юрій Бойчук

*Харківський національний педагогічний університет імені Г. С. Сковороди,
Харків, Україна
yurij.boychuk@gmail.com*

Udowodniono konieczność opracowania oraz zatwierdzenia w ośrodkach akademickich dokumentów normatywnych, które pozwolą na realizację nauczania włączającego oraz uzyskanie wykształcenia wyższego przez osoby o specjalnych potrzebach edukacyjnych.

Słowa kluczowe: wyższe wykształcenie, osoby o specjalnych potrzebach edukacyjnych.

Суспільство та держава зобов'язані дати можливість кожній людині, незалежно від її потреб та інших обставин, повністю реалізувати свій потенціал, приносити користь суспільству і стати повноцінним його членом. Наше сьогодні - це зміна ціннісних орієнтацій в освіті, визнання розмаїття й унікальності кожної людини. Зазначене свідчить про необхідність в сучасних умовах реалізації інклюзивної моделі навчання здобуття вищої освіти людьми з обмеженими можливостями в Україні, враховуючи, що використання їхнього інтелектуального ресурсу сприятиме підвищенню рівня розвитку економіки України.

У зв'язку з цим, мають бути визначені науково-організаційні засади забезпечення особам з особливими освітніми потребами рівного доступу до якісної вищої освіти шляхом організації інклюзивного навчання та створення для них оптимального інклюзивного освітнього середовища, а саме: забезпечення права вільного вибору вищого навчального закладу та форми навчання; поєднання освітнього процесу з індивідуальними корекційно-реабілітаційними заходами; формування у студентів та викладачів гуманного ставлення до людей з обмеженими можливостями, розуміння їхніх проблем; розробка адаптованого під різні нозології інвалідності навчально-методичного

забезпечення, зокрема розробка відповідного інструментарію та контенту для дистанційного навчання; збереження і зміцнення фізичного, психічного, соціального та духовно-морального здоров'я; підвищення якості освітнього процесу та сприяння ефективному здобуттю професії; залучення студентського самоврядування для організації волонтерської служби допомоги студентам з особливими освітніми проблемами; організація взаємодії вищого навчального закладу з місцевими органами виконавчої влади, державними та недержавними установами (громадськими організаціями, фондами тощо), які працюють у сфері медико-соціального реабілітування, освіти та працевлаштування осіб з інвалідністю.

У кожному вищому навчальному закладі має бути створено Інклюзивний центр, мета якого – визначення індексу інклюзії, що характеризує ступінь готовності вищого навчального закладу до інклюзивного навчання; створення спеціальних освітньо-реабілітаційних умов та системи комплексного супроводу (правового, корекційно-реабілітаційного, психологічного, соціального, медичного, валеологічного, спортивно-фізкультурного, архітектурно-середовищного, матеріально-технічного тощо), які спрямовані на забезпечення цілісного розвитку та творчої самореалізації студентів з особливими освітніми потребами. Фахівці Інклюзивного центру (корекційні та соціальні педагоги, валеологи, психологи, медики) повинні для особливого студента на засадах диференційованого підходу розробити індивідуальну навчально-реабілітаційну програму на основі підбору оптимальних форм, методів і засобів навчання та індивідуальних корекційно-реабілітаційних заходів, забезпечити його поетапну адаптацію до освітнього середовища вищого навчального закладу. До завдань Інклюзивного центру входять також консультації для працівників деканатів, завідувачів кафедр, кураторів, викладачів з питань кваліфікованого планування, організації та моніторингу навчально-реабілітаційної роботи зі студентами з особливими освітніми потребами.

У кожному вищому навчальному закладі повинні бути розроблені та затверджені наступні нормативні документи: Положення про прийом до вищого навчального закладу осіб з особливими освітніми потребами; Положення про організацію інклюзивного навчання студентів з особливими освітніми потребами; Положення про Інклюзивний центр; Положення про індивідуальний навчально-реабілітаційний план студента з особливими освітніми потребами.

УДК: 378.013+613.11+611.672+612.06

ЗНАЧЕННЯ СПОСОБУ ЖИТТЯ У ЗМІЦНЕННІ ЗДОРОВ'Я ТА РОЗШИРЕННІ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РЕЗЕРВІВ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Іван Самокиш

Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова,

Київ, Україна

samokih@i.ua

The importance of the way of life in strengthening health and expanding the functional reserves of student youth. Analysis of scientific and methodological literature has shown that the way of life is a key factor in the direction of strengthening health and expanding the functional capabilities of students in particular and the person as a whole. The positive impact of the way of life on human health is assessed in different ways. The specific weight of the corresponding factor in the total sum of factors that have a positive effect ranges from 50 to 80%. At the same time, in our opinion, this distribution in terms of the level of influence of health factors in our country and other countries of the world is rather conditional. The key criteria can be: the standard of living, the level of citizens' safety, the state of health, natural and climatic conditions, etc. There is also no common opinion in understanding the term "healthy lifestyle" and its key components. Understanding by students of our country the importance of a way of life as the main component of health is at a low level, as evidenced by a large number of studies.

Keywords: health, way of life, healthy way of life, functional reserves, students.

Znaczenie sposobu życia w celu wzmocnienia zdrowia i rozszerzenia rezerw funkcjonalnych młodzieży studenckiej. Analiza literatury naukowej i metodycznej wykazała, że sposób życia jest kluczowym czynnikiem w kierunku wzmocnienia zdrowia i rozszerzania funkcjonalnych możliwości studentów, a zwłaszcza osoby jako całości. Pozytywny wpływ stylu życia na zdrowie człowieka ocenia się na różne sposoby. Specyficzna masa odpowiedniego czynnika w całkowitej sumie czynników, które mają pozytywny wpływ waha się od 50 do 80%. Jednocześnie, naszym zdaniem, ta dystrybucja pod względem poziomu wpływu czynników zdrowotnych w naszym kraju i innych krajach na świecie jest raczej warunkowa. Podstawowymi kryteriami mogą być: poziom życia, poziom bezpieczeństwa obywateli, stan zdrowia, warunki naturalne i klimatyczne, itd. Nie ma też wspólnej opinii w rozumieniu terminu "zdrowy styl życia" i jego kluczowych elementów. Zrozumienie przez uczniów naszego kraju znaczenia sposobu życia jako głównego składnika zdrowotnego jest na niskim poziomie, czego dowodem jest duża liczba badań.

Słowa kluczowe: zdrowie, sposób życia, zdrowy styl życia, rezerwy funkcjonalne, studenci.

Найголовніша роль в збереженні і формуванні здоров'я та розширенні резервних можливостей належить самій людині, а не рівню розвитку медицини або умовам життя [9; 10]. Саме спосіб життя людини, його ціннісні орієнтири і установки, ступінь гармонізації його поведінки в соціумі – і є основними складовими, які визначають здоров'я. Ключовим напрямком в зміцненні здоров'я повинна бути свідома, цілеспрямована робота самої людини по розширенню функціональних можливостей, прийняття на себе відповідальності за власне здоров'я, коли здоровий спосіб життя стає звичкою. У наш час значна частина студентської молоді зневажливо і безвідповідально ставиться до свого здоров'я та здоров'я оточуючих. Більшість студентів в повній мірі не розуміють, якої шкоди для здоров'я надають вживання наркотиків, паління і розпивання алкогольних напоїв, і який негативний вплив здійснюють шкідливі звички на життя суспільства. Недооцінюється також роль здоров'я підрастаючого покоління для соціально-економічного розвитку країни і для виживання нації. В цілому у молоді не розвинена потреба у веденні здорового способу життя, не сформовано стиль поведінки, що забезпечує здоров'я. Тому вивчення проблем формування здорового способу життя, а також вивчення взаємозв'язків способу життя та інших складових здоров'я студентської молоді, є актуальним на сьогоднішній день.

Мета: визначити стан висвітлення в науково-методичній літературі питання впливу способу життя на рівень здоров'я і функціональних резервів студентів.

Результати. У статуті Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) [15], прийнятому на Міжнародній конференції з охорони здоров'я, що проходила в Сполучених Штатах Америки (Нью-Йорк) з 19 червня по 22 липня 1946 р., і підписаного представниками 61 країни світу, *здоров'я є станом повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів*. Це визначення базується на уявленні про цілісність організму та його компонентів, які характеризують можливості й здібності особистості задовольняти свої біологічні, духовні та соціальні потреби при досконалій адаптації до зовнішніх екологічних і соціальних умов [1]. Згідно з висновком експертів ВООЗ, якщо прийняти рівень здоров'я за 100%, то стан здоров'я лише на 10% залежить від діяльності системи охорони здоров'я, на 20% – від спадкових факторів, на 20% – від стану навколишнього середовища. А решта 50% залежать від самої людини (спосіб життя).

Результати багаторічних досліджень групи вчених під керівництвом академіка Ю.П.Лісіцина показали, що провідні фактори здоров'я у відсотковому вираженні співвідносяться таким чином [9; 10]: спосіб життя людини – на 50-55% визначає стан його здоров'я; екологічні фактори – на 20-25% впливають на здоров'я людини; біологічні фактори – на 15-20%

визначають стан здоров'я; медичні фактори – на 8-10% впливають на здоров'я людини.

Інші вчені вважають, що співвідношення факторів стану здоров'я людини має такі значення [4]: біологічні та психологічні властивості особистості (спадковість, темперамент, тип вищої нервової діяльності) – на 15-20% визначають здоров'я; соціально-економічні та політичні чинники (охорона здоров'я, стан його служб, кадрів, доступність ліків, рівень медичної науки, умови праці та життя) – на 10-15% впливають на здоров'я; фактори навколишнього середовища (стан повітря, води, їжі, шум, відносини в навчальному, робочому колективі, в сім'ї, телебачення, темпи соціальних змін в суспільстві і т.д.) – на 20% впливають на здоров'я; спосіб життя (категорії: економічна (рівень життя), соціологічна (якість життя), соціально-психологічна (стиль життя)) – на 50-80% впливають на здоров'я.

Дослідження, проведені в США [13], показали, що питома вага факторів, що впливають на здоров'я, така: вплив способу життя склало 51,2%; біології людини і його спадковості – 20,5%; зовнішнього середовища і природно-кліматичних умов – 19,9%; охорони здоров'я – 8,5%.

Інші вважають [12], що здоров'я людей залежить на 50-55% саме від способу життя, на 20% – від навколишнього середовища, на 18-20% – від генетичної схильності, і лише на 8-10% – від охорони здоров'я.

Також, на думку деяких дослідників [53], здоров'я людини залежить, у першу чергу: від способу життя – на 60 %; від навколишнього середовища – на 20 %; від медицини – на 8 %.

Очевидно, що спосіб життя – як спосіб існування, заснований на взаємодії між умовами життя і конкретними моделями поведінки індивіда, є ключовим фактором, від якого залежить здоров'я кожної людини. Проте, розподіл факторів здоров'я за рівнем впливу, на нашу думку, є достатньо умовним. Наприклад, в економічно відсталіх країнах з нерозвиненою охороною здоров'я, низьким рівнем життя, складними умовами праці та відпочинку, значення відповідних чинників може збільшитися в декілька разів у порівнянні з вище наведеними. Природно-кліматичні умови на земній кулі відрізняються істотною різноманітністю, їх вплив не може бути однозначним, як для народів, які проживають у відносно «комфортних» кліматичних умовах, так і для людей, що мешкають в пустелях Африки та Азії і на рівні субарктичного та арктичного поясів Євразії та Північної Америки. Також, в деяких регіонах світу, де проходять різні локальні та регіональні військові конфлікти, рівень випадкових смертей від застосування зброї, смертей від голоду та виснаження надто високий і, в основному, не залежить від здорового способу життя.

В статуті ВООЗ [15] наведено, що уряди несуть відповідальність за здоров'я своїх народів, і ця відповідальність вимагає прийняття відповідних

заходів соціального характеру в галузі охорони здоров'я. На думку основоположника валеології І. Брехмана [3] саме здоров'я людей повинно служити головною «візитною карткою» соціально-економічної зрілості, культури й успіху держави. Запорукою здорової і успішної нації є, перш за все, здоров'я молоді в тій чи іншій державі.

ВООЗ у 2003 році визначила стратегічні напрямки поліпшення здоров'я і розвитку дітей і підлітків [14]. Так, у додатку 1 – «Практичні дії для охорони здоров'я дітей і підлітків за етапами з моменту народження до віку 19 років» визначено, що пріоритетним напрямом для здійснення практичних дій у підлітковому віці (до 19 років), є сприяння здоровому розвитку та способу життя, що включає: відповідний раціон харчування; регулярне фізичне навантаження; гігієну порожнини рота; відстрочку початку статевого життя. Виходячи з стратегічних напрямків поліпшення здоров'я дітей та підлітків, очевидно, що ключовим завданням кожної країни світу є сприяння здоровому способу життя.

Остаточного поняття як «здоровий спосіб життя» однозначно поки ще не визначено. Одним з поширених визначень поняття «здоровий спосіб життя» – це спосіб життя людини, спрямований на профілактику хвороб і зміцнення здоров'я [7].

Але, це визначення не враховує ключового взаємозв'язку між ефективністю здорового способу життя та рівня функціональних резервів організму людини. Тому ми додержуємося таких формулювань, де рівень функціональних резервів та адаптаційні можливості є ключовими характеристиками здорового способу життя.

За твердженням Ю.П. Лісіцина [10] поняття здорового способу життя – це типові і істотні для даної суспільно-економічної формації форми життєдіяльності людей, що зміцнюють адаптивні можливості організму людини, що сприяють повноцінному виконанню ним соціальних функцій і досягнення активного довголіття.

На думку Б.Н. Чумакова [18], здоровий спосіб життя – це типові форми і способи повсякденного життя людини, які зміцнюють і вдосконалюють резервні можливості організму, забезпечуючи тим самим успішне виконання своїх соціальних і професійних функцій, незалежно від політичних, економічних і соціально-психологічних функцій.

Заслугує уваги, відповідно до сучасних уявлень, таке визначення поняття здорового способу життя – це типові форми і способи повсякденної життєдіяльності людини, які зміцнюють і вдосконалюють адаптаційні (приспосувальні) і резервні можливості організму, що забезпечує успішне виконання соціальних і професійних функцій [2].

Щодо поняття здорового способу життя студентської молоді В.А. Максимович і співавтори вкладають в нього такий зміст [11]. Здоровий

спосіб життя відображає узагальнену типову структуру форм життєдіяльності студентів, для якої характерна єдність і доцільність процесів самоорганізації та самодисципліни, саморегуляції і саморозвитку, спрямованих на зміцнення адаптивних можливостей організму, повноцінну самореалізацію своїх сутнісних сил, здібностей в загальнокультурному і професійному розвитку, життєдіяльності в цілому.

Основними складовими здорового способу життя прийнято вважати [6]: режим праці і відпочинку; організацію сну; режим харчування; організацію рухової активності; виконання вимог санітарії, гігієни, загартовування; профілактику шкідливих звичок; культуру міжособистісного спілкування; психофізичну регуляцію організму; культуру сексуальної поведінки.

Зміст здорового способу життя студентів має деякі особливості та відображає результат поширення індивідуального або групового стилю поведінки, спілкування, організації життєдіяльності, закріплених у вигляді зразків до рівня традиційного. Основними елементами здорового способу життя студентів виступають [11]: дотримання режиму праці та відпочинку; дотримання режиму харчування і сну; дотримання гігієнічних вимог; організація індивідуального доцільного режиму рухової активності; відмова від шкідливих звичок; культура міжособистісного спілкування; змістовне дозвілля.

Зарубіжні автори [20] вважають, що спосіб життя студентів залежить, перш за все, від: режиму праці та відпочинку; організації сну; режиму харчування; рухової активності; дотримання особистої гігієни; профілактики шкідливих звичок; забезпечення міжособистісного спілкування.

На думку студентів, роль способу життя, найвпливовішого фактору здоров'я, дещо нижча ніж за результатами більшості досліджень експертів, що в свою чергу характеризує пасивне ставлення студентів до свого здоров'я, применшуючи вплив способу життя.

Так, розглядаючи ставлення студентів до власного здоров'я, за даними письмового самоаналізу, вченими було встановлене таке співвідношення факторів здоров'я у відсотковому вираженні [4]: соціально-економічні – 13,2%; біологічні фактори – 15,8%; навколишнє середовище – 23,5%; спосіб життя – 47,4%. Результати іншого анкетування студентів показують подібну тенденцію [16]: вплив зовнішнього середовища і природно-кліматичних умов – 10%; вплив генетичної біології людини – 20%; вплив охорони здоров'я – 30%; вплив способу життя – 40%.

В той же час, для сучасної молоді нашої країни, значущість здорового способу життя за даними соціологічного дослідження «Молодь України-2015», ще нижча [17], так дотримання здорового способу життя є значущим для 19% загалу опитаних. Із збільшенням віку цінність здоров'я підвищується: здоровий спосіб життя є цінністю для 14% молоді віком 14 – 19 років, а у віковій когорті 30–34 років цей показник становить 23%. Щодо гендерних особливостей, то

для молодих жінок цінності, пов'язані із здоров'ям є більш пріоритетними, ніж для чоловіків (23% проти 16%).

Здоровий спосіб життя в нашій країні не є важливою складовою нормою серед молоді. За даними Щорічної доповіді Президенту України, Верховній Раді України про становище молоді (за підсумками 2014 р.) [65], у значній частини підлітків ще й досі не сформована культура здорового дозвілля: 99,5% підлітків значний час приділяють роботі на комп'ютері, 82,8% – спілкуванню з друзями, 72,3% – перегляду фільмів, 56,6% – виконанню домашніх завдань, 48,7% – іграм. Водночас, на відкритому повітрі менше однієї години перебувають 23,9% і лише 20% займаються фізичною культурою.

Низький інтерес щодо фізичної культури, яка являється основою формування здорового способу життя, проявляють також студенти [8]. Так, дані досліджень показують, що більша частина студентів (70,8%) недооцінюють значення у своєму житті фізичної культури і спорту, 48,9% з них вважають, що фізична культура є засобом для збереження здоров'я; 3,5% – марною тратою часу. І тільки 29,2% студентів мають уявлення про те, що «фізична культура є сферою всебічного і гармонійного розвитку особистості».

Обговорення. Таким чином, проведені дослідження спеціалістами ВООЗ та провідними вченими у напрямі визначення впливу різних внутрішніх і зовнішніх факторів на здоров'я людини показали, що спосіб життя є ключовим фактором здоров'я, вплив якого в процентному співвідношенні у порівнянні з іншими факторами перебуває в діапазоні 50-80%. В той же час, розподіл факторів здоров'я за рівнем впливу в кожній країні світу є достатньо умовним, що залежить від рівня життя, умов праці та рівня безпеки громадян, стану охорони здоров'я, природньо-кліматичних умов та ін. Також не існує єдиної думки в розумінні термінів «спосіб життя» і «здоровий спосіб життя» та їх ключових складових.

Розуміння студентами важливості способу життя як основної складової здоров'я знаходиться на низькому рівні, про що свідчать дані анкетування, лише 40-47% опитуваних вважають спосіб життя пріоритетним фактором, який впливає на рівень здоров'я. Масштабні соціологічні дослідження учнівської та студентської молоді нашої країни показують ще нижчу значущість здорового способу життя на рівні 17-19%. В доповіді Президенту України, Верховній Раді України про становище молоді теж наведені негативні данні щодо рівня сформованості культури здорового дозвілля підлітків, де найбільша частина дітей підліткового віку (99,5%) у вільний час приділяють роботі на комп'ютері, та лише 20% опитаних займаються фізичною культурою. Згідно соціологічного опитування переважна кількість студентів (70,8%) недооцінюють значення у своєму житті фізичної культури і спорту, як важливої складової здорового способу життя.

Висновки. Виходячи з вище наведеного, виникає потреба в посиленні роботи у напрямі виховання відношення до здорового способу життя в закладах освіти, в тому числі у вищих навчальних закладах. На наш погляд, потрібно, перш за все, здійснювати практичні дії щодо залучення учнів та студентів до здорового способу життя за допомогою регулярних фізичних навантажень, підняття престижу занять спортом, а також формування сфери дозвілля, яка не тільки буде сприяти веденню здорового способу життя, а й стане доступною і привабливою для сучасної молоді, стане сферою, що надає широкі можливості для самореалізації.

Література

1. Айзман Р.И. Мониторинг здоровья учащихся, студентов и преподавателей: теоретические и прикладные аспекты / Р.И. Айзман // Здоровьесберегающее образование. – 2009. – № 2. – С. 14–19.
2. Бароненко В.А. Здоровье и физическая культура студента: учеб. пособие / В.А. Бароненко, Л.А. Рапопорт. – М.: Альфа-М: ИНФРА-М, 2012. – 336 с.
3. Вайнер Э.Н. Валеология: Учебник для вузов / Э.Н. Вайнер. – М.: Флинта: Наука, 2001. – 416 с.
4. Голубева Г.Н. Внешние и внутренние факторы риска здоровья студентов / Г.Н. Голубева, А.И. Голубев // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 8-4. – С. 909-912.
5. Гусев Е.И. Неврология: Национальное руководство / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова, А.Б. Гехт. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1040 с.
6. Давиденко Д.Н. Здоровье и образ жизни студентов: Учебное пособие / Д.Н. Давиденко, Ю.Н. Щедрин, В.А. Щеголев. – СПб: СПбГУ ИТМО, 2005. – 124 с.
7. Здоровый способ жизни [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/Здоровый_образ_жизни
8. Козлов В.И. Педагогические технологии определения прогрессирующего дефицита двигательной активности студентов / В.И. Козлов, О.В. Глухова, И.П. Куликов // Культура физическая и здоровье. – Воронеж, 2007, вып. 4 (14). – С. 23-26.
9. Лисицын Ю.П. Здравоохранение в XX веке: монография / Ю.П. Лисицын. – М.: Медицина, 2002. – 216 с.
10. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для вузов / Ю.П. Лисицын. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с.
11. Максимович В.А. Организационно-методическое обеспечение физического воспитания студентов на основе видов двигательной активности: Пособие по курсу «Физическая культура» для студентов непрофильных специальностей / В.А. Максимович, В.А. Коледа, С.К. Городилин. – Гродно: ГрГУ им. Я. Купалы, 2012. – 319 с.
12. Нистрян Д.У. Некоторые вопросы здоровья человека в условиях научно-технического прогресса / Д.У. Нистрян // Здоровый образ жизни. Социально-философские и медико-биологические проблемы. – Кишинев, 1991. – С. 40-63.

13. Основы здорового образа жизни студентов [Электронный ресурс]. – Режим доступа:http://studme.org/195704114084/meditsina/osnovy_zdorovogo_obraza_zhizni_studentov
14. Стратегические направления улучшения здоровья и развития детей и подростков [Электронный ресурс]. – Режим доступа:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67710/4/WHO_FCH_SAH_02.21_rus.pdf
15. Устав (Конституция) Всемирной Организации Здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа:<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf>
16. Факторы, влияющие на здоровье человека в современных условиях [Электронный ресурс]. – Режим доступа:<http://ea.donntu.org/handle/123456789/31366>
17. Ціннісні орієнтації сучасної української молоді Щорічна доповідь Президенту України, Верховній Раді України про становище молоді в Україні (за підсумками 2015 року) [Електронний ресурс]. – Режим доступу:http://dsmsu.gov.ua/media/2016/11/03/22/Shorichna_dopovid.pdf
18. Чумаков Б.Н. Валеология: Учеб. пособие. – 2-е изд. испр. и доп. / Б.Н. Чумаков. – М.: Педагогическое общество России, 2000. – 407 с.
19. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<http://www.uiph.kiev.ua/download/Vidavnictvo/Shchorichna.2016.pdf>
20. Giordano P.J. Your Graduate Training in Psychology: Effective Strategies for Success / P.J. Giordano, S.F. Davis, C.A. Licht. – 2011. – 135 p.

УДК 378.017:613.97

АНАЛІТИКО-РЕФЛЕКСИВНИЙ КОМПОНЕНТ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ

Ірина Авдєєнко

*Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Харків, Україна
i.m.avdeenko@karazin.ua*

Przeprowadzono analizę analitycznego i refleksyjnego komponentu kultury zdrowia. Zauważono, iż rozwój zdrowia samoświadomości obronnej nierozłącznie powiązany z kwestią wyboru punktu orientacyjnego. Takim punktem orientacyjnym jest system zdrowia wartości ochronnych.

Słowa kluczowe: analityczny i refleksyjny komponent, kultury zdrowia.

Вивчення проблеми розвитку культури здоров'я передбачає здійснення аналізу і конкретизацію основних дефініцій, що складають понятійно-термінологічний апарат педагогічного дослідження.

Культура здоров'я завжди відбиває особисті якості конкретної людини і виявляється насамперед у здоров'язбережувальній діяльності, яка має особистісне значення, універсальний зміст, тобто може бути застосована при розв'язанні широкого кола особистісних і професійних ситуацій.

Мета – проаналізувати аналітико-рефлексивний компонент культури здоров'я.

Методи і результати. Спираючись на принципи єдності свідомості й діяльності, розуміння сутності педагогічної діяльності та її основних складників визначено зміст структурних компонентів культури здоров'я студентів, а саме: ціннісно-мотиваційний; змістово-поведінковий; аналітико-рефлексивний.

Особливості кожного з цих компонентів визначаються специфікою цього виду культури і носять умовний характер, оскільки в реальному процесі професійної підготовки студентів вони формуються комплексно. Але все ж таки ми зупинимось на аналітико-рефлексивному компоненті.

Аналітико-рефлексивний компонент культури здоров'я студентів передбачає розвиненість здатності до аналізу й самоаналізу сформованості культури здоров'я, самоконтролю і самооцінки студентом власної здоров'язбережувальної поведінки, її осмислення, саморегуляції.

Рефлексивні механізми діють при утворенні основних і допоміжних цілей, уточненні, попередній оцінці цілей і засобів для їх досягнення, реалізації, перевірці адекватності результатів, корекції та оцінці кінцевих результатів. Рефлексія бере участь у переосмисленні особистісних цілей, мотивів, ціннісних орієнтацій, прагнень, оцінці можливостей тощо. Завдяки функціонуванню рефлексивних механізмів учитель має змогу не лише зрозуміти і проаналізувати суб'єктні основи власної діяльності, а й зорієнтувати інших осіб у їхніх цілях, мотивах, прагненнях тощо.

Важливими компонентами аналітико-рефлексивного компонента культури здоров'я студента є вміння й навички самоосвіти. Їхня система містить такі структурні елементи: уміння і навички визначати свою глибину сформованості наукових здоров'язбережувальних понять, взаємозв'язку між ними; уміння зіставляти їх з об'єктивною реальністю; розуміння відносності здоров'язбережувальних знань і необхідності поповнення їх шляхом систематичного пізнання; уміння і навички професійно працювати з основними джерелами інформації зі здоров'язбережувальним змісту (книги, бібліографічні системи; автоматизовані інформаційно-пошукові засоби, радіо, телебачення, спеціалізовані лекторії тощо; уміння орієнтуватися в обсязі здоров'язбережувальної інформації, сучасних здоров'язбережувальних технологіях, можливість його фіксування тощо; організаційно-управлінські вміння і навички (прогнозувати і виконувати завдання самоосвіти, планувати свою роботу і створювати для неї сприятливі умови, здійснювати самоконтроль і самоаналіз результатів); уміння і навички використовувати

логічні прийоми мислення (аналізувати, синтезувати, порівнювати, абстрагувати, узагальнювати, міркувати, установлювати причинно-наслідкові зв'язки між фактами, процесами і явищами відповідно до законів логіки.

Висновок. Отже, розвиток здоров'язбережувальної самосвідомості нерозривно пов'язане з проблемою вибору орієнтирів, на які студент міг би спиратися у своїй діяльності. Таким орієнтиром виступає система здоров'язбережувальних цінностей, у якій зафіксовані унікальність людини і її здоров'я. Оцінка відіграє у процесі інтеріоризації цих цінностей роль регулятора психічних процесів.

УДК 378.147:378.17

ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ВЧИТЕЛІВ ХІМІЇ

Кочерга Є.В.

*Інститут вищої освіти Національної академії педагогічних наук України,
Київ, Україна
blago-2013@ukr.net*

The article outlines the main pedagogical conditions of formation of health-saving competence of future chemistry teachers, which play a special role in the professional training process. They are organizational-pedagogical, psychological-pedagogical and methodical conditions.

Keywords: Health-saving competence, pedagogical condition, future chemistry teacher.

W artykule przedstawiono główne pedagogiczne warunki powstawania zdrowie-zachowując kompetencji przyszli nauczyciele chemii, które odgrywają szczególną rolę w procesie szkolenia zawodowego. Są to warunki organizacyjno-pedagogiczne, psychologiczne-pedagogiczne i metodyczne.

Słowa kluczowe: Zdrowie-zachowując kompetencji, pedagogiczne warunki, przyszli nauczyciele chemii.

Здоров'я є найбільшою людською цінністю. Але, на жаль, у більшості випадків воно починає цінуватися вже тоді, коли втрачене. Тому, головною задачею педагогів є навчати підростаюче покоління цінувати здоров'я та вміти його берегти та зміцнювати. А для цього самі педагоги повинні здійснювати здоров'язбережувальну професійну діяльність, вести здоровий спосіб життя та бути прикладом для своїх вихованців. Адже, за словами Джеймса Болдуїна, діти майже ніколи не слухаються дорослих, але старанно їх наслідують.

Отже, під час професійної підготовки майбутніх учителів, зокрема і вчителів хімії, необхідно звертати увагу на формування у них

здоров'язбережувальної компетентності. Ефективність формування цієї компетентності залежить від створення конкретних педагогічних умов. Таким чином, визначення педагогічних умов формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх вчителів хімії є актуальною проблемою, яка потребує вирішення.

Мета: визначити та розкрити педагогічні умови формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх вчителів хімії під час їх професійної підготовки.

Методи: порівняльний і системний аналіз психолого-педагогічної та методичної літератури з теми дослідження.

Результати. Питанням формування різних аспектів здоров'язбережувальної компетентності майбутніх вчителів (зокрема, формуванню здорового способу життя, культури здоров'я, використання здоров'язбережувальних педагогічних технологій) присвячено праці В. Бобрицької, Д. Вороніна, В. Єфімової, Г. Жарої, О. Марків, Л. Соколенко та багатьох інших.

У Великому тлумачному словнику сучасної української мови поняття «умови» визначено, як «необхідні обставини, особливості реальної дійсності, які уможливають здійснення, створення, утворення чого-небудь або сприяють чомусь» [4, с. 1295], а поняття «педагогічний» визначено, як «такий, що відповідає правилам, установленим поняттям, вимогам педагогіки [4, с. 713]. У енциклопедичному словнику визначено поняття «умова», як філософську категорію, у якій відображаються універсальні відношення речі до тих факторів, завдяки яким вона виникає та існує. Завдяки наявності відповідних умов властивості речей переходять із можливості в дійсність» [9, с. 482].

С. Гончаренко визначає педагогічні умови, як обставини, за яких навчальні дисципліни, методика їх викладання, навчання і виховання подані в найкращих взаємозв'язках, що дає можливість плідно викладати, з одного боку, а з іншого – успішно навчатися [6]. Є. Хриков під педагогічними умовами розуміє «обставини, які обумовлюють певний напрямок розвитку педагогічного процесу; сукупність об'єктивних можливостей змісту, форм, методів, прийомів, засобів педагогічної діяльності» [10, с. 12].

У контексті формування здоров'язбережувальної компетентності погоджуємося з визначеннями педагогічних умов, які наведені у працях Н. Башавець (педагогічні умови – це обставини, що впливають на формування культури здоров'язбереження як світоглядної орієнтації, й урахування яких необхідне для підвищення ефективності цього процесу) [2, с. 255] та Т. Осадченко (педагогічні умови – це сукупність форм, методів і засобів освітнього середовища, що сприяє ефективності підготовки майбутнього вчителя до створення здоров'язбережувального середовища школи) [8, с.

230]. Цікавим, на нашу думку, є визначення педагогічних умов, представлене у дослідженні Т. Андрющенко: педагогічні умови – це сукупність внутрішніх і зовнішніх чинників, які забезпечують ефективність і результативність процесу формування здоров'язбережувальної компетентності. До зовнішньої складової педагогічних умов відноситься комплекс форм, методів, прийомів, засобів, а також зміст навчання; внутрішньою складовою визначається рівень мотивації, сформованість інтересу, потреб, ціннісних орієнтацій, ціннісного ставлення до власного здоров'я та здоров'я оточуючих [1].

Отже, аналіз досліджень з даної тематики свідчить про значний інтерес науковців до проблеми визначення поняття про педагогічні умови. Але досліджень щодо визначення педагогічних умов формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх вчителів хімії, на нашу думку, не достатньо для повного вирішення цієї проблеми.

Таким чином, єдиного підходу до розуміння поняття про педагогічні умови у сучасній науці не існує. Тому, на основі, аналізу досліджень з цієї тематики, ми визначаємо, що педагогічні умови формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх вчителів хімії – це сукупність форм, методів, засобів та змісту навчання, які впливають на якість освітнього процесу і складають оптимальне освітнє середовище для засвоєння майбутніми вчителями хімії знань, умінь і навичок здоров'язбережувальної діяльності на основі мотиваційно-ціннісного ставлення до здоров'я та в кінцевому результаті підвищують рівень сформованості здоров'язбережувальної компетентності майбутнього вчителя хімії.

В. Бобрицька у своєму дослідженні визначає наступні педагогічні умови формування здорового способу життя у майбутніх учителів у процесі вивчення природничих наук: мотиваційне забезпечення діяльності студента, що ґрунтується на пізнавальній активності, діалогічності, креативності, практичній значущості навчального процесу для кожного суб'єкта діяльності та вільному виборі його позиції; використання у процесі реалізації навчально-виховних цілей вищої педагогічної школи предметного поля природничих дисциплін, зміст яких становить методологічне, теоретичне і прикладне підґрунтя дотримання здорового способу життя студентів, формування їх професійної компетентності; орієнтація процесу вивчення природничих дисциплін на суб'єктну позицію студента як носія індивідуального досвіду і способу життя; реалізація у процесі вивчення природничих дисциплін принципів пріоритетності гуманістичних цінностей, демократизму, індивідуалізації, самопізнання та саморозвитку; цілісність, безперервність процесу формування системи знань, умінь і навичок організації здорової життєдіяльності студентів; залучення студентів у процесі вивчення природничих дисциплін до діяльності, яка моделює їх майбутню професійну працю [3, с. 263-264].

В. Цись виокремлює наступні умови застосування здоров'язбережувальних технологій у навчальному процесі ВНЗ: психолого-педагогічні (практична спрямованість навчання, здійснення його проблемного характеру, індивідуально-диференційований підхід, спрямованість на розвиток здоров'язбережувальної компетентності) й організаційно-методичні (міждисциплінарний і суб'єктно-діяльнісний підходи на заняттях, проведення моніторингу та рефлексії під час навчання та корекція роботи відповідно до їх результатів) умови. Вони спрямовані на розвиток здоров'язбережувальної компетентності педагога як необхідної складової для виконання соціального замовлення на розвиток здорової особистості [11, с. 15].

Також цікавою, на нашу думку є класифікація педагогічних умов, запропонована С. Моркотун, яка виокремлює суб'єктивні внутрішньо особистісні (психологічні) та об'єктивні зовнішні (дидактичні, методичні, комунікативні, організаційні) умови [7, с. 121].

Отже, однозначного підходу до класифікації педагогічних умов у сучасній науці також немає. Тому, взявши за основу дослідження Т. Веретенко та М. Лехолетової [5, с. 90], ми визначаємо такі групи педагогічних умов формування здоров'язбережувальної компетентності майбутнього вчителя хімії: психолого-педагогічні умови; організаційно-педагогічні; методичні.

До психолого-педагогічних умов відносяться: формування психологічної готовності до обраної професії; переконлива усвідомленість майбутніми вчителями вагомості здоров'язбережувальної компетентності; реалізація суб'єкт-суб'єктних відносин між викладачем і студентами; активізація самоосвіти майбутніх вчителів щодо здоров'я збереження в освітньому процесі; створення сприятливого, емоційно-комфортного освітнього середовища для формування здоров'язбережувальної компетентності; дотримання особистісно орієнтованого підходу в організації навчально-виховного процесу у ВНЗ.

До організаційно-педагогічних умов відносяться: оновлення змісту професійної підготовки майбутніх вчителів теоретичними і практичними питаннями, спрямованими на формування здоров'язбережувальної компетентності; надання студентам можливості розвитку і застосування значимих здоров'язбережувальних умінь та якостей під час навчання; підвищення професійної компетентності професорсько-викладацького складу з питань здоров'язбережувальної діяльності, формування культури здоров'я; дотримання валеологічного та діяльнісного підходів в організації навчально-виховного процесу у ВНЗ.

До методичних умов формування здоров'язбережувальної компетентності відносяться: впровадження здоров'язбережувальних

технологій у навчально-виховний процес ВНЗ, використання досвіду діяльності педагогів і наукових шкіл, які вивчають здоров'язбережувальну діяльність; проведення моніторингу та рефлексії під час навчання і корекція роботи згідно з її результатами; дотримання компетентнісного підходу, спрямованого на формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх вчителів хімії під час їх професійної підготовки.

Таким чином, у контексті даної статті, ми практично повністю погоджуємося з визначенням педагогічних умов формування здоров'язбережувальної компетентності з результатами дослідження Т. Веретенко та М. Лехолетової. Але така класифікація та визначення педагогічних умов є не вичерпною і потребує розширення та доповнення.

Обговорення і висновки. Здоров'язбережувальна компетентність майбутніх вчителів хімії відноситься до ключових компетентностей, яку необхідно формувати під час професійної підготовки педагогів у ВНЗ. Для ефективного здійснення цього процесу необхідно створити конкретні педагогічні умови. Погоджуючись з результатами дослідження Т. Веретенко та М. Лехолетової, визначаємо, що до педагогічних умов формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх вчителів хімії належать психолого-педагогічні, організаційно-педагогічні та методичні умови. У подальших дослідженнях плануємо розширити та доповнити дані педагогічні умови.

Література

1. Андрищенко Т. К. Формування ціннісного ставлення до власного здоров'я в дітей старшого дошкільного віку : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08 / Т. К. Андрищенко. – Переяслав-Хмельницький, 2007. – 268 с.
2. Башавець Н. А. Теоретико-методичні засади формування культури здоров'язбереження як світоглядної орієнтації студентів вищих економічних навчальних закладів: дис. ... доктора пед. наук : 13.00.04 / Н. А. Башавець. – Одеса, 2012. – 556 с.
3. Бобрицька В. І. Теоретичні і методичні основи формування здорового способу життя у майбутніх учителів у процесі вивчення природничих наук: дис... д-ра пед. наук : 13.00.04 / В. І. Бобрицька ; Ін-т педагогіки і психології проф. освіти АПН України. – Київ, 2006. – 480 с.
4. Великий тлумачний словник сучасної української мови / [авт. – уклад. Бусел В.]. – Київ ; Ірпінь : Перун, 2001. – 1440 с.
5. Веретенко Т. Сутність і класифікація педагогічних умов формування здоров'язберігальної компетентності майбутніх соціальних педагогів і працівників / Т. Веретенко, М. Лехолетова // Наукові записки. Серія : педагогіка. – 2017. – № 1. – С. 85-92.
6. Гончаренко С. У. Методика навчання і наукових досліджень у вищій школі / С. У. Гончаренко. – Київ : Вища школа, 2003. – 323 с.
7. Моркотун С. Б. Класифікація педагогічних умов формування презентаційних умінь студентів магістратури у процесі професійної підготовки /

С. Б. Моркотун // Вісник Прикарпатського університету. Педагогіка. – Івано-Франківськ : Видавництво Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника, 2011. – Випуск XL. – Частина 3. – С. 120-123.

8. Осадченко Т. М. Використання здоров'язбережувальних технологій як педагогічна умова підготовки майбутнього вчителя початкової школи / Т. М. Осадченко // Витоки педагогічної майстерності. – Полтава : Вид-во ПНПУ імені В. Г. Короленка, 2015. – Вип. 15. – С. 229-233.

9. Український Радянський Енциклопедичний Словник : в 3-х т./ [Редкол.: А. В. Кудрицький (відп. ред.) та ін.]. – Київ : Голов. ред. УРЕ, 1987. – 736 с.

10. Хриков Є. М. Педагогічні умови як складова наукових знань / Є. М. Хриков // Шлях освіти. – 2011. – № 2 (60). – С. 11-15.

11. Цись В. В. Формування готовності вчителів у післядипломній освіті до застосування педагогічних здоров'язбережувальних технологій у початковій школі : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / В. В. Цись. – Чернігів, 2011. – 20 с.

УДК 378.147:378.17

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ СФОРМОВАНOSTI ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНЬОГО ВЧИТЕЛЯ ХІМІЇ

Є.В. Кочерга

*Інститут вищої освіти Національної академії педагогічних наук України,
Київ, Україна
blago-2013@ukr.net*

The article describes the essence of health-saving competence of the future chemistry teacher, its structure and the criteria of its formation, on the base of which we can identify high, sufficient, medium and low levels of its formation.

Keywords: health-saving competence, future chemistry teacher, criteria of formation, levels of formation.

W artykule przedstawiono istotę zdrowie-zachowując kompetencji oszczędzających na zdrowiu przyszłego nauczyciela chemii, jego struktury i kryteriów ich powstawania, na podstawie której możemy ustalić wysokie, wystarczające, średnie i niskie poziomy ich powstawania.

Słowa kluczowe: zdrowie-zachowując kompetencji, przyszły nauczyciel chemii, kryteria formacji, poziomy formacji.

Під здоров'язбережувальною компетентністю майбутнього вчителя хімії ми розуміємо інтегральну, динамічну риса особистості, засновану на поєднанні знань, умінь, цінностей і досвіду, що проявляється у здатності і готовності здійснювати здоров'язбережувальну діяльність у навчально-виховному

процесі з хімії, яка характеризується адекватною оцінкою власної поведінки, вчинків і поглядів оточуючих, у збереженні та реалізації власних здоров'язбережувальних позицій у різних, зокрема, несприятливих умовах, у ефективному використанні здоров'язбережувальних технологій на заняттях з хімії. Здоров'язбережувальна компетентність повинна формуватися впродовж періоду професійної підготовки майбутніх вчителів у ВНЗ. Для її формування необхідно створити та підтримувати певні педагогічні умови. А для з'ясування ефективності цього процесу необхідно проводити діагностику її сформованості.

Діагностику рівня сформованості здоров'язбережувальної компетентності необхідно проводити відповідно до певних критеріїв та показників, якими, на нашу думку, є: - ціннісно-мотиваційний (усвідомлення цінності здоров'я, сукупність мотивів до здоров'язбережувальної діяльності), - інформаційно-змістовий (сукупність знань про зміст понять здоров'язбережувальної педагогіки, теоретичне підґрунтя для формування знань про вплив хімії на здоров'я), - конативний (активність майбутніх вчителів хімії в оволодінні вміннями та навичками розробки індивідуальної оздоровчої програми й створення образу свого ставлення до здоров'я, здатність до ведення здорового способу життя), - операційно-діяльнісний (способи використання одержаної інформації для здійснення практичної здоров'язбережувальної діяльності), - результативно-рефлексивний (облік та аналіз ефективності здоров'язбережувальної діяльності у навчально-виховному процесі з хімії). Визначені критеріїв дозволяють діагностувати високий, достатній, середній та низький рівні сформованості здоров'язбережувальної компетентності майбутніх вчителів хімії.

Для діагностики рівня сформованості здоров'язбережувальної компетентності майбутнього вчителя хімії за відповідними критеріями необхідно використовувати комплекс діагностичних методик, які включають тестові методики та анкетування. Отже, перспективами подальших досліджень є підбір методик діагностики рівня сформованості здоров'язбережувальної компетентності майбутнього вчителя хімії, а також розробка власних авторських методик.

УДК 378.046.4:796.071.42:613.95

РОЗВИТОК ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ВЧИТЕЛЯ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ З ВИКОРИСТАННЯМ ЗНАТЬ ПРО ФЕНОМЕН ГІПЕРСОЦІАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ НАРКОМАНІЇ

Василь Миколайович Федорець

*Інститут вищої освіти Національної академії педагогічних наук України,
Київ, Україна,*

*Вінницька академія неперервної освіти, Вінниця, Україна
bruney333@yahoo.com*

The study highlights the ways of improving the health preserving competence of a physical education teacher during post-graduate education and on the basis of forming the skills necessary for diagnosing the early stages of drug addiction. The stated diagnosing method is represented as an important condition for acute cardiac pathology prevention and for preservation of physical, psychic and psychological health of children and teenagers. The phenomenon of hyper social behavior of drug-addicts is presented as a particularly significant component of early diagnosing of drug addiction. The article determines the ways of using discursive-dialogic, *maieutic and phenomenological approaches to the development of a teacher's skills to diagnose drug-addiction of children and teenagers.*

Keywords: pedagogics, drug addiction, prevention, health, a physical education teacher, hyper social behavior.

W pracy naukowej przeanalizowane możliwości doskonalenia kompetencji nauczycieli wychowania fizycznego dla zachowania zdrowia w warunkach kształcenia podyplomowego na podstawie kształtowania się u nich umiejętności wczesnej diagnozy uzależnienia od narkotyków. Wskazana diagnostyka będzie reprezentowała się jak ważny warunek profilaktyki ostrej kardiologicznej patologii i zachowania fizycznego, psychicznego i psychologicznego zdrowia dzieci i nastolatków. Jak najbardziej istotny element wczesnej diagnozy uzależnienia od narkotyków przedstawiony fenomen hipersocjalnego zachowania (hipersocjalność) uzależnionych. Określone są sposoby korzystania z dyskursowo-dialogicznego, majewtycznego oraz fenomenologicznego podejść do rozwoju u nauczycieli umiejętności diagnozowania uzależnienia u dzieci i młodzieży.

Słowa kluczowe: pedagogika, narkomania, profilaktyka, zdrowie, nauczyciel wychowania fizycznego, hipersocjalny

Актуальність формування в учителя фізичної культури навичок долікарської діагностики наркотичного сп'яніння дітей, а також розвиток у нього специфічних уявлень про зміни поведінки і особистості під впливом психоактивних речовин первинно визначаються питаннями не збереження здоров'я, а професійною інтенцією попередження смерті через профілактику

гострої кардіологічної патології, яка може виникнути внаслідок тренувального навантаження на занятті чи після нього. Уточнюючи зазначимо, що вживання наркотичних речовин в комбінації з фізичним навантаженням значно збільшує імовірність виникнення таких небезпечних кардіологічних патологій як раптова серцева смерть [2], аритмії та гостра коронарна недостатність. Особливо вказаний синергетичний ефект є актуальним для дітей і підлітків. Тому наявність в педагога навичок діагностики стану наркотичного сп'яніння та змін психіки при наркоманії є важливою складовою збереження не тільки здоров'я дітей, а перш за все їх життя.

Вміння визначити факт вживання дітьми психоактивних речовин є також важливою складовою практичних здоров'язбережувальних навичок педагога та його здатності до критичного мислення, а також розвитку спостережливості, емпатії та антиципації. Актуальним є вищевказані специфічні знання, навички і вміння, які розглядаються нами як компетентісна основа профілактики наркоманії і токсикоманії, а також як необхідна педагогічна умова збереження фізичного і психічного здоров'я дітей, які вживають наркотичні речовини та їх однокласників, що цього не роблять. Зрозуміло, важливою в даному контексті є також компетентісно орієнтована проблематизація збереження психологічного і духовного здоров'я та осмислення морально-етичних, екзистенційних та ціннісно-сміслових питань профілактики наркоманії.

Формування діагностичних навичок вчителя на основі аналізу виразних змін в моторній сфері та психіці наркомана, а також на знанні видимих і грубих патологічних трансформацій його поведінки та при наявності в такої дитини маніфестованих ознак дезадаптації в соціумі є важливою складовою профілактики. Але разом з тим коли діагностика проводиться на основі ідентифікації виразних ознак психічних та психологічних порушень при наркоманії то це означає, що ми запізнилися з профілактикою і первинним виявленням. Тому такий підхід нами розуміється і представляється як вторинний.

Найбільш значимою і складною є діагностика прихованих і ранніх проявів наркоманії. Діагностика саме в той період коли на це можна вплинути із значно більшою ефективністю ніж коли ми бачимо дитину із маніфестованими і виразними змінами.

Особливо важливим і складним для розуміння та інтерпретації критерієм ранньої діагностики є *гіперсоціальна поведінка* наркомана, яка часто зустрічається в осіб, що вживають психоактивні препарати. Гіперсоціальна поведінка є демонстративною, вона «підкреслено», гротескно і «підсилено» соціально спрямована. Наркоман демонструє свою доброту, невинність, благополуччя, щирість, розкутість, повагу, активність, душевну чистоту, любов до світу і людей, душевність, емпатію, вміння вишукано і соціально прийнятно спілкуватися, дружити та ін. Він постійно і всім посміхається, радіє разом з

іншими, робить знаки уваги та ін. Якщо вчитель спостерігає вищевказану поведінку в дитини то він має її проаналізувати на основі знань феномену гіперсоціальної поведінки якій досить часто є наявним при наркоманії. Деякі елементи такого аналізу ми представимо у вигляді маєвтичної практики запитань – відповідей.

Чи відповідає така поведінку віку дитини? Частіше не відповідає. Дитиною активно емонструється дорослість або навпаки дитяча безтурботність і «теляче щастя» чи їх зміна.

Чи є ознакою психічного благополуччя і природною постійна демонстрація добра і щастя? Зрозуміло, що такий стан неприродній і психічно нормальна дитина буває в різних емоційних модальностях.

Яка була попередня поведінка в цієї особи? Переважно поведінка була іншою та різною і що особливо важливо за умови збереження психологічного та психічного здоров'я різноманітною.

Чим може бути обумовлено швидке формування чи перехід до відносно простої і одноманітної гіперсоціальної поведінки від різноманітних поведінкових сценаріїв? Саме відносно швидкий та різкий перехід має насторожити педагога і вчителю необхідно виключати чи підтвердити наявність прихованого вживання учнем наркотичних речовин або інші проблеми.

Що може бути приховано в дитини за маскою добра і щастя? Постійна і одноманітна демонстрація доброти і слухняності особливо в підлітковому віці свідчить про приховану проблему.

Які ознаки, що комбінуються із вказаною гіперсоціальною поведінкою мають викликати у вчителя підозру у вживанні учнем наркотичних речовин. Розширення чи звуження зіниць, «скляні очі» в яких немає радості, сповільнені чи різкі рухи, зміни голосу з розтягненням слів, різко підвищена чи знижена загальна активність, ейфорія, поява брехливості, затримки при формуванні думок і відповідей, запах невідомих речовин, поява в лексиконі дитини спеціальних термінів характерних для лінгвокультури наркоманів (обдолбаний, ширанутись, кальоса, ширка, фен), схуднення, синці, зміна і зниження апетиту, втрата інтересу до своїх постійних занять та ін. Завершуючи наш аналіз проблеми зазначимо, що вказані вище практично орієнтовані аспекти удосконалення здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури формуються на основі парадигми трансдисциплінарності, та з використанням конвергентних, антропологічних, феноменологічних і холістичних підходів, а також завдяки трансферу [1] медико-гігієнічних і психологічних знань в структуру компетентності.

Література

1. Нонака Икуджиро. Компания – создатель знания. Зарождение и развитие инноваций в японских фирмах / Нонака Икуджиро, Такеучи Хиротака ; [пер. с англ. А. Трактинского]. – М. : Олимп-Бизнес, 2011. – 384 с.: ил.
2. Федорець В. М. Аналіз та актуалізація взаємодії вікових, нервових і локомоторних детермінант кардіологічного здоров'я в контексті формування здоров'язберігаючого підходу / В. М. Федорець // Фізична культура, спорт та здоров'я нації : зб. наук. пр. – Вінниця, 2011. – Вип. 12, т. 3. – С. 137-145.

УДК 378.011.3-051:613(043.3)

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОДГОТОВКИ БУДУЩИХ УЧИТЕЛЕЙ ОСНОВ ЗДОРОВЬЯ К ВНЕКЛАСНОЙ РАБОТЕ С УЧАЩИМИСЯ ОСНОВНОЙ ШКОЛЫ

Зайцев В. А.

*Черниговский государственный технологический университет,
Чернигов, Украина
v.zaytsev@ukr.net*

Zauważono, iż przy przygotowaniu przyszłych nauczycieli z przedmiotu „Podstawy zdrowia”, należy poświęcać szczególną uwagę pracy pozalekcyjnej z uczniami szkół ogólnokształcących.

Słowa kluczowe: podstawy zdrowia, pracy pozalekcyjnej.

Приоритетной задачей государства, общества, учреждений системы образования Украины является улучшение состояния здоровья нации, особенно ее молодого поколения, что обусловлено устойчивой тенденцией к снижению уровня здоровья широких слоев населения, в частности детей и учащейся молодежи. Интеграция Украины в направлении европейского вектора развития образования также усиливает потребность в обеспечении здоровьесберегательной деятельности учебных заведений и, прежде всего, общеобразовательной школы. В связи с этим, существенное значение приобретает педагогический аспект исследуемой проблемы, ориентированный на формирование сознательного отношения школьников к своей жизни и здоровью, овладение основами здорового образа жизни и навыками безопасного поведения; что требует соответствующей профессиональной подготовки будущих учителей основ здоровья, способных

к компетентному формуванню культури здоров'я учасників як в рамках учебной так и внеклассной работы.

При подготовке будущих учителей основ здоровья следует уделять существенное внимание внеклассной работе с учащимися основной школы. Внеклассная работа по формированию основ здоровья школьников рассматривается как специально организованная оздоровительная деятельность учеников, осуществляющаяся за пределами учебного процесса и направленная на развитие валеологического мировоззрения, обеспечение безопасного поведения, овладение совокупностью специальных знаний, умений и навыков по укреплению и сохранению духовного, социального, психического и физического здоровья.

Под профессиональной готовностью будущих учителей основ здоровья к внеклассной работе следует понимать профессионально значимое образование личности специалиста, характеризующееся единством научно-теоретической, практической и психологической готовности к обеспечению здоровьесохраняющего процесса во внеклассной деятельности. Обозначенная категория может быть определена высоким, средним и низким уровнем.

Теоретико-методические подходы определяют педагогические условия формирования профессиональной готовности будущих учителей основ здоровья к внеклассной работе: усовершенствование содержания профессионально ориентированных дисциплин и практики по специальности с учетом цели, содержания, современных форм, методов и особенностей оздоровительной внеклассной работы, направленной на духовное, социальное, психическое и физическое развитие школьников основной школы; внедрение в процесс профессиональной подготовки интерактивных форм и методов обучения, которые способствуют повышению уровня профессиональной готовности студентов к реализации оздоровительной работы с учениками в процессе внеклассной работы; формирование у студентов стойкой мотивации к формированию культуры здоровья подростков в процессе оздоровительной внеклассной работы.

При подготовке будущих учителей основ здоровья к внеклассной работе с учениками необходимо поэтапное внедрение теоретически обоснованных и содержательно разработанных педагогических условий направленных на обновление учебных программ и обогащение содержания учебной и производственной практик; творческих заданий актуальной проблематики для самостоятельной работы студентов по профессионально ориентированным дисциплинам; дидактичных материалов по использованию интерактивных форм и методов профессиональной подготовки будущих учителей основ здоровья (лекция-диалог, проблемная лекция, лекция с предварительно

запланированными ошибками, анализ конкретных ситуаций, «мозговая атака», деловая игра и т.п.).

УДК 37.091.3:613

ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ ДО ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Ірина Щербак

*Харківський національний педагогічний університет імені Г. С. Сковороди,
Харків, Україна*

IrynaShcherbak1@gmail.com

Zbadane teoretyczne osobliwosci przygotowania przyszłych nauczycieli do działalności w zakresie ochrony zdrowia. Omówione kryteria gotowości przyszłych nauczycieli do działalności w zakresie ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: działalności w zakresie ochrony zdrowia, kryteria gotowości.

Сучасні аспекти суспільного розвитку особливо впливають на процеси професійної підготовки майбутніх фахівців у вищій школі. Сьогодні основою освіти повинен бути не просто високоосвічений фахівець, а обізнана та діяльнісна особистість із творчим мисленням, яка завжди прагне змінити на краще своє життя і життя майбутніх поколінь, виховати здорових і щасливих дітей, залучати їх до здоров'язбережувальної діяльності. Рухова і фізична активність є винятково важливим, фундаментальним чинником формування, збереження, зміцнення здоров'я та розвитку дини. Завдяки здатності організму до саморегуляції відбувається його адаптація до змін зовнішнього середовища, організм стає стійкішим і життєздатнішим. У зв'язку з цим потребує суттєвої оптимізації система професійної підготовки майбутніх вихователів.

У контексті нашого дослідження при аналізі системи професійної підготовки звернули увагу на динаміку розвитку її компонентів, ті позитивні зміни, що обумовлюють успішність підготовки майбутніх вчителів щодо здоров'язбережувальної діяльності, а також на причини, що можуть сповільнювати або перешкоджати цьому процесу. У зв'язку з цим підготовка майбутніх вчителів до здоров'язбережувальної діяльності повинна бути організована таким чином, щоб вона забезпечувала формування знань і вмінь, достатніх за рівнем узагальнення, повноти усвідомленості, дієвості, для прийняття обґрунтованих рішень в різних ситуаціях професійної практичної діяльності, тобто забезпечувати готовність залучати дітей до здоров'язбережувальної діяльності. Крім того, процес підготовки майбутніх

вчителів до здоров'язбережувальної діяльності повинен мати керований характер: орієнтація на досягнення планованого результату; підвищення якості всього комплексу умов, що необхідні для забезпечення ефективності цього процесу. Підготовка – це процес, а готовність результат цього процесу. Тому, в роботі необхідним стало виділення критеріїв готовності майбутніх вчителів до здоров'язбережувальної діяльності.

Таким чином, нами виділено такі критерії готовності майбутніх вчителів до здоров'язбережувальної діяльності: мотиваційно-особистісний, змістовий, діяльнісний і оцінний. Так, мотиваційно-особистісний критерій дозволяє визначити сформованість мотиваційного компоненту готовності майбутніх вчителів до здоров'язбережувальної діяльності, де складовою є стійкість пізнавального інтересу.

Виділяємо такі види стійкості пізнавального інтересу щодо залучення дітей до здоров'язбережувальної діяльності: стійкий інтерес, що виникає тоді, коли внутрішня мотивація в навчанні переважає, і майбутні вчителі можуть навчатися з бажанням і навіть усупереч несприятливим зовнішнім стимулам. Цей рівень стійкості пізнавального інтересу становить уже єдине ціле з потребою в пізнанні, коли майбутні вчителі не просто можуть навчатися, а не можуть не навчатися. Це виявляється в тому, що майбутній вчитель активно і з інтересом працює на заняттях, виявляє ініціативу і творчість, усвідомлено прагне до засвоєння загальних специфічних і фахових знань, свого вдосконалення, проводить самостійну роботу; ситуативний пізнавальний інтерес, тобто обмежений окремими яскравими спалахами, як відповідь на певну особливо емоційну ситуацію навчання.

Отже, дослідження теоретичних особливостей підготовки майбутніх вчителів до здоров'язбережувальної діяльності переконують, що така підготовка є складним цілеспрямованим керованим процесом. Кінцевим результатом такої підготовки є готовність майбутніх вчителів до здоров'язбережувальної діяльності як системного утворення з відповідними структурними компонентами і взаємозв'язками.

УДК 378.147-057.36

ВИКОРИСТАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ФАХІВЦІВ ДСНС УКРАЇНИ

Юрій Таймасов

Національний університет цивільного захисту України, Харків, Україна

Na podstawie analizy specyfiki działalności specjalistów Wydziału Bezpieczeństwa Ukrainy, przedstawiono elementy technologii ochrony zdrowia, które niezbędne do wykorzystania w procesie edukacyjnym.

Słowa kluczowe: elementy technologii ochrony zdrowia, Wydziału Bezpieczeństwa Ukrainy.

Специфіка діяльності особового складу ДСНС України полягає у високому рівні професійного ризику, екстремальних умовах праці, впливу небезпечних і шкідливих чинників на пожежах і аваріях. Здоров'язберігаючі освітні технології розуміють як систему, що створює максимально можливі умови для збереження, зміцнення і розвитку духовного, емоційного, інтелектуального, особистісного та фізичного здоров'я фахівців служби цивільного захисту.

Завдання. На підставі аналізу специфіки діяльності фахівців служби цивільного захисту України обґрунтувати компоненти здоров'язберігаючих технологій, які необхідно використовувати в освітньому процесі.

Виклад основного матеріалу. Основними компонентами здоров'язберігаючих технологій виступають: аксіологічний, що виявляється в усвідомленні курсантів вищої цінності свого здоров'я, переконаності в необхідності вести здоровий спосіб життя, який дозволяє найбільш повно здійснити намічені цілі, використовувати свої розумові та фізичні можливості; гносеологічний, пов'язаний з придбанням необхідних для процесу здоров'язбереження знань і умінь, пізнанням себе, своїх потенційних здібностей і можливостей, інтересом до питань власного здоров'я, до вивчення літератури з даного питання, різних методик по оздоровленню та зміцненню організму; здоров'язберігаючий, що включає систему цінностей і установок, які формують систему гігієнічних навичок і умінь, необхідних для нормального функціонування організму, а також систему вправ, спрямованих на вдосконалення навичок і умінь по догляду за самим собою. Особлива роль в цьому компоненті відводиться дотриманню режиму дня, режиму харчування, чергування праці і відпочинку, що сприяє попередженню утворення шкідливих звичок, функціональних порушень захворювань, включає в себе психогігієну і психопрофілактику навчально-виховного процесу, використання оздоровчих факторів навколишнього середовища і ряд специфічних способів оздоровлення ослаблених; емоційно-вольовий, який включає в себе прояв психологічних механізмів - емоційних і вольових. Необхідною умовою збереження здоров'я є позитивні емоції; переживання, завдяки яким у людини закріплюється бажання вести здоровий спосіб життя. Воля - психічний процес свідомого управління діяльністю, виявляється в подоланні труднощів і перешкод на шляху до поставленої мети. В цьому аспекті емоційно-вольовий компонент формує такі якості особистості, як організованість, дисциплінованість, обов'язок, честь, гідність. Ці якості забезпечують функціонування особистості в суспільстві, зберігають здоров'я, як окремої людини, так і всього колективу; екологічний, що враховує те, що людина як

біологічний вид існує в природному середовищі, яке забезпечує людську особистість певними біологічними, економічними та виробничими ресурсами. Крім того, воно забезпечує її фізичне здоров'я і духовний розвиток; фізкультурно-оздоровчий компонент передбачає володіння способами діяльності, спрямованими на підвищення рухової активності, попередження гіподинамії. Фізкультурно-оздоровчий компонент спрямований на освоєння особистісно-важливих життєвих якостей, що підвищують загальну працездатність, а також навички особистої і громадської гігієни фахівців служби цивільного захисту.

Висновки. Виходячи з компонентів педагогічної технології та їх характеристик, можна сказати, що технологія здоров'язбереження курсантів ДСНС України повинна в широкому сенсі являти собою сукупність філософських, психолого-педагогічних установок, що визначають соціальний набір і поєднання форм, методів, прийомів, освітньо-виховних засобів, що забезпечують оптимальне практико-орієнтоване занурення курсантів в спеціально створене науково-освітнє середовище.

УДК 613:355.082

ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ ЯК ЧИННИК ОСОБИСТІСНО-ПРОФЕСІЙНОГО СТАНОВЛЕННЯ МАЙБУТНЬОГО ОФІЦЕРА

*Олена Зуб, Артем Турчинов, Людмила Алфімова
Національна академія Національної гвардії України, Харків, Україна
lenazubka@ukr.net*

Pod pojęciem „zdrowy tryb życia kursanta uczelni wojskowej” należy rozumieć sposób życia przyszłego oficera, ukierunkowany na wzmocnienie odporności organizmu w zgodzie z jego stanem fizycznym, psychicznym oraz duchowym.

Słowa kluczowe: sposób życia, oficer.

Одним із основних чинників життєдіяльності суспільства є здоров'я. Стрімкі темпи розвитку сучасної цивілізації призвели до суттєвих змін соціальних, технологічних та екологічних процесів, які потребують від людини швидкої адаптації до постійно мінливих умов оточуючого середовища.

В останній час багато супутніх чинників відбивається на якісних та кількісних показниках призовного ресурсу Збройних Сил України. Простежується тенденція до зниження придатності серед призовників. Причини, які на це впливають, можна поділити на декілька груп: медичні; особистісно-психологічні (відсутність мотивації, деформація цінностей, низькі

вольові якості); психолого-педагогічні (недостатня розробленість теоретичних основ ефективного формування здорового способу життя). Ситуація, що склалася, потребує прийняття заходів щодо збереження оборонного потенціалу держави, яким є здоров'я молоді. Важливим у вирішенні цього питання є проблема здорового способу життя. Під здоровим способом життя курсанта військового навчального закладу слід розуміти певний вид життєдіяльності майбутнього офіцера, спрямований на укріплення організму у єдності його фізичних, психічних та духовних якостей. Актуальним є підготовка компетентних військових спеціалістів, які мають базові знання про здоровий спосіб життя. Слід приділяти особливу увагу вихованню здоров'я як першочергової життєвої цінності. У процесі особистісно-професійного становлення у військовому навчальному закладі, феномен здорового способу життя повинен розглядатися як важлива умова успішної самостійної військово-професійної діяльності майбутнього офіцера.

УДК:37.02

ПРОФЕСІЙНЕ ЗДОРОВ'Я ОФІЦЕРА ПІДРОЗДІЛУ СПЕЦІАЛЬНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ, ЯК ВАЖЛИВА СКЛАДОВА ЙОГО ДІЯЛЬНОСТІ

Євген Яковенко

*Національна академія Національної гвардії України, Харків, Україна
evgenij.yakovenko.87@ukr.net*

Opracowano system przygotowania przyszłych oficerów jednostki do działań specjalnych w celu ochrony zdrowia i wzmocnienia organizmu w trakcie przyswajania wiedzy z przedmiotów psychologiczno-pedagogicznych.

Słowa kluczowe: oficer jednostki do działań specjalnych, ochrony zdrowia.

Переорієнтація сучасної вищої військової освіти на європейські стандарти передбачає підготовку компетентного фахівця, здатного до особистісного і професійного зростання. В ієрархії чинників творчого потенціалу, кар'єрного росту, активної життєдіяльності і самореалізації офіцера підрозділу спеціального призначення важливе місце належить його професійному здоров'ю. Стан здоров'я офіцера підрозділу спеціального призначення позначається на результатах усієї службово-бойової діяльності, впливає на стабільність результатів служби, забезпечує високий рівень професіоналізму, визначає самоефективність його особистості. Крім того, від професійного здоров'я значною мірою залежить стан здоров'я підлеглих військовослужбовців, їхнє соціально-психологічне благополуччя, «життєстійкість». Офіцер підрозділу спеціального призначення з низьким

рівнем професійного здоров'я не здатен створити у підпорядкованому підрозділі психологічно безпечне середовище та умови для проходження служби. Він не може формувати культуру здоров'я підлеглих, оскільки для цього необхідний особистий приклад.

Мета дослідження полягає у теоретико-методологічному обґрунтуванні та експериментальній перевірці системи підготовки майбутніх офіцерів підрозділів спеціального призначення до збереження і зміцнення професійного здоров'я у процесі вивчення психолого-педагогічних дисциплін.

Професійна діяльність офіцерів підрозділів спеціального призначення відрізняється від інших постійним нервово-психічним та емоційним напруженням, яке зумовлене високим рівнем ризику для життя та здоров'я. Так, за результатами опитувань було з'ясовано, що тільки 44,7% офіцерів підрозділів спеціального призначення з числа обстежених почувають себе відносно здоровими, у них високий рівень працездатності і прогнозується висока стресостійкість. У 55,3% офіцерів підрозділів спеціального призначення виявлено порушення в емоційній сфері (вони часто переживають погані настрої, дратівливість, напруженість, неспокій, гнів, труднощі у керуванні своїми емоціями). Резерви їхнього організму близькі до виснаження.

Професія офіцера підрозділу спеціального призначення належить до професій підвищеного ризику за частотою виникнення невротичних і психосоматичних розладів. Чинниками ризику для професійного здоров'я офіцера підрозділу спеціального призначення є висока емоційна затратність і стресовість професійної діяльності, відсутність у підрозділах умов для зняття психологічної втоми, недостатня компетентність у питаннях збереження і зміцнення професійного здоров'я. Тому питання підготовки майбутніх офіцерів підрозділів спеціального призначення до діяльності зі збереження і зміцнення професійного здоров'я мають бути серед найбільш пріоритетних у вищих військових навчальних закладах.

Як висновок, констатуємо наявність у науковій літературі дуже великого масиву досліджень у галузі здоров'я, варто відзначити їх недостатність у сфері професійного здоров'я, готовності до здоров'ятворчої діяльності. Питання збереження здоров'я офіцерів підрозділів спеціального призначення тривалий час досліджувалося не як самостійна проблема, а вивчалося в контексті збереження і зміцнення здоров'я людини взагалі, формування культури здоров'я, здорового способу життя населення.

УДК 378

ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДО ЇХ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У СФЕРІ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ТА СПОРТУ

Ірина Брижата
Сумський державний університет, Суми, Україна
brizhata@i.ua

Przygotowanie przyszłych specjalistów terapii fizycznej uzupełniono o moduł edukacyjny diagnozy funkcjonalnej sportowców, profilaktykę urazów sportowych, metody kinezylogii stosowanej, co umożliwi przygotowanie specjalistów do przyszłej pracy w sporcie.

Słowa kluczowe: specjalistów w dziedzinie fizykoterapii, profilaktyki urazów sportowych.

Однією з передумов входження України в єдину європейську зону вищої освіти є реалізація в системі вищої освіти України ідей підготовки кадрів для потреб ринку праці за принципом професійної конкуренції, що визначає якісні зміни в системі вітчизняної освіти.

Система підготовки кадрів для сфери фізичної культури і спорту є важливою складовою інституту освіти в європейських країнах, у т.ч. і тієї категорії професіоналів, які займаються збереженням здоров'я юних спортсменів та спортсменів вищої кваліфікації. В умовах входження навчальних закладів України до міжнародного освітнього простору необхідно адаптувати чинну систему підготовки фахівців з фізичної терапії, враховуючи її переваги та традиції, до європейської системи організації навчального процесу для вдосконалення підготовки майбутніх фізіотерапевтів. У цьому контексті актуальності набуває теоретико-методичне обґрунтування змісту професійної підготовки фахівців з фізичної терапії сучасному етапі трансформації вищої освіти України.

Спеціаліст фізичної терапії, який обирає своє майбутнє в спорті, повинен бути «універсалом»: володіти різноманітними методами фізичної та медичної реабілітації (механотерапією, практичною кінезіологією, лікувальним масажем, мануальною терапією, фітотерапією, гомеопатією, акупунктурою, магнітотерапією, аромотерапією, хромотерапією, остеопатією та ін.), а також методиками функціональної діагностики.

Принципова відмінність в роботі фізіотерапевта від діяльності лікаря полягає в тому, що його зусилля направлені не на лікування захворювання, а на процес відновлення. Тому його діяльність базується на функціональному дослідженні пози, ходи, амплітуди, об'єму рухів у цілому та в окремих сегментах, оцінку статичної та динамічної людського тіла. Фізичний терапевт

застосовує специфічні методи діагностики та корекції різноманітних функцій організму, стандартні методи діагностики для визначення рівня здоров'я та його резервних спортивних можливостей.

Враховуючи соціальну значущість та актуальність проблеми в медико-біологічній підготовці майбутніх фахівців фізичної терапії до професійної діяльності в системі фізичної культури і спорту, нами запропоновано:

- навчальні модулі для студентів з оновленим змістом медико-біологічної освіти для травмопрофілактичної і здоров'язбережувальної підготовки майбутніх фізичних терапевтів до їх професійної діяльності у фізичній культурі і спорті;
- технології функціональної діагностики та збереження здоров'я спортсменів;
- методичні матеріали для профілактики спортивного травматизму в системі фізичного виховання.
- Оновлений зміст освіти також передбачає:
- систему вдосконалення медико-біологічної освіти у професійній підготовці майбутніх фахівців фізичної терапії;
- забезпечення навчання студента за індивідуальним навчальним планом;
- організацію процесу оволодіння студентами змістовими модулями з використанням методів і принципів кінезіології з основами профілактики спортивного травматизму;
- організацію методичного консультування студентів за змістовими модулями, лабораторно-практичними завданнями, а також диференційований підхід до системи індивідуальних науково – дослідних завдань та самостійної роботи.

УДК 378.147:371134-027.875:615.8(4)

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ

Ольховик Аліна¹, Мордвінова Інна²

¹Сумський державний університет,

*²Сумський державний педагогічний університет імені А.С.Макаренка,
Суми, Україна*

alina.mordvinowa@gmail.com, mordvinowa@gmail.com

In this article the system of training of specialists in physical therapy in foreign countries of Europe is considered. Identifying the specifics of the professional training of specialists in physical therapy and ergotherapy in some

European countries and substantiating the possibilities of creative implementation of progressive ideas of foreign experience in higher educational institutions in Ukraine. Analysis of the experience of European countries will enable us to use positive trends in the domestic training of specialists in physical therapy and ergotherapy.

Keywords: physical therapy, ergotherapy, training programs, specialty, institution of higher education, students.

Ten artykuł zawiera analizę istniejących programów na szkolenia specjalistów z fizykoterapii i ergoterapii w Europie. Przedstawiono specyfikę profesjonalnego szkolenia specjalistów w dziedzinie fizykoterapii i ergoterapii w niektórych krajach europejskich oraz udowodnienia możliwości kreatywnego wdrażania progresywnych koncepcji zagranicznych doświadczeń w wyższych uczelniach na Ukrainie. Analiza doświadczeń europejskiego umożliwi korzystanie z pozytywnych trendów w specjalistów szkoleniowych w fizykoterapii i ergoterapii.

Słowa kluczowe: fizykoterapia, ergoterapia, programy szkoleniowe, specjalność, instytucja szkolnictwa wyższego, studentów.

В епоху глобального зниження рівня здоров'я населення України зростає необхідність відродження природних підходів до вирішення проблем здоров'я, зростання попиту на фізіо- та ерготерапевтичні послуги зумовлюють потребу у кваліфікованих фахівцях, здатних розробляти й застосовувати новітні комплексні оздоровчо-реабілітаційні технології для відновлення, зміцнення та збереження здоров'я різних соціально-демографічних груп населення.

Підготовка бакалаврів в Україні за напрямом «Фізична терапія, ерготерапія» здійснюється здебільшого без врахування міжнародного досвіду, а тільки на підставі трактування місця і ролі фізичної реабілітації в національних системах фізичної культури та охорони здоров'я. Тому вивчення різних аспектів професійної підготовки майбутніх фахівців з фізичної терапії, ерготерапії у зарубіжних країнах слугуватиме поштовхом до розвитку галузі фізична терапія, ерготерапія в Україні.

Мета – визначити теоретичні основи формування професійної підготовки фізичних терапевтів та ерготерапевтів в країнах Європи.

Завдання: дослідити специфіку професійної підготовки фахівців з фізичної терапії та ерготерапії в деяких країнах Європи; обґрунтуванні можливостей творчої реалізації прогресивних ідей закордонного досвіду у вищих навчальних закладах України.

Методи дослідження – аналіз навчально-методичної літератури, синтез, порівняння, педагогічне спостереження.

Матеріали та методи дослідження стану професійної підготовки фахівців фізичної терапії та ерготерапії за кордоном.

Поглиблені дослідження щодо професійної підготовки фахівців (бакалаврів) з фізичної терапії, ерготерапії в Канаді було проведено

Н. Беліковою (2010) А. Герциком (2004) [2-3; 4-6]. Значний науковий і практичний інтерес становлять праці зарубіжних науковців з підготовки фахівців з фізичної терапії, ерготерапії, таких як: С. Вествотер-Вуда (S. West-Wood, 2011), Х. Гана (H. Gunn, 2012) [8; 10]. Це свідчить про актуальність та багатоаспектність проблеми професійної підготовки фахівців з фізичної терапії, ерготерапії.

За визначенням Польського товариства фізіотерапії (Polskie towarzystwo zjoterapii) «фізична терапія» – часткове або повне відновлення функцій людей з особливими потребами з використанням фізичних вправ з лікувальною метою [9].

Канадська асоціація фізичної терапії (Canadian Physiotherapy Association) у своєму тлумаченні фізичної терапії визначає, що фізична терапія – це професійна галузь охорони здоров'я, спрямована в основному на запобігання і зменшення рухових дисфункцій (серед основних засобів – застосування фізичних вправ), що передбачається і фізичною реабілітацією [5; 7].

Отже, фізична терапія – цілеспрямоване використання фізичних вправ для відновлення здоров'я, фізичного стану та працездатності людей різних верств населення.

Щоб передати значення англomовного терміна «occupational therapy», у вітчизняній літературі використовують цілу низку слів і словосполучень, до яких належать «ерготерапія», «заняттєва терапія», «працетерапія», «трудотерапія» та «окупаційна терапія».

Ерготерапія – це клієнтоцентрична професія у сфері охорони здоров'я, спрямована на покращення здоров'я і добробуту людини через її залучення до активної життєдіяльності. Ерготерапевти працюють над покращенням функціональних можливостей клієнтів, адаптують діяльність та середовище для виконання бажаних або потрібних клієнту занять (WFOT, 2012) [11].

Всесвітня федерація ерготерапевтів (World Federation of Occupational Therapists) підкреслює необхідність застосування різних реабілітаційних технологій і комплексів, що сфокусовані на відновленні втрачених пацієнтом навичок самообслуговування та здатності до виконання завдань як у повсякденному житті, так і в умовах виробничого середовища [11].

Фахівці із даної галузі здоров'я займаються відновленням навичок самообслуговування хворих у повсякденному житті. Для проведення ерготерапії хворому слід відтворити модель житла, де він мешкатиме, та відпрацювати з ним навички, що потрібні у побуті – налити чай, розігріти їжу, відрізати шматок хліба, вмитися, відвідати туалет, відкривати ланцюжок на дверях, повертати ключ у замку дверей тощо. Разом з ерготерапевтом хворий також відновлює порушені функції кисті та пальців: складає кубики, викладає із

зерняток малюнки та виконує інші завдання, які розвивають дрібну моторику рук...» [1].

На нашу думку, ерготерапія – це невід’ємна ланка в комплексному відновному процесі осіб із різноманітними захворювання, що має за мету відновлення фізіологічних, побутових та соціальних навичок кожної людини.

Проаналізувавши ряд визначень, погоджуємося з вище викладеною думкою і вважаємо, що ерготерапія направлена на відновлювальну діяльність хворого у повсякденному житті, тоді, як фізична терапія – на функціональне відновлення хворих.

Обговорення. Підготовка фахівців з фізичної терапії у Болгарії проводиться у трьох університетах та трьох вищих коледжах, які разом випускають близько 200 студентів за рік. Згідно даних департаменту освіти Болгарської асоціації кінезіотерапевтів та реабілітологів (Bulgarian Association of Kinesitherapists and Rehabilitators) в даній країні Університетська підготовка триває чотири роки (3750 навчальних годин), в коледжах – три роки (3900 годин). Наприкінці трьох років навчання студенти отримують ступінь бакалавра з фізичної терапії (BSc in Physiotherapy), кваліфікація – реабілітолог (Rehabilitator). Після чотирьох років навчання в університеті студенти здобувають професійну кваліфікацію кінезіотерапевтів (Kinesitherapist). Всі фізіотерапевти в Болгарії підпорядковуються Міністерству охорони здоров'я [3].

У Португалії підготовка фахівців з даної спеціальності триває чотири роки і включає 2945 годин, з них: теоретичне навчання – 860 годин, практичне – 515 годин; клінічне – 570 годин; семінарів – 20 годин; стажування – 980 годин. Підготовка магістрів із фізичної терапії триває три семестри з введенням у спеціалізацію таких напрямів роботи: кардіо-респіраторна, соціальна, ортопедична, мануальна, спортивна, неврологічна реабілітації [3; 4].

У Великій Британії професійна підготовка фізичних терапевтів здійснюється за денною, заочною та дистанційною формами навчання, в Україні – денною [10]. Система вищої освіти Великої Британії для підготовки фізичних терапевтів передбачає освітні рівні: бакалавр (тривалість навчання 3 роки), магістр (1-2 роки), в Україні: бакалавр (4 роки), магістр (1,5-2 роки). Навчальний рік у британських ВНЗ триває 9 місяців (з кінця вересня до червня). В Україні навчальний рік триває теж 9 місяців і поділяється на 2 семестри [3].

Проаналізувавши систему підготовки фахівців з фізичної терапії у зарубіжних країнах Європи виходить, що вона в цілому враховує мету і принципи Болонського процесу. Більшість відмінностей між ними полягає у кількості навчальних та клінічних годин. Використання системи переведення та накопичення кредитів в рамках Європейського регіону на сьогодні ще є

недосконалим. Оскільки в Україні для спеціалістів з фізичної терапії, ерготерапії гостро стоїть проблема працевлаштування за фахом, цікавим є досвід європейських країн з правого врегулювання даного питання, адже у всіх розглянутих державах професія фізичного терапевта та ерготерапевта має правовий статус. Аналіз досвіду європейських країн дасть можливість використовувати позитивні тенденції у вітчизняній підготовці фахівців з фізичної терапії та ерготерапії.

Висновки. Пріоритетними напрямками удосконалення професійної підготовки фахівців з фізичної терапії та ерготерапії вважаємо такі: реформування нормативно-законодавчої бази; покращення фінансування сфери вищої освіти; удосконалення стандартів вищої освіти; зміну вимог до вступу на курс фізичної терапії, ерготерапії; корекцію змісту навчальних програм; забезпечення клінічної освіти та фахової підтримки студентів-практикантів; покращення зворотного зв'язку між університетами та закладами охорони здоров'я і соціального захисту; зміну вимог до професійної кваліфікації викладачів практичного навчання; залучення фахівців у сфері фізичної терапії до процесу розробки змісту освітніх програм та організації навчання; спеціалізацію магістерської підготовки фахівців з фізичної терапії та ерготерапії; активне використання співпраці університетів з громадськими організаціями; упровадження ефективних механізмів акредитації освітніх програм та сертифікації кваліфікацій фізичних терапевтів та ерготерапевтів; інтеграцію у європейський та світовий освітній простір.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у детальному вивченні професійної підготовки фахівців із фізичної терапії та ерготерапії у Польщі та Словаччині.

Література

1. Багрій І. Теоретичне осмислення поняття «зайнятості» у заняттєвій терапії [Текст] / І. Багрій // Теоретичні та практичні аспекти розвитку педагогіки та психології : збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 14-15 червня 2013 року). – Львів : Львівська педагогічна спільнота, 2013. – С. 109–112.
2. Белікова Н. Основні аспекти професійної підготовки майбутніх фахівців з фізичної реабілітації у Польщі [Текст] / Н. Белікова // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : [науковий журнал]. – Х. : ХОВНОКУ – ХДАДМ, 2010. – №3. – С. 7–10.
3. Белікова Н. Структура та зміст підготовки фахівців з фізичної реабілітації в окремих країнах Європи [Текст] / Н. Белікова // Зб. наук. пр. Уман practical preparation. держ. пед. ун-ту ім. П. Тичини. – 2010. – № 4. 1. – С. 19–26.
4. Герцик А. До питання тлумачення основних термінів галузі фізичної реабілітації / А. Герцик // Бюлетень Української Асоціації фахівців фізичної реабілітації. – Львів. – 2009. – Вип. № 1 (травень). – С. 1–4.

5. Герцик А. Можливості використання в Україні канадського досвіду організації клінічної діяльності фахівця фізичної реабілітації [Текст] / А. Герцик // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання та спорту : зб. наук. пр. / за ред. С. Єрмакова. – 2004. – № 7. – С. 27–35.
6. Герцик А. Фахівець з фізичної реабілітації, чи фізичний терапевт: національне та міжнародне тлумачення назв професій [Текст] / А. Герцик // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2010. – № 10. – С. 21–24.
7. Description of Physiotherapy in Canada [Electronic resource]. – Access mode : https://physiotherapy.ca/sites/default/files/site_documents/dopen-en.pdf.
8. Gunn H. Problem Based Learning in physiotherapy education: a practice perspective [Text] / H. Gunn, H. Hunter, B. Haas // Physiotherapy. – 2012. - Vol. 98(4). – P. 330-335.
9. Polskie towarzystwo zjoterapii [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.zjoterapia.org.pl>.
10. Westwater-Wood Sarah. An e-learning tool for paediatric physiotherapy education [Electronic resource] / Sarah Westwater-Wood, Reg Dennick // International Journal of Medical Education. – 2011. – Vol. 2. – P. 80-86. DOI: 10.5116/ijme.4e5c.942c.
11. World Federation of Occupational Therapists. Statement on Occupational Therapy (2012) [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>

УДК 378.6:615.8(477)

ПРАКТИЧНА ПІДГОТОВКА ФІЗІОТЕРАПЕВТІВ В МЕДИЧНИХ ВНЗ

*Ольга Ситник, Олександр Степаненко
Сумський державний університет, Суми, Україна
oliagum@ukr.net*

An article devoted to aspects of the practical preparation of physiotherapists to perform a future occupation. It emphasizes the necessity to carry out practical classes in general-vocational subjects and practical preparation in clinics, social centers, health centers and rehabilitation centers.

Keywords: physical therapy, vocational training, clinical and industrial practice.

Artykuł poświęcony aspektom praktycznego przygotowania fizjoterapeutów do wykonywania przyszłego zawodu. Podkreśla się konieczność przeprowadzania zajęć praktycznych z przedmiotów ogólnozawodowych oraz przygotowania praktycznego w klinice, ośrodkach społecznych, uzdrowiskowych oraz centrach rehabilitacyjnych.

Słowa kluczowe: fizycznej terapii, szkolenia zawodowego, praktyki klinicznej i przemysłowej.

У сучасних умовах система професійної підготовки фахівців з фізіотерапії і ерготерапії потребує оптимізації і вдосконалення змісту навчання. На даний час спеціальність «Фізична терапія, ерготерапія» розглядається як така, що потребує комплексного підходу в підготовці фахівців. Так, фізіотерапевт повинен вміти проводити реабілітаційне обстеження, аналізувати отримані дані, визначати реабілітаційний діагноз, проводити реабілітаційні заходи та оцінювати їх ефективність, співпрацювати з іншими фахівцями системи охорони здоров'я. Не підлягає сумніву, що ефективно застосовані реабілітаційні методи і доцільно складені програми реабілітації повертають пацієнтів до активного життя.

Мета – розкрити особливості практичної підготовки фізіотерапевтів до професійної діяльності.

Дані літератури свідчать, що для становлення фахівців своєї справи необхідно сприяти розвитку теоретичних та методичних знань, професійних вмінь і психологічних якостей особистості. Важливе місце в підготовці фізіотерапевтів приділяється практиці, тому що в процесі практики студенти набувають знання, джерелом яких є їх особистий досвід. Практика формує у студентів позитивне ставлення до професійної діяльності, дає можливість оволодіти спеціальними методичними та організаційно-практичними навичками застосування фізичних вправ, масажу та природних чинників для відновлення здоров'я, загального оздоровлення та покращення якості життя пацієнтів з ослабленим здоров'ям. В сучасних навчальних планах виділяють клінічну і виробничу практики, які покликані максимально підготувати майбутніх фахівців з фізичної терапії до практичної діяльності, здійснити відпрацювання професійних навичок у реабілітаційних закладах та закладах соціального захисту населення. Практика сприяє формуванню цілісної картини майбутньої діяльності на основі оволодіння майбутніми фахівцями з фізіотерапії спеціальними управлінськими, методичними та організаційно-практичними навичками застосування засобів фізичної реабілітації у комплексному процесі відновлення, зміцнення та збереження здоров'я людини, досягнення нею оптимального фізичного стану, розширення адаптаційних резервів організму.

Для навчання, формування і становлення фахівця-фізіотерапевта необхідно розвивати практичні навички протягом всього життя, тому поняття «практика» не повинно мати лише календарні строки, а повинно мати постійний пошук для особистого професійного зросту. Особливістю навчання фізіотерапевтів при медичних вузах, є співпраця кафедр медичного інституту і залучення клінічних баз до професійної підготовки спеціалістів. Важливо, щоб практичні заняття дисциплін загально-професійної та практичної підготовки - основа II – IV курсів, такі як фізична реабілітація при різних

нозологіях, проводилися на базі лікарень, медико-реабілітаційних, санаторно-курортних закладів та оздоровчо-спортивних центрів.

Професійний зріст забезпечує реалізація себе як науковця, приймаючи участь в організації і проведенні тренінгів оздоровчо-реабілітаційного спрямування, «круглих столів», «майстер-класів» і інших цікавих проєктів.

Висновки. Таким чином, практика, в широкому розумінні, це постійне залучення студентів до професійної і наукової діяльності на клінічних базах, соціальних, реабілітаційних і оздоровчих центрах, волонтерських організаціях. Це створює умови для більш глибокого осмислення майбутніми фахівцями з фізичної терапії змісту і функцій професії, випробування своїх можливостей та оптимізація професійних умінь і навичок в сучасних умовах.

УДК 373.5:613

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОГО СЕРЕДОВИЩА ЗАГАЛЬНООСВІТНЬОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

Таміла Бережна

ДНУ «Інститут модернізації змісту освіти», Київ, Україна

tamila_68@i.ua

The article explores the features of health preservation environment of general educational institution. Generalized of methodological approaches to formation of health preservation environment of educational institution.

Keywords: healthy environment, general educational institutions, students (pupils), methodological approaches, health-saving technology.

W artykule przedstawiono cechy otoczenia organizacji zdrow'язberezhualnoho instytucji edukacyjnych. Jak dobrze uziemiony. Podejścia metodologiczne tworzące zdrow'язberezhualnoho środowiska instytucji edukacyjnej.

Słowa kluczowe: średni instytucja wtórne, studenci, podejścia metodologiczne, technologii edukacyjnych.

У всіх сферах життєдіяльності українського народу відбуваються незворотні зміни, які вимагають нових підходів до вирішення різних освітніх проблем, зокрема, виховання підростаючого покоління. Дана проблема спонукає як науковців, так і практиків до пошуку нових ефективних технологій, форм і методів роботи, зумовлює необхідність нового підходу до системи навчання та виховання в галузі освіти, розробок і впровадження нових педагогічних технологій, які сприятимуть цілісному, гармонійному розвитку дітей.

Одним із дієвих підходів до вирішення означеної проблеми є виконання Указу Президента України від 09.02.2016 № 42 «Про Національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація» та основних завдань Національної стратегії розвитку освіти в Україні на період до 2021 року, де звертається увага на необхідність створення безпечного освітнього середовища, що забезпечує комплексний підхід до формування усіх складових здоров'я дітей та молоді.

Мета статті – розкрити особливості організації здоров'язбережувального середовища загальноосвітнього навчального закладу (ЗНЗ) та обґрунтувати методологічні підходи до його формування.

Виклад основного матеріалу. Вперше поняття «здоров'язбережувальне середовище» як шкільне середовище, що забезпечує здоров'я – «school environment» було обґрунтоване на першій конференції Європейської мережі шкіл сприяння здоров'ю (ЄМШСЗ) у 1997 р. Здоров'язбережувальне середовище включає ідею Школи сприяння здоров'я та відображає її принципи. Воно є важливим ресурсом для ефективного забезпечення освітньої політики, впровадження якої сприяє благополуччю учнів [3].

Розглядаючи поняття «здоров'язбережувальне середовище» вважаємо слушною думку Н. Міллер про те, що здоров'язбережувальне освітнє середовище сприяє впровадженню здоров'язбережувального навчання як процесу взаємодії учнів і вчителя, результатом якого є засвоєння знань, умінь, навичок, способів творчої діяльності, системи цінностей і збереження здоров'я учасників освітнього процесу [8]. Дослідниця вважає, що здоров'язбережувальне освітнє середовище – це сукупність антропогенних, природних, культурних факторів, що сприяють задоволенню людиною власних потреб, здібностей, можливостей збереження здоров'я [8].

Важливим є тлумачення терміна «здоров'язбережувальне освітнє середовище» А. Маджуги як цілеспрямованої і професійно створюваної системи дидактичних умов, в якій засвоєння знань, умінь і навичок, розвиток творчого мислення і формування емоційно-ціннісного ставлення до світу (в тому числі й до свого здоров'я) відбувається в ситуаціях фізичного, емоційного, інтелектуального, соціального, духовного комфорту [6].

Науковці В. Кучма й М. Степанова визначають, що здоров'язбережувальне середовище в освітній установі – це не стільки оздоровчі медичні заходи, скільки гігієнічно раціональні, відповідні віку дітей навчального навантаження, заняття в умовах, що відповідають вимогам санітарних норм і правил [9].

На думку О. Менчинської, у вирішенні проблеми збереження і зміцнення здоров'я учнів необхідно комплексний підхід, якій припускає перетворення освітнього середовища в здоров'язбережувальний життєвий простір [5]. Вчена вважає, що «здоров'язбережувальний життєвий простір» – це єдиний

ціннісний та інструментальний простір життя дитини в школі, вдома, у соціумі, наповнений навчальною, трудовою діяльністю і різностороннім спілкуванням: з однолітками, вчителями, батьками, дорослими. Не дивлячись на різні підходи до визначення освітнього простору та освітнього середовища у нашому дослідженні і у О. Менчинської, корисними для нас є акцент у здоров'язбережувальному середовищі на діяльності та комунікації з різними суб'єктами навчально-виховного процесу.

Дослідниця О. Підгірна здоров'язбережувальне середовище обґрунтовує як багаторівневу освітню систему і соціально організоване виховне середовище, в якому пріоритетами виступають: здоровий спосіб життя, культура здоров'я, прогнозування здоров'язбережувальної діяльності [10].

Таким чином, аналіз психолого-педагогічної літератури дозволяє визначити здоров'язбережувальне середовище навчального закладу як сукупність компонентів та спеціально створених організаційно-педагогічних умов, які у поєднанні й взаємодії між собою сприяють формуванню ціннісного ставлення до власного здоров'я, здоров'я оточуючих, навколишнього світу у дітей та забезпечують їх готовність до ведення здорового способу життя.

Для організації здоров'язбережувальної діяльності у загальноосвітніх навчальних закладах доцільно виробити стратегію формування оптимального внутрішньошкільного здоров'я-збережувального середовища, організації навчання з метою збереження і зміцнення здоров'я учнів та досягнення більш високої успішності навчання. Як зазначають науковці Г. Бейз та В. Кучма [11], для цього вирішуються такі завдання:

1) формування команди з усіх «учасників освітнього процесу» (педагогів, психологів, медиків, батьків, учнів тощо), що взаємодіє з керуючими органами і організаціями («вертикальні» зв'язки) та іншими зацікавленими партнерами – місцевими громадськими об'єднаннями, науковими організаціями, територіальними відділеннями шкільної і університетської медицини та здоров'я тощо («горизонтальні» зв'язки);

2) визначення цілей здоров'язбережувальної діяльності у ЗНЗ;

3) організація моніторингу, поточного контролю і оцінювання результатів як інструменту підвищення якості своєї роботи;

4) створення здоров'язбережувального середовища для реалізації освітнього процесу відповідно до вікових закономірностей і розвитку вихованців;

5) впровадження інноваційних освітніх здоров'язбережувальних програм і технологій, спрямованих на підвищення працездатності, забезпечення вікових темпів росту та розвитку дітей, підлітків і молоді;

6) надання пріоритету руховій активності в усіх сферах навчальної і позанавчальної діяльності ЗНЗ як необхідній умові здорового розвитку учнів;

7) впровадження інноваційних здоров'язбережувальних технологій фізичного виховання і забезпечення необхідним фізкультурно-спортивним устаткуванням для вдосконалення і розвитку рухових якостей, витривалості, фізичної працездатності дітей;

8) побудова навчально-виховного процесу на принципах взаємоповаги педагогів і учнів, розвитку комунікативних зв'язків й партнерства;

9) розвиток інтелектуальних і творчих здібностей учнів;

10) формування ціннісного ставлення до здоров'я, культури здоров'я учнів на всіх етапах їх навчання, забезпечення наступності освітніх програм навчання дітей здоров'ю, використання сучасних інформаційних технологій;

11) вдосконалення соціального партнерства в системі «педагог-учень-батьки», залучення учнів до здоров'язбережувальної діяльності як рівноцінних партнерів з реалізації програм зміцнення здоров'я, турбота про здоров'я і благополуччя усіх співробітників школи;

12) забезпечення ефективною системою медичного обслуговування, проведення моніторингу показників здоров'я.

На аналогічні, але більш загальні завдання для Шкіл сприяння здоров'ю вказує й А. Коробейников [13]. Він вважає, що актуальними залишаються такі завдання, як: створення нормативно-правової бази; здійснення моніторингу здоров'я учнів; медико-педагогічне оцінювання ефективності методик здоров'язбережувальних технологій; формування організаційних (державних і громадських) структур здоров'яспрямованої діяльності; організація підготовки учнів і перепідготовки учителів з метою оволодіння ними здоров'язбережувальними методами навчання.

Аналіз сучасних досліджень здоров'язбережувальної діяльності загальноосвітніх навчальних закладів [2; 11 та ін.] дозволив нам виділити основні методологічні підходи, на яких базуються концептуальні засади діяльності навчальних закладів: середовищний, особистісно орієнтований та компетентнісний.

Вважаємо, що одну із провідних ролей у формуванні здоров'язбережувального середовища відіграє середовищний підхід, який забезпечує комплекс науково-філософських уявлень про те, чим є особистість і середовище, як вони пов'язані між собою; і як вже зазначалося «враховує, що в результаті взаємодії середовища й особистості постає спосіб її життя, основні риси якого й визначаються умовами середовища; тлумачить середовище як засіб виховання і як технологію опосередкованого управління (через середовище) процесом формування і розвитку особистості дитини». Середовищний підхід розглядається нами як засіб пізнання й розвитку особистості дитини та є системою взаємодій із середовищем, яке водночас перетворюється в засіб діагностики, проектування і продукування результату. Крім того, середовищний підхід дозволить підійти до формування

здоров'язбережувального середовища ЗНЗ через призму оптимізації освітнього процесу для досягнення благополуччя дитини.

Формування здоров'язбережувального середовища у ЗНЗ неможливе і без застосування особистісно орієнтованого підходу. У контексті цього підходу розглядаємо й завдання формування системи особистісних цінностей, ціннісного ставлення до здоров'я, до себе, природи, людей, суспільства тощо.

Сучасне бачення цього підходу представлене у дослідженнях І. Беха [1]. Поділяємо думку І. Беха, який стверджує, що «особистісно орієнтоване виховання – це утвердження людини як найвищої цінності, навколо якої ґрунтуються всі інші суспільні пріоритети» [1]. Цей підхід, на думку автора, по-перше, є одиницею особистісного розвитку суб'єкта, який формує його вчинки, що мотивується певною морально-духовною цінністю. Тому лише за цього підходу можливо без будь-яких застережень говорити про духовно-практичне освоєння суб'єктом світу, про його морально-духовну практику стосовно світу людей і світу речей. По-друге, даний підхід забезпечує морально-духовний розвиток суб'єкта, а не його пристосування до умов навколишнього середовища. По-третє, особистісно орієнтований підхід до виховання, ґрунтуючись на механізмах свідомості й самосвідомості, сприяє формуванню вищих сенсів життя людини і практичної орієнтації на них у своїй життєдіяльності. Вважаємо, що без таких результатів навчання і виховання неможливо досягти провідної мети ЗНЗ – збереження та зміцнення здоров'я дітей, підлітків і молоді.

На нашу думку, особистісно орієнтований підхід забезпечує створення нових механізмів і технологій здоров'язбережувальної діяльності та ґрунтується на принципах справедливості і поваги до особистості, самостійності, індивідуальності. Основне завдання цього підходу – надати допомогу учневі у визначенні свого ставлення до самого себе, інших людей, навколишнього світу, власної діяльності. В результаті особистісно орієнтованого навчання розкривається творчий потенціал кожного учня.

Компетентнісний підхід за І. Бехом [1] – це спрямованість навчально-виховного процесу на формування та розвиток ключових компетентностей і життєвих компетенцій особистості. Компетентнісний підхід у сучасній освіті повинен забезпечити вищий рівень компетентності суб'єктів навчання. Даний рівень репрезентується сформованістю у суб'єкта наукового поняття «компетентність» як єдності, де наукова орієнтована основа дії визначає логіку її практичного виконання, яка полягає в інтелектуально-моральній саморегуляції, спрямованій на ефективне вирішення суб'єктом певних життєвих проблем.

Поділяємо також думку А. Хуторського, який вважає, що компетентнісний підхід акцентує увагу на результатах освіти, причому як результат освіти розглядається не сума засвоєної інформації, а здатність людини діяти у різних

проблемних ситуаціях [12]. Для нас важливим є формування в учнів здоров'язбережувальної компетентності «шляхом набуття учнями навичок збереження, зміцнення, використання здоров'я та дбайливого ставлення до нього, розвитку фізичної культури особистості та готовності до дій в умовах надзвичайних ситуацій». Досягнення такого результату можливе у здоров'язбережувальному середовищі ЗНЗ. Компетентнісний підхід спрямовує на розвиток здатності учнів практично діяти в різних життєвих ситуаціях задля збереження власного здоров'я, здоров'я інших людей. Даний підхід тісно пов'язаний з особистісно орієнтованим і середовищним підходами, оскільки ґрунтується на особистості учня та може бути реалізованим і перевіреном тільки в процесі виконання конкретним учнем певного комплексу дій.

Враховуючи позицію науковців [2; 3; 11 та інші], формування здоров'язбережувального середовища навчального закладу, на нашу думку, необхідно розпочинати з аналізу рівня здоров'я й способу життя учнів, що передбачає такі аспекти: роботу щодо здоров'язбережувальної діяльності учнів; визначення рівня фізичного розвитку та фізичної підготовленості учнів; визначення показників фізичного здоров'я; впровадження здоров'язбережувальних педагогічних технологій; організацію навчально-виховного процесу; створення сприятливого психологічного мікроклімату; підтримання санітарно-гігієнічних умов, урегулювання рухового режиму учнів; забезпечення раціонального харчування; впровадження медичного контролю та оздоровчих процедур.

Спираючись на практику навчальних закладів, можна визначити кроки створення здоров'язбережувального середовища у ЗНЗ.

Перший крок – аналіз інфраструктури ЗНЗ, навчального, навчально-методичного та кадрового забезпечення. Це дає можливість визначити умови для організації здоров'язбережувальної діяльності навчального закладу.

Другий крок – проведення моніторингу здоров'я дітей: фізичного здоров'я (фізичний розвиток, фізична підготовленість); психічного здоров'я (характер спілкування, уміння керувати психічними станами, рівень стресостійкості, особливості розумових здібностей); соціального здоров'я (соціальна адаптивність, соціометричний статус); духовного здоров'я (вольові навички, рівень саморегуляції, самооцінювання, показники духовності – прагнення до пізнання, до істини).

Третій крок – раціональна організація навчально-виховного процесу (нормування навчального навантаження і профілактика стомлюваності учнів; забезпечення оптимального рухового режиму дітей з урахуванням їхніх вікових особливостей; зміна видів і форм навчальної діяльності).

Четвертий крок – діагностика й корекція та попередження захворювань; проведення профілактики захворювань; вітамінотерапія.

П'ятий крок – підтримання й зміцнення всіх складових здоров'я учнів,

впровадження здоров'язбережувальних педагогічних технологій (залучення дітей до ігрової діяльності, ритмічних вправ, фізкультхвилинок).

Шостий крок – оздоровча робота у ЗНЗ за такими напрямками: первинна профілактика (забезпечення дотримання санітарно-гігієнічних норм у школі); вторинна профілактика (корекція вже наявних відхилень у стані здоров'я дітей); валеологізація навчально-виховного процесу (проведення Днів здоров'я, фізкультурно-оздоровчих заходів, класних виховних годин, лекцій, зустрічей із медичними працівниками, оформлення стендів, стіннівок, дотримання режиму праці й відпочинку, консультативна допомога учням, батькам, вчителям).

Сьомий крок – розвиток матеріально-технічної бази ЗНЗ; дотримання санітарно-гігієнічних норм і правил, що гарантують зміцнення здоров'я учнів (світловий і тепловий режими, вентиляція); дотримання норм пожежної безпеки; нормування навчального навантаження, обсягу домашніх завдань; створення комфортної атмосфери у взаєминах між учителями, учнями й батьками; формування й удосконалення системи медичного контролю та обслуговування у навчальному закладі (спільно з медичними установами); створення і розвиток системи фізичного виховання й спортивно-масової роботи; забезпечення закладу фахівцями (медичними працівниками, практичним психологом, соціальним педагогом).

Залучення до процесу формування здоров'язбережувального середовища учнівського самоврядування, що є способом організації життя колективу, який забезпечує комплексний виховний вплив на учнів шляхом їх залучення до усвідомленої й системної участі в житті класу і школи.

Останнім кроком є залучення батьківської громадськості, органів місцевого самоврядування, громадських організацій до створення здоров'язбережувального середовища у ЗНЗ.

Висновки. Отже, для формування здоров'язбережувального середовища у ЗНЗ вважаємо за доцільне застосовувати особистісно орієнтований, середовищний, компетентнісний методологічні підходи та здійснювати відповідні кроки до його організації.

Література

1. Бех І. Д. Особистісно зорієнтоване виховання : наук.-мет. посібник / І. Д. Бех. – К. : ІЗМН, 1998. – 204 с.
2. Єжова О.О. Концепція формування ціннісного ставлення до здоров'я в учнів професійно-технічних навчальних закладів / О.О.Єжова // Теоретичні питання культури, освіти та виховання: зб.наук.праць. – Вип.38 – К.: Вид.центр КНЛУ, 2009. – С.36-40.
3. Єжова О. О. Школи здоров'я у країнах Східної Європи: теорія і практика : монографія / О. О. Єжова, А. А. Бєседіна, Т. І. Бережна; за заг. ред. О. О. Єжової. – Суми : Сумський державний університет, 2016. – 288 с.

4. Кораблева Г. В. Философский энциклопедический словарь / Г. В. Кораблева, В. А. Лутченко. – М. ИНФРА. – М, 2003. – 576 с.
5. Мануйлов Ю. С. Средовой подход в воспитании / Ю. С. Мануйлов // Педагогіка. – 2000. – № 7. – С. 36–42.
6. Маджуга А. Г. Теория и практика формирования и развития валеоконативных стратегий личности в контексте здоровьесберегающего образования в современной школе / А. Г. Маджуга. – Шимкент : Изд-во ЮКГУ им. М. О. Ауезова, 2005. – 386 с.
7. Менчинская Е. А. Конструирование здоровьесберегающего процесса обучения в современной начальной школе : автореф. дис. ... канд. пед. наук : спец. 13.00.01 «Общая педагогика, история педагогики и образования» / Е. А. Менчинская. — Омск, 2008. – 29 с.
8. Миллер Н. Д. Здоровьесберегающее обучение детей санаторных классов общеобразовательной школы : автореф. дисс. ... канд. пед. наук : спец. 13.00.01 «Общая педагогика, история педагогики и образования» / Н. Д. Миллер. – Новокузнецк, 2006. – 18 с..
9. Степанова М. И. Инновации в образовании: размышления гигиениста / М. И. Степанова // Народное образование. – 2006. – № 1. – С. 29–33.
10. Подгорная О. Е. Проектирование здоровьесберегающего пространства общеобразовательной школы средствами личностно-ориентированного образования : дисс. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Ольга Ефимовна Подгорная. – Тирасполь, 2005. – 211 с.
11. Школы здоровья в Европе и России / [Г. Бёйс, В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева, И. К. Рапопорт и др.]. – М. : Научный центр здоровья детей РАМН, 2009. – 83 с.
12. Хуторской А. В. Ключевые компетенции: технология конструирования / А. В. Хуторской // Народное образование. – 2003. – № 5. – С. 55– 61.
13. Korobeynikov A. Education for balanced development in school / Anatoly Korobeynikov. – Strasbourg : Parliamentary Assembly Council of Europe, 2008. – 96 p. (англ.).

УДК 373.5:613/614

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ПРЕДМЕТУ «ОСНОВИ ЗДОРОВ'Я» В УМОВАХ ПЕРЕХОДУ ДО НОВОЇ УКРАЇНСЬКОЇ ШКОЛИ

Спірке Олена Андріївна

*Донецький обласний інститут післядипломної педагогічної освіти,
Донецьк, Україна
spirke@ippo.dn.ua*

W niniejszym artykule przedstawione zostały definicje oraz specyfika przeprowadzania przedmiotu „Podstawy zdrowia” w szkołach ogólnokształcących. Podkreśla się duże znaczenie treningu jako metody nauczania przedmiotu o rozwijaniu umiejętności życiowych, która jest uważana za najbardziej skuteczną w doskonaleniu kompetencji.

Słowa kluczowe: umiejętności życiowe, szkolenie, metodologia szkolenia, szkolenie zawodowe.

Найвищий пріоритет національної системи освіти – надати освіту і гарантувати благополуччя кожній дитині [2]. На сьогодні наголошується на трьох значущих навчальних можливостях, навчання на основі життєвих навичок, інформування про небезпеку, освіта щодо зменшення небезпеки лих [5].

Навчання життєвим навичкам – це процес навчання вмінню жити разом в суспільстві в якості відповідальних громадян. Життєві навички включають у себе навички спілкування, емпатію, співпрацю, розв'язання проблем, запобігання та вирішення конфліктів, переговори, медіацію, примирення, відповідної впевненості у собі, повагу до прав людини, ґендерну чутливість та активну громадянську позицію [5].

Всі ці питання об'єднує шкільний предмет «Основи здоров'я». Дослідження, проведене Фондом «Здоров'я через освіту» показало, що учні 4-11 класів в основному позитивно сприймають предмет (рис.1).

Але є ряд недоліків: учні та педагоги вважають цей курс «другорядним предметом»; часто ці уроки викладають не фахівці, низький рівень підготовки вчителя.

В українській освіті йде активна робота над програмою «Нова школа». Цей процес включає: реформування змісту навчальних програм, повну перебудову методик викладання шкільних предметів та реформу педагогічної освіти – як базової, так і післядипломної.

Питання як продовжити навчання життєвим навичкам та надання психосоціальної підтримки дітям України, де триває конфлікт та існують труднощі, на сьогодні є актуальним. Тому, наказом Міністерства освіти і науки

України (№5 від 11.01.2016р. та № 624 від 21.04.2017р.) передбачено викладання змісту життєвих навичок у межах предмету-носія «Основи здоров'я» [3, 4]. Освіта в галузі здоров'я на основі життєвих навичок є підходом, що передбачає використання різноманітного досвіду методик навчання та ставить за мету розвиток знань, формування ставлення та спеціальних навичок, необхідних для ведення здорового способу життя.

Ставлення учнів до предмету «Основи здоров'я»

Індикатор: % учнів, які оцінюють предмет «Основи здоров'я», як улюблений, корисний та цікавий, загалом корисний, але не дуже цікавий, взагалі не потрібний
Цільова група: учні 4 - 11 класів
Запитання в анкетах для учнів: 23

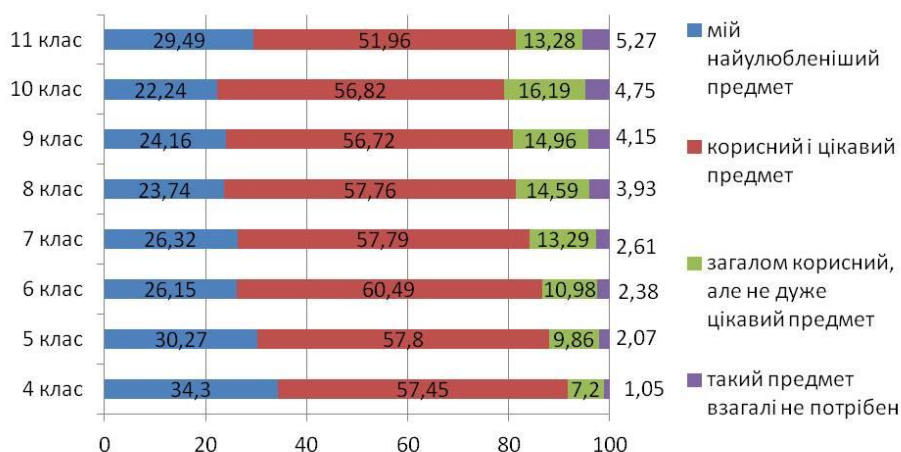


Рис. 1: Ставлення учнів до шкільного предмету «Основи здоров'я». Джерело: НtE

У Донецькій області визначено головну місію та завдання розвитку освіти, що зафіксовано в Програмі «Освіта Донеччини у європейському вимірі» на період 2017-2020 років [6].

У минулому навчальному році одним із напрямків роботи в Донецькій області було впровадження в 140 загальноосвітніх навчальних закладах проекту «Вчимося жити разом» (компонент «Освіта на основі життєвих навичок») за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні через предмет «Основи здоров'я». Учителі, які викладають предмет «Основи здоров'я» в школі, повинні удосконалювати свої знання та вміння з методики проведення уроків-тренінгів, з питань здорового способу життя та освіти на основі розвитку життєвих навичок, актуальних проблем і завдань розвитку підлітків. Для вирішення цих завдань Донецьким інститутом післядипломної педагогічної освіти було проведено 14 триденних тренінгів з «Методики викладання тренінгового курсу «Вчимося жити разом»» та сертифіковано 325 педагогів середньої та старшої школи, які успішно пройшли навчання. Свій досвід вчителі передали майже 12-ти тисячам учнів. Реалізуючи діяльнісний підхід, ця методика забезпечувала активну участь у навчанні кожного учня,

посилення командного духу класу, створювала сприятливий емоційний клімат, підвищувала авторитет вчителя тощо. Тренінгова методика викладання предмету щодо розвитку життєвих навичок визнана у світі найефективнішою для навчання компетентностям. Т.Воронцова, В.Пономаренко [1] вважають тренінг формою групової роботи, що забезпечує активну і творчу взаємодію його учасників між собою та тренером (учителем).

За проведеним онлайн-опитуванням учнів 4-9-х класів загальноосвітніх закладів Донецької області у вересні 2016р. та грудні 2017р. спостерігаємо як змінилася у позитивну сторону динаміка відповідей учнів після проведення уроків-тренінгів у курсі «Основи здоров'я».

Проаналізувавши відповіді учнів, можна зробити такі висновки:

- учням дуже сподобалися уроки-тренінги з навчання життєвих навичок. У деяких випадках діти були здивовані через нові підходи, які застосовувалися на перших уроках-тренінгах;
- учні стали спокійнішими, поліпшилися їхні відносини з однолітками, вчителями, зменшилася кількість бійок та проявів агресивної поведінки;
- учні відчували, що їх чули та розуміли.
- в учнів наразі поліпшилися навички управління стресом, сформувалися позитивні соціальні відносини, які мають вирішальне значення для ефективного подолання стресу та розвитку стійкості. Але рівень стресу залишається високим через нинішню ситуацію в Україні та накопичення стресу від початку воєнних дій;
- учні також отримали розуміння зміни своїх життєвих обставин [5].

Крім того, до навчального процесу з основ здоров'я, відповідно до регіональної програми розвитку освіти «Освіта Донеччини у європейському вимірі. 2017 – 2020 роки», включено реалізацію проектів «Безпечна школа в Україні» та «Мій світ без дискримінації». Проект «Безпечна школа» — це комплекс апаратних, програмних та методичних засобів, спрямованих на вирішення питань безпечного перебування дітей у школі, а також обліку відвідуваності, успішності та моніторингу місцезнаходження школярів з боку батьків. Метою проекту «Мій світ без дискримінації» є підвищення рівня обізнаності вчителів, учнів і батьків щодо дискримінації та її уникнення під час навчально-виховного процесу [6].

Отже, про сучасний підхід до предмета «Основи здоров'я» і для набуття учнями ключових компетентностей у сфері навчання на засадах розвитку життєвих навичок має пам'ятати кожний вчитель. Навчання здорового способу життя має бути системним і сприяти гармонійному розвитку всіх складових здоров'я. А однією з пріоритетних технологій загальноосвітнього навчального закладу, профілактикою негативних явищ та формування принципів здорового способу життя, є проведення уроків-тренінгів з предмета «Основи здоров'я».

Саме тому мета системи післядипломної педагогічної освіти у контексті зазначеного напрямку – створення належних умов для оперативного навчання учителів основ здоров'я, забезпечення їх готовності працювати в нових умовах, активно впроваджуючи здоров'язбережувальні та тренінгові технології у навчально-виховний процес.

Одним із напрямків роботи на 2017-2018 навчальний рік буде продовження впровадження в загальноосвітніх навчальних закладах Донецької області проекту «Вчимося жити разом» (компонент «Освіта на основі життєвих навичок») за підтримки Дитячого фонду «Здоров'я через освіту» ООН (ЮНІСЕФ) в Україні та Донецького обласного інституту післядипломної педагогічної освіти. Проект реалізовуватиметься через предмет «Основи здоров'я» у основній та старшій школі педагогами, які успішно пройшли навчання з методики викладання курсу «Вчимося жити разом» та отримали сертифікат: у 5-9-х класах передбачено 44 уроки-тренінги щодо життєвих навичок, а в 10-11-х класах — 4 уроки-тренінги за рахунок годин варіативного компоненту чи виховних годин.

У 2017 - 2018 н.р. в Донецькому інституті післядипломної педагогічної освіти навчання учителів предмету «Основи здоров'я» за компонентом «Освіта на основі життєвих навичок» буде проходити в очно-дистанційному форматі. У дистанційному форматі будуть розглядатися теоретичні питання, а на практичних заняттях очного формату здійснюватимуться відпрацювання тренінгових технологій щодо розвитку конкретних компетенцій, пов'язаних зі збройним конфліктом та переміщенням. За результатами курсу вчителі основ здоров'я отримають свідоцтво про підвищення кваліфікації та сертифікат викладача курсу «Основи здоров'я» у середній школі.

Із метою забезпечення методичного супроводу з цього напрямку у 2017-2018 н.р. Донецький облІППО організовуватиме заходи із учителями основ здоров'я щодо впровадження інноваційних освітніх технологій в навчальний процес, напрацювання навчально-методичних матеріалів, задоволення індивідуальних потреб освітян в особистісному та професійному зростанні; інформування педагогів про нові просвітницькі програми, зустрічі з громадськими організаціями; навчання молодих фахівців із предмета; партнерську взаємодію, обмін педагогічним досвідом. Найкраще сприятимуть поширенню сучасних педагогічних технологій такі заходи: курси підвищення кваліфікації, семінари-тренінги для освітян, відвідування уроків-тренінгів колег та спільноти учителів в соціальних мережах.

Тому учителі, які викладають предмет «Основи здоров'я» в загальноосвітніх закладах, мають удосконалювати свої знання та вміння з методики проведення уроків-тренінгів, з питань здорового способу життя та освіти на основі розвитку життєвих навичок, актуальних проблем і завдань розвитку підлітків.

Література

1. Воронцова Т. В., Пономаренко В. С. Захисти себе від ВІЛ. Тренінги життєвих навичок: методичний посібник для педагога-тренера. – Тернопіль : Навчальна книга – Богдан”, 2012. – 208.
2. Концепція нової української школи [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://mon.gov.ua/%D0%9D%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%BD%D0%B8%202016/12/05/konczepczyia.pdf>
3. Наказ МОНУ від 11.01.2016р. № 5 «Про затвердження плану заходів з реалізації спільного проекту «Вчимося жити разом» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://old.mon.gov.ua/ua/about-ministry/normative/4995>
4. Наказ Міністерства освіти і науки України від 21.04.2017р. № 624 «Про затвердження плану заходів на 2017 рік з реалізації спільного проекту «Вчимося жити разом» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://old.mon.gov.ua/ua/about-ministry/normative/page2/>
5. Оцінка проекту «Вчимося жити разом» <https://drive.google.com/drive/folders/0Bzt9FAqrO9WcR1FaaUJQTDIDckE>
6. Регіональна програма розвитку освіти «Освіта Донеччини у європейському вимірі 2017-2020 роки» / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://dn.gov.ua/regionalna-programa-osvita-donechchyny-v-yeuropejskomu-vymiri-2017-2020-roky>

УДК 37.034 – 053.6

УЯВА ПРО ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ В СВІДОМОСТІ ПІДЛІТКІВ РІЗНИХ ТИПІВ ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ ЗАКЛАДІВ

Галина Андреїко

*Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна, Харків, Україна
h.andreiko@karazin.ua*

Zbadano motywację do zdrowia w świadomości nastolatków. Przeprowadzono analizę definicji pojęcia „zdrowy styl życia”. Stwierdzono, iż na poziomie motywacyjnym prawie nie ukształtowano konieczności ochrony zdrowia i podstawowych zasad prowadzenia zdrowego trybu życia.

Słowa kluczowe: zdrowy styl życia, ochrony zdrowia.

В залежності від усвідомлення індивідом поняття здоров'я та його значення для повноцінного життя формується певна мотивації до здоров'я, а точніше до його збереження та зміцнення. На сьогодні при розробках здоров'язберігаючих програм одним з актуальних напрямів можуть бути попередні дослідження усесторонніх аспектів мотивації до здоров'я серед респондентів різних соціальних груп. Мета даної роботи – вивчення мотивації до здоров'я у свідомості людей. Одним із завдань дослідження було

проведення аналізу визначення поняття «здоровий спосіб життя» (ЗСЖ). Опитування з використанням методу незакінчених речень проводили у трьох групах підлітків 16-18 років (по 20 осіб у кожній), які навчались у різних загальноосвітніх закладах м. Виноградів Закарпатської області: загальноосвітній школі, державному коледжі та вищому професійному училищі (ВПУ).

Аналіз отриманих результатів виявив, що в усіх групах опитаних п'ята частина асоціює ЗСЖ лише з відсутністю шкідливих звичок. Найбільш часто підлітки ототожнюють ЗСЖ з «правильним та здоровим харчуванням» відповідно: 55 % учнів школи, 30 % студентів коледжу і найменше – 20 % учнів ВПУ. Серед останніх 5 осіб (25 %) не відповіли на запропоноване завдання.

Виявлено подібні терміни, які використали обстежені для визначення ЗСЖ. Так, 30 % студентів коледжу пов'язують ЗСЖ з «відсутністю захворювань і фізичних недугів», а учні школи і ВПУ характеризують цими термінами лише у 10 і 5 відсотках випадків відповідно. «Благополуччя, високий рівень та якість життя, комфортність», як складову ЗСЖ, вказали 25 % студентів коледжу та 10 % учнів ВПУ. Зі здоровим сном і відпочинком, а також із сексом пов'язують ЗСЖ студенти коледжу (відповідно 25 % і 5 %). Водночас один учень ВПУ і два школярі асоціюють ЗСЖ з оточенням, друзями і сім'єю. Слід звернути особливу увагу, що на відміну від інших опитаних, лише учні школи (15 %) ототожнювали ЗСЖ зі спортом і фізичною активністю.

Таким чином, на мотиваційному рівні практично не сформовано потреби у збереженні здоров'я і базових принципах ведення ЗСЖ. Оскільки спосіб життя тісно пов'язаний з особистісно-мотиваційною сферою людини, з її соціальними, фізичними можливостями та здібностями, то повернути увагу підлітків до власного здоров'я можна лише шляхом введення освітньо-навчальних програм і технологій, які сформулюють їх обізнаність про засади ЗСЖ та сприяють мотивації до його ведення.

УДК 371.214.46

НАВЧАННЯ УЧНІВ ДІЯМ У НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ ЯК УМОВА ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ШКОЛЯРІВ

Марія Астахова

*Харківська академія неперервної освіти, Харків, Україна
asmarta01@gmail.com*

Stwierdzono powiązanie między nauczaniem uczniów zachowania się w sytuacjach kryzysowych a ochroną zdrowia. Zauważono wpływ osobowości nauczyciela na kształtowanie u uczniów wiedzy, umiejętności oraz nawyków,

wartościowych punktów orientacyjnych stosownie własnego i społecznego bezpieczeństwa.

Słowa kluczowe: sytuacjach kryzysowych, ochroną zdrowia.

Сучасні умови розвитку суспільства характеризуються збільшенням кількості факторів, здатних викликати надзвичайні та небезпечні ситуації для життя і здоров'я людини, а саме: природні й техногенні аварії та катастрофи, забруднення довкілля, побутовий, виробничий та шкільний травматизм, масове поширення девіантних форм поведінки дітей і шкільної молоді, загострення соціальних хвороб, зростання загрози терористичних актів і виникнення воєнних конфліктів. Ці виклики сьогодення набувають глобального характеру й актуалізують проблему протидії їм, зокрема на рівні освіти.

Мета. Розкрити взаємозв'язок навчання учнів діям у надзвичайних ситуаціях та збереження здоров'я школярів, актуалізувати роль впливу особистості педагога на формування в учнів знань, умінь та навичок, ціннісних орієнтацій щодо особистої безпеки та безпеки оточуючих.

Методи дослідження: аналіз наукової літератури, моделювання, анкетування, опитування, спостереження, бесіда, методи експертних оцінок, самооцінки, кваліметричне моделювання.

Однією з провідних цілей державної політики у сфері освіти та захисту населення при виникненні надзвичайних ситуацій є підвищення рівня просвітницької роботи з безпеки життєдіяльності учасників освітнього процесу. Проблеми поліпшення організаційно-педагогічних умов навчання учасників навчально-виховного процесу з питань формування культури безпеки життєдіяльності серед дітей та молоді, формування здорового способу життя, оволодіння навичками самозахисту та рятування, способами захисту від впливу небезпечних факторів, викликаних надзвичайними ситуаціями, надання долікарської допомоги, стають надалі все більш актуальними і широко обговорюються на загальнодержавному та місцевому рівнях.

Аналіз людських загибелі у мирний час від наслідків аварій, катастроф та стихійних лих приводить до висновку, що більше, ніж 80% випадків надзвичайних ситуацій зв'язано з діяльністю людини та виникає з-за низького рівня професійної підготовки, безвідповідальності та невміння правильно себе поводити у небезпечній ситуації. Все це вимагає від освіти виховання «особистості безпечної типу». Індивідуальна захищеність людини, насамперед, базується на її мотивації безпеки, для розвитку якої великого значення набуває просвітницька робота в галузі знань про навколишнє середовище, здоровий спосіб життя та БЖД як для тих, що навчаються, так і для тих, хто навчає.

Традиційно, фундаментальний об'єм знань та вмінь, формування ціннісних орієнтацій та відповідних якостей прирощується в рамках вивчення

предметів «Основи здоров'я» та «Захист Вітчизни», однак ця робота повинна знаходити відбиття крізь інформаційну призму кожного навчального предмета, крізь знання кожного вчителя-предметника та виховну роботу класного керівника.

Результати. Розроблено кваліметричні моделі дослідження безпеки учнів та виховної профілактичної діяльності навчального закладу.

Висновки. Велика кількість нещасних випадків, які трапляються з дітьми в урочний та позаурочний час вимагають від педагогічних працівників сумлінної та відповідальної роботи. Разом з тим запроваджувати серйозні системні комплексні підходи без створення єдиної обґрунтованої системи проведення просвітницької діяльності в галузі збереження життя та здоров'я учнів та вихованців неможливо.

УДК 374

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПУТИ СОХРАНЕНИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ

Трубавина И.Н.

*Харьковский национальный педагогический университет
имени Г.С. Сковороды, Харьков, Украина
trubavina@gmail.com*

The article reveals the essence of health from the standpoint of pedagogy and pedagogical ways of preserving and restoring health. Emphasis is placed on the subjectivity and abilities of the individual, on her motivation. Pedagogical ways of their formation are suggested: situational upbringing, the method of analyzing pedagogical situations, forming the activity and independence of the individual, life skills, legal, civic, valeological and moral upbringing of the individual.

Keywords: health, opportunity, subjectivity, formation of subjectness.

Artykuł ukazuje istotę zdrowia z punktu widzenia pedagogiki i nauczania sposobów zachowania i przywracania zdrowia. Nacisk na podmiotowość i możliwości danej osoby, jego sposoby motywacji. Predlozheny pedagogicheskie do formirovaniya- szkolenia sytuacyjnej, metody analizy sytuacji pedagogicznych, działalność formacji i autonomii osobistej, umiejętności życiowych, prawnego, cywilnego, moralnego, valeological edukacji człowieka.

Słowa kluczowe: zdrowie, okazja, subiektywność, formacja subiektywność.

Понятие здоровья традиционно относится к врачебной деятельности. В то же время существуют и педагогические пути сохранения и восстановления здоровья в помощь медицине как совокупности потенциальных и реальных возможностей человека в осуществлении своих действий без ухудшения

физического и духовного состояния, без потерь в адаптации к жизненной среде [3]. Ключевым словом тут является «возможность», а возможное «обеспечивает перевес» существованию над несуществованием [1]. Таким образом, возможность зависит от мотивационной сферы человека и его усилий для себя (так же как и для его здоровья).

С другой стороны, здоровье предполагает деятельность как совокупность действий, которая имеет цель, предполагает активность и субъектность личности. Под субъектностью понимается способность к целенаправленной преобразовательной активности, осознанному выбору в постоянно изменяющейся социокультурной и образовательной ситуации и ответственности за создание условий своего развития и профессионального становления [2]. Поэтому в педагогике остро сегодня стоит вопрос о формировании субъектности личности, которая обеспечит, кроме прочего, самостоятельность и активность личности, выбор ею здорового образа жизни, мотивацию к сохранению здоровья, его поддержанию как средству обеспечения своей жизни. Субъектность как направление развития присутствует в каждом жизненном явлении [1], т.е. формируется ежедневно, в любой деятельности, что надо показать детям и проанализировать. Отсюда необходимость специального формирования субъектности через анализ педагогических ситуаций, ситуативное воспитание, создание и разрешение ситуаций выбора, проб для социального закаливания, обучение жизненным умениям (коммуникативным, принятия решений, критического мышления, управления собой, своим состоянием), воспитание активности и самостоятельности личности, правового, гражданского, валеологического, нравственного воспитания в контексте выбора личности и результатов ее деятельности.

Литература

1. Возможность. Философский энциклопедический словарь. Режим доступа: http://www.nlr.ru/res/inv/guideseria/filosofia/record_full.php?record_ID=28&rid=2
2. Гусева И.А. Субъектность как категория современной науки. Режим доступа: https://superinf.ru/view_helpstud.php?id=1660
3. Ларионова С.И. Здоровье современного человека как ценность. Режим доступа: <http://genmir.ru/b/dok/lar2.htm>

УДК 373.3

ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ Й КОРЕКЦІЇ ТРУДНОЩІВ І ПОРУШЕНЬ У ФОРМУВАННІ ШКІЛЬНИХ УМІНЬ ТА НАВИЧОК

Наталія Голуб

*Харківський національний педагогічний університет імені Г.С. Сковороди,
Харків, Україна
nataly.golub@ukr.net*

Rozpoznano czynniki ryzyku powstania u uczniów młodszych trudności i naruszenia w procesie przyswajania umiejętności czytania, pisania oraz umiejętności matematycznych; wyznaczono kierunki działania pracy profilaktycznej w celu pokonania trudności.

Słowa kluczowe: uczniów młodszych, czynniki ryzyku

Однією з гострих проблем початкової школи є неухильне збільшення кількості дітей із стійкими труднощами в опануванні базовими навчальними предметами (Е. Данілавічюте, В. Ільяна, О. Корнєв, Р. Лалаєва, Л. Парамонова, Т. Пічугіна, І. Прищєпова, В. Тарасун, Н. Черєдніченко, М. Шєремет та ін.).

Мета – виявити фактори ризику виникнення в молодших школярів труднощів і порушень в оволодінні читанням, письмом, арифметичними навичками; визначити напрями профілактичної та корекційної роботи з ними. Методи дослідження: вивчення наукової літератури, аналіз, систематизація наукових даних щодо зазначеної проблеми; вивчення досвіду проведення діагностичної, профілактичної, корекційної роботи з дітьми, що мають труднощі у навчанні, порушення писемного мовлення, дискалькулію.

Стійка неуспішність у навчанні може бути викликана впливом різних факторів, як біологічних (стан здоров'я та розвитку дитини), так і мікросоціальних (недоліки виховання у сім'ї тощо). Випадки соціально-педагогічної занедбаності дитини, дефіциту спілкування у родині та інші негативні соціальні фактори неодмінно посилюють дію несприятливих біологічних чинників, але ж саме останні є ключовими в етіології як труднощів у навчанні дітей, так і порушень у них писемного мовлення, дискалькулії.

Чинниками, що обумовлюють стійкі шкільні труднощі, часто стають порушення функціонування нервової системи. Вони можуть не мати важкого характеру, але нерідко знижують адаптивні ресурси ЦНС й утруднюють оволодіння дітьми шкільними навичками (Т. Ахутіна, О. Балашова, М. Безрукіх, В. Ковальов, О. Корнєв, Н. Корсакова, О. Мастюкова, Ю. Мікадзе та ін.). У випадках цереброорганічної патології резидуального (здебільшого перинатального) характеру діти набагато частіше страждають на дислексію, дисграфію, дизорфографію, дискалькулію.

Результати. Виявивши дітей із труднощами у навчанні, слід попереджати в них ризик щодо відхилень у стані здоров'я, академічної неуспішності, порушень адаптації в соціумі. Що стосується профілактики і корекції порушень писемного мовлення, дискалькулії, то необхідною є опора на такі принципи: патогенетичний принцип (з урахуванням механізмів порушення корекційний вплив спрямовується на відновлення недорозвинених психічних функцій); комплексного підходу; урахування психологічної структури процесів читання та письма, формування арифметичних навичок; максимальної опори на полімодальні аферентації, на різні функціональні системи та аналізатори під час формування вищих психічних функцій; опори на збережені ланки порушеної функції; принцип поетапного формування розумових дій; урахування зони «найближчого розвитку»; принцип поступового ускладнення завдань і системності у застосуванні різних методів та прийомів залежно від мети, особливостей, етапу корекційної роботи; урахування симптоматики та ступеню вираженості порушення; принцип діяльнісного підходу; онтогенетичний принцип.

Обговорення і висновки. Організація роботи з профілактики труднощів у навчанні і подолання порушень писемного мовлення, дискалькулії здійснюється відповідно до результатів діагностики їхніх проявів у дитини молодшого шкільного віку (під час виявлення специфічних помилок та їхньої природи встановлюються механізми їх виникнення і ті слабкі ланки системи навчально-пізнавальної діяльності учня, що потребують корекції й розвитку).

Література:

1. Голуб Н. М. Корекція порушень писемного мовлення в дітей молодшого шкільного віку: монографія / Н. М. Голуб. – Харків: Майдан, 2014. – 366 с.

УДК 37.091.3:613] 392 (477)

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ДУХОВНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ В ТРАДИЦІЯХ УКРАЇНСЬКОГО НАРОДУ

Ольга Мірошніченко

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, Харків, Україна
aurelia_aurita@meta.ua*

Przedstawiono aspekty kształtowania zdrowia duchowego jednostki w tradycjach narodu ukraińskiego oraz jego elementy.

Słowa kluczowe: zdrowia duchowego, tradycjach narodu ukraińskiego.

Державні освітні документи визначають один із пріоритетних напрямів реформування виховання дітей та молоді – його наповнення культурно-

історичними надбаннями українського народу, розроблення теоретико-методологічних аспектів національного виховання з урахуванням вітчизняного досвіду. У цьому контексті заслуговують на увагу дослідження, у яких представлено етнічний досвід збереження та зміцнення здоров'я особистості (О. Алєксєєв, Л. Вострокнутов, О. Мандзяк, І. Піскунова, Є. Приступа, В. Старков, М. Стельмахович, В. Струманський, А. Цьось та інші), теоретичні й методичні аспекти використання народних традицій здорового способу життя українців у сучасній практиці виховання дітей та молоді (Ю. Бойчук, В. Бобрицька, М. Гончаренко, Н. Даделюк, Б. Кіндратюк, В. Левків, С. Литвин-Кіндратюк, І. Набока, Л. Сливка та інші). Водночас теоретичний аналіз наукових праць дає підстави для актуалізації питання особливостей формування духовного здоров'я особистості в традиціях українського народу. Метою роботи є визначення особливостей формування духовного здоров'я особистості в традиціях українського народу та його складові.

Духовне здоров'я характеризується вмінням жити у згоді з собою, з рідними, друзями і суспільством, умінням прогнозувати, моделювати події і складати програму своїх дій. Основний критерій духовного здоров'я – це совість. Формування моральної свідомості і моральних якостей особистості є основою процесу соціалізації молодого покоління в усіх типах суспільства, і це слугує провідною метою виховної роботи шкіл, вищих навчальних закладів, соціальних інститутів, що забезпечують соціалізацію особистості. При цьому моральність розуміється не як природна, а як набута, вихована якість особистості, оскільки морально зріла людина повинна мати риси характеру, що відповідають загальноприйнятим у конкретному суспільстві на цьому етапі його розвитку встановленому порядку, нормами, звичаям соціального життя, тощо.

Більше третини днів року в українців займають свята. Свято від слова «святий», «святість». Залучення школярів та молоді до українських народних свят розвивають соціальну активність, їх духовність, допомагають переосмислювати буття людини на землі та оздоровлюватися за допомогою обрядових дій, виховують повагу до культурної спадщини України. Святкові дні слугують для очищення душі людини, для того, щоб привести себе у відповідь з вищими законами буття, у гармонію із Всесвітом, з природою.

Отже, виділено основні складові формування духовного здоров'я особистості в традиціях українського народу: мова; український фольклор; українська народна творчість; здатність допомагати іншим, співчувати, співпереживати; прагнення до позитивного ідеалу у відповідності до національних та духовних традицій; пріоритетність загальнолюдських цінностей, а саме: Істина, Краса, Любов, Добро, Свобода, Справедливість, Людяність, Совість, Гідність.

Духовні цінності народу, його традиції і звичаї, які накопичувалися протягом багатьох віків відіграють сьогодні вирішальну роль в становленні особистості, у формуванні духовно-етичних якостей підростаючих поколінь. У них зосереджені такі гуманістичні цінності, які не схильні до старіння. У той же час вони створюють етнічну специфіку народу, прикрашають його духовну подобу. У сучасному освітньому процесі важливо забезпечити дотримання принципів єдності, системності та наступності поколінь, що сприятиме внесенню національного й етнопедagogічного компонентів у структуру теорії й практики виховання здорового способу життя, що дозволить більш ефективно формувати мотивацію і цінності оздоровчої активності дітей та молоді України.

УДК 371.315.6:51

ІННОВАЦІЙНІ ОЗДОРОВЧІ ТЕХНОЛОГІЇ НАВЧАННЯ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ

Л.В.Самойленко

*Комунальна установа Сумська загальноосвітня школа I-III ступенів №6,
Суми, Україна
svitlo70@ukr.net*

W niniejszym artykule omówione zostały zagadnienia wykorzystania innowacyjnych technologii w sektorze ochrony zdrowia w szkole podstawowej. Podano zestaw ćwiczeń gimnastycznych, skierowanych na stan fizycznego oraz psychologicznego relaksu u uczniów podczas lekcji.

«Даючи знання, не відбирай здоров'я», – так ще у Давньому Римі було сформульовано один із найгуманніших принципів освіти. Не втратив він актуальності й у наш час. Адже збереження та зміцнення здоров'я молодого покоління – найважливіша функція шкільної освіти. Тому у педагогічній діяльності використовуються оздоровчі технології.

Початковій школі належить особливе місце у структурі загальної середньої освіти, оскільки цей період є початком навчальної діяльності, яка вимагає від дитини не лише значного розумового напруження, а й великої фізичної витривалості, вольових зусиль. Моніторинг медоглядів показав, що найбільше проблем у дітей маємо із захворюваннями зору, порушеннями постави та захворюваннями органів травлення. Знання без здоров'я нікому не потрібні, тому більш важливо й економічно вигідно навчити дитину берегти здоров'я, ніж лікувати.

Мета: ознайомлення з інноваційними здоров'язбережувальними технологіями навчання молодших школярів.

Виклад основного матеріалу. Формування культури здоров'я молодших школярів передбачає такі завдання: поширювати культ здоров'я в школі та сім'ї; забезпечити відповідну рухову активність дітей; забезпечити наступність та взаємозв'язок здоров'язбережувальної педагогічної діяльності на уроках та в позаурочний час; формувати уявлення щодо взаємозв'язку між здоров'ям дитини та здатністю до самореалізації в майбутньому; розвивати духовну сферу учнів.

Учителі – творці майбутнього, які знаходяться в постійному творчому пошуку, щоб дитина, у світі повному новизни та інформації, була щасливою і здоровою в шкільній родині. Тому на сьогоднішній день будь-яка технологія, яка використовується у початковій школі і не тільки, повинна бути здоров'язбережувальною та здоров'язміцнювальною. Адже, простежується значне погіршення стану здоров'я дітей молодшого шкільного віку, особливо на етапі початкового навчання. Дана обставина спонукає до пошуку нових ефективних дидактичних методик, форм і методів навчання.

На початок 1 класу – 10,1% дітей мають I групу здоров'я; закінчують молодшу школу – 3,8% здорових дітей; лише 30% дітей шкільного віку можуть виконувати фізичні нормативи без ризику для здоров'я; лише у 18-24% дітей процеси відновлення функціонального стану організму після виконання нормативів відбуваються сприятливо.

Більшість відхилень у стані здоров'я молодших школярів пов'язане з розумовим навантаженням, у порівнянні з дошкільним дитинством, скорочення часу рухової активності внаслідок довгого сидіння за партою як у процесі навчання, так і під час приготування домашніх завдань. Тому переосмисливши сутність усіх складових здоров'я, створено здоров'язбережувальне середовище в класі. У класі є куточок «релаксації», де в оточенні зелених рослин під музичний супровід діти можуть відновити свою розумову і фізичну працездатність. Використовуються для ігрових посиденьок «килимки добрих справ»; на «кріслі емоційного розвантаження» діти можуть висловлювати свої болі, невдоволення, пожалітися або поділитися радістю перемоги чи відкриття.

Необхідно посилювати здоров'язбережувальну складову навчального контенту. Тому у процесі підготовки до уроків зміст програм і підручників доповнюємо творами, у яких популяризується здоровий спосіб життя. Це можуть бути тексти диктантів, вправ, сюжетні задачі, добірка текстів для позакласного та родинного читання.

Здоров'язбережувальні технології створюють оптимальні умови для збереження здоров'я школярів і сприяють підвищенню результатів навчання. На уроках для формування потреби цінувати власне життя та здоров'я інших, при появі перших ознак втоми в учнів використовуються оздоровчі технології: ранкова, кінезіологічна, дихальна, пальчикова та звукова гімнастики, вправи

для очей, імітативні руханки, вправи-енерджайзери, фізкультхвилинки, казкотерапія, психорегулювальні вправи, аромотерапія, сольові мішечки.

Одним із альтернативних підходів для зняття загальної втоми та перевтоми та поліпшення ефективності засвоєння навчального матеріалу є «навчання в русі». Основою педагогічної технології «навчання в русі» – є рухове відтворення навчального матеріалу. Зміст навчального матеріалу, який вивчається, супроводжується руховими діями певної структури, що сприяє психофізичному розвитку школярів. Учені вважають, що запам'ятовування та усвідомлення отриманої інформації краще відбувається тоді, коли людина стоїть або рухається, а найбільш оптимальною формою є фонове рухове активність, яка доповнюється асоціаціями. З власного досвіду можна засвідчити, що у системі пізнавально-рухового навчання рухове активність школярів поліпшує якість сприйняття навчальної інформації. Пізнавально-рухове навчання спонукає дітей демонструвати свої розумові здібності та знання. Під час ігрової діяльності поєднаної з використанням математичних знань, мовлення та рухів у школярів здійснюється у тісному взаємозв'язку між слуховим та руховим сприйняттям, та відповідно, мовленевим і руховим відтворенням. Зміст навчального матеріалу, який вивчається, супроводжується руховими діями певної структури, що сприяє психофізичному розвитку школярів.

Наприклад, на уроках математики:

- усі цифри, приклади, арифметичні дії, які вивчаються у процесі рішення задач можна запам'ятовувати не лише під час написання їх у зошиті або біля дошки, а й одночасно з усним промовлянням, доповнювати паралельно за допомогою рухів плечовими суглобами - плечами, або «писати» їх носиком у повітрі, що сприяє зняттю втоми з шийного та грудного відділів хребта, які несуть найбільше статичне навантаження під час сидіння за партою;

- швидкість мислення під час закріплення математичних дій відображати у русі – показ руками геометричні фігури, обчислювальні дії (+, – тощо);

- завдання «ланцюжок»: стоячи між партами, учні один одному задають приклад, відповідно пройденому матеріалу, і повернувшись, сповіщає його стоячому за ним школяру. Наступний учень розв'язує приклад і продовжує гру новим прикладом, повернувшись на 180° та плескаючи у долоні. Виграє ряд, який швидше закінчить розв'язувати приклади.

На уроці української мови:

- для закріплення правопису літер застосовувати написання їх плечовими суглобами або кінчиком носа в повітрі;

- відображати кожну вивчену літеру (алфавіт тілорухів) або побудова слова у вигляді імпровізованих рухів (1 клас). Учні тілом зображують букву, слово, а це рух, мислення, розвиток;

- показ руками буквоз'єднань(верхнє, нижнє);

- для закріплення знань частин мови та для розвитку швидкості мислення можна застосовувати гру «Впізнай частину мови». Учні кожного ряду піднімаються, приймають правильну поставу (сольові мішечки у дітей на голові), коли назвали частину мови, означену вчителем для їх ряду. Наприклад, 1-й ряд – іменник, 2-й – прикметник, 3-й – дієслово.

Учитель читає вірш, а учні повинні впізнати частину мови та своєчасно встати, продемонструвавши правильну поставу або піднявши руки догори, або руки за голову. Виграє команда ряду, яка зробила найменше помилок. Такі методичні підходи дозволяють засвоювати учням навчальну інформацію та своєчасно запобігати прояву розумової втоми або знімати її, розв'язуючи навчальні, оздоровчі і виховні завдання.

Для формування правильної постави, починаючи з 1 класу, учні привчаються тримати мішечки з сіллю на голові під час письма та усних відповідей.

Кінезіологічні вправи або «гімнастика мозку» синхронізують роботу півкуль, покращують розумову діяльність, сприяють поліпшенню пам'яті та уваги, полегшують процес читання та письма. Кінезіологічні вправи нагадують звичайну зарядку й прості у виконанні. Для їх виконання відводиться 1хвилина на уроці. Учні із задоволенням виконують такі вправи:

Вухо-ніс

- лівою рукою беремося за кінчик носа, а правою – за ліве вухо;
- плескаємо долоньками;
- правою рукою беремося за кінчик носа, а лівою – за праве вухо;
- плескаємо долоньками.

Щоб емоції владнати,
Маму будемо навчати.
Треба взяти вушко й ніс,
Плесніть всі в долоні – please.

Дзеркальне малювання

Покладіть на стіл чистий аркуш паперу, візьміть в кожну руку по олівцю, малюйте одночасно обома руками дзеркально-симетричні малюнки, літери та цифри.

Кулак – ребро – долоня

Три положення руки на площині столу, послідовно змінюють один одного. Стиснута в кулак долоня, положення долоні ребром, долоня притиснута до площини столу. Виконується спочатку лівою, потім правою рукою, а потім двома руками разом. Повторити 8-10 разів.

Такі методичні підходи дозволяють засвоювати учням навчальну інформацію та своєчасно запобігати прояву розумової втоми або знімати її, розв'язуючи навчальні, оздоровчі і виховні завдання.

Випускники початкової школи кажуть: Я – фізично здоровий; всезнайко; культурна особистість; дослідник; шукач нового; патріот. Життя мене навчило, що формування культури здоров'я молодших школярів є головним напрямком, який започаткує здоровий спосіб життя як ціннісну орієнтацію дитини в майбутнє.

Література

1. Богосвятська А.І. Як зробити смачний, ароматний, кольоровий урок літератури. – Львів 2015. – С. 5,6
2. Ващенко О., Свириденко С. Готовність вчителя до використання здоров'язберігаючих технологій у навчально-виховному процесі // Здоров'я та фізична культура. – 2006. – №8. – С. 1-6.
3. Дубогай О. Навчання в русі.- Шкільний світ, 2006. –С.98
4. Петрочко Ж.В. Концептуальні засади Школи, дружньої до дитини / Петрочко Ж.В., Єжова О.О., Кириченко В.І. // Довідник директора школи. – 2014. – №1–2. – С.24–27.
5. Програми для початкової школи загальноосвітньої школи. 1-4 класи. – К.: Видавничий дім «Освіта» – 2016
6. Ноосферна освіта в Україні. Методичний посібник. За ред. Г.В. Курмишева і Т. В. Олійник. – Х., 2010. – 333 с.

УДК 316.324+37.015.3

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ СРЕДНЕЙ И СТАРШЕЙ ШКОЛЫ

Александр Спицын

*Государственный институт управления и социальных технологий
Белорусского государственного университета,
Минск, Республика Беларусь
Spitsyn.a.a.1979@gmail.com*

Internet addiction now has become a significant pedagogical problem. It is the decline in academic performance of students and senior students due to abuse of Internet resources in their time attracted attention and led to the very notion of Internet addiction. Since then, the situation is moving towards increasing the number of Internet-dependent learners. In this case, the emergence of this deviant type of behavior in adolescents and young people is more likely than in older persons. The main advantages of the technology of diagnostics and prevention developed by us are: 1) the ability to differentially approach the prevention of Internet addiction, taking into account the sexual, constitutional and psychological characteristics of students; 2) its independence from a specific implementation in the learning process in the context of any school.

Podsumowanie: Uzależnienie od internetu stało się obecnie znaczącym problemem pedagogicznym. Jest to spadek wyników akademickich studentów i studentów z powodu nadużywania zasobów internetowych w ich czasach przyciągnął uwagę i doprowadziło do samego pojęcia uzależnienia od Internetu. Od tego czasu sytuacja zmierza do zwiększenia liczby uczniów zależnych od Internetu. W takim przypadku pojawienie się tego dewiacyjnego zachowania u nastolatków i młodzieży jest bardziej prawdopodobne niż u osób starszych. Głównymi zaletami technologii diagnozowania i profilaktyki opracowanej przez nas są: 1) zdolność do odmiennego podejścia do zapobiegania uzależnieniu od internetu, biorąc pod uwagę cechy seksualne, konstytucyjne i psychologiczne uczniów; 2) niezależność od konkretnej realizacji w procesie uczenia się w kontekście jakiegokolwiek szkoły.

Słowa kluczowe: uzależnienie od internet, model pedagogicznym.

Интернет-зависимость в настоящее время стала существенной педагогической проблемой. Именно снижение академической успеваемости студентов и старших школьников по причине злоупотребления Интернет-ресурсами в своё время обратили на себя внимания и привели к появлению самого понятия Интернет-аддикции. С тех пор ситуация движется в сторону роста количества Интернет-зависимых обучающихся. При этом возникновение данного отклоняющегося типа поведения у подростков и молодых людей более вероятно, чем у лиц старшего возраста.

На сегодняшний день проблема Интернет-зависимости находится под пристальным вниманием большого количества специалистов, преимущественно психологов и психиатров. В ходе анализа литературных данных нами был отмечен ряд противоречий.

Противоречие между влиянием Интернет-зависимости на субъектов педагогического процесса (преимущественно на обучающихся) и отсутствием полноценного педагогического анализа данного явления.

Противоречие между большим количеством психологических коррелятов Интернет-зависимости и отсутствием их чёткой дифференциации и систематизации, как следствие – отсутствием применимого на практике понимания системы условий формирования Интернет-аддиктивного поведения.

Противоречие между биосоциальным характером факторов формирования личности и скудным количеством исследований антрополого-физиологических условий формирования Интернет-зависимости.

Противоречие между социально-педагогическим характером проблемы формирования Интернет-зависимости в ходе образовательно-воспитательного процесса и отсутствием социально-педагогической модели диагностики и воздействия на неё.

Исходя из этого, мы поставили целью данного исследования разработку модели психолого-педагогической диагностики ранних стадий зависимости от Интернета у учащихся средней и старшей школы для дальнейшей

индивидуализации процессов педагогической профилактики.

Таблица 1

Структурно-функциональная модель технологии социально-педагогической диагностики и профилактики Интернет-зависимости

Целевой компонент	Социальная необходимость: наличие негативных последствий Интернет-зависимости для семейной, трудовой и гражданской жизни и социальный заказ на людей, не использующих аддиктивные формы поведения.
	Цель: предотвращение развития тяжелых форм Интернет-зависимости у обучающихся средствами педагогической профилактики на основании дифференцирующих диагностических процедур
	Задачи: 1) Своевременная диагностика Интернет-зависимости, биологических, социальных и личностных условий её развития. 2) Профилактика углубление Интернет-зависимости путём коррекции указанных условий 3) Развитие навыков самоконтроля и антиаддиктивных установок, предотвращающих переход к зависимому поведению в будущем.
Нормативно-теоретический компонент	Подходы: системный, информационный, социально-профилактический, антропологический, дифференциальный, субъектный
	Принципы: системности и последовательности; целостности; субъектности; развития и саморазвития; сотрудничества; рефлексивности; био-социального единства; информатизации
	Субъекты. 1) педагоги: учителя, преподаватели, психолог, социальный педагог, родители, куратор, классный руководитель (осуществляют диагностику, организацию, стимулирование, педагогическое сопровождение) 2) обучающиеся: старшеклассники, студенты (самопознание себя и своих особенностей, рефлексия, самоорганизация, самооценка, активное участие в профилактических мероприятиях)
Организационно-методический компонент	Методики диагностики: тест К.Янг, опросник В.Лоскутовой, тест Хорна-Осберга на хронотип, тест Леонгарда-Шмишека на акцентуацию характера, антропометрия, термометрия.
	Уровень Интернет-зависимости: отсутствие, склонность, лёгкая, сильная. Тип склонности: социофобная, дистимически-депрессивная, неуравновешенная, гипертимная, низкоорганизационная
	Методики профилактики: проблемное, контекстно-знаковое обучение, тренинги развития самоконтроля, тренинги общения, физические и спортивные упражнения, научно-исследовательская работа, спортивные и военно-ролевые игры
	Педагогические условия: 1) развитие у обучающихся осознанной мотивации к здоровому использованию Интернет-ресурсов; 2) диагностика причин формирования Интернет-зависимости или склонности к ней; 3) формирование соответствующих социальных и личностных компетенций обучающихся, которые дают возможность устранить или компенсировать причины возникновения Интернет-зависимости
	Формы: индивидуальная работа, парная работа, малая группа, тренинговый круг, элемент урока, тематический классный (кураторский) час, кружковая работа, занятия физкультурой
Результативно-оценочный компонент	Результат: Снижение уровня Интернет-зависимости и/или устранение склонности к ней.
	Уровни зависимости: отсутствие (желательный уровень), склонность (допустимый уровень), лёгкая (недопустимый уровень), сильная (недопустимый уровень)
	Критерии: тест К.Янг, тест В.Лоскутовой, мотивация к здоровому использованию Интернет-ресурсов, наличие антиаддиктивных установок

В основе создаваемой нами модели лежат четыре компонента, выделяемые В.П.Беспалько [1] – целевой, нормативно-теоретический, организационно-методический и результативно-оценочный. Данные

компоненты обеспечивают возможность представить диагностику и профилактику Интернет-зависимости как целенаправленный процесс развития поведения личности по неаддиктивному пути (табл. 1).

В качестве основного диагностического критерия нами предлагается опросник К.Янг на Интернет-зависимость с дополнением опросника В.Лоскутовой [2].

Основываясь на данных наших исследований можно предложить следующие критерии диагностики, позволяющие выделить различные причины Интернет-зависимости: тест Леонгарда-Шмишека на акцентуацию характера, тест Хорна-Осберга на хронотип, определение соматотипа по У. Шелдону (табл. 2). При этом тестирование уровня алекситимии, предлагаемое некоторыми авторами, мы считаем неинформативным для задач модели.

Таблица 2

Примерная форма диагностических параметров, заполняемая социальным педагогом или педагогом-психологом

ФИО, класс (группа)		
Возраст		
Пол		
<i>Диагностический параметр</i>	<i>Значение</i>	<i>Замечания, пометки</i>
Опросник К.Янг		
Опросник В.Лоскутовой		
Хронотип (по тесту Хорна-Осберга)		
Соматотип (по У.Шелдону)		
Преобладающие акцентуации характера (по тесту Леонгарда-Шмишека)		

Совокупность данных литературы и наших собственных исследований позволяет выделить следующие типы склонности к Интернет-зависимости, основываясь на причинах их возникновения: социофобная, дистимически-депрессивная, неуравновешенная, гипертимическая, демонстративная, низкоорганизационная. Данная классификация представляется впервые.

Основной причиной социофобной формы склонности следует считать низкий уровень социально-коммуникативных навыков, неуверенность в себе, оценку социального окружения как недоброжелательного, низкую мотивацию к прямой (не опосредованной) коммуникации с людьми и социофобию (которая является атрибутом церебротонического темперамента У.Шелдон). Такой тип чаще наблюдается у юношей и, согласно Schimmentia A. [3] может быть связан с травматическим опытом, травмирующими воспоминаниями. Предиктором может стать церебротонический темперамент, связанный с эктоморфическим соматотипом. В сложных случаях для профилактики

Интернет-зависимости необходима психотерапия травматических воспоминаний, на что указывает Schimmentia A., но по мнению Завалишиной О. [4] социофобные проявления могут подвергаться коррекции и педагогическими средствами, под которыми автор понимает групповые занятия, классные и кураторские часы, направленные на развитие коммуникативной компетентности в реальном мире. Такой выбор профилактических мероприятий связан с тем, что данная группа обучающихся испытывает трудности в коммуникации с другими (особенно незнакомыми) людьми, они замкнуты и малообщительны.

Для дистимически-депрессивной формы наиболее важной причиной склонности к Интернет-зависимости является дистимическое (преддепрессивное) и депрессивное состояние. Депрессия как фактор, вызывающий формирование Интернет-зависимости в стрессорных жизненных условиях, отмечена, в частности, Zhou et al. [5]. Предиктором такой формы склонности может служить дистимическая акцентуация или циклотимическая в период спада настроения. Данный тип, как и предыдущий, характерен в большей степени для обучающихся мужского пола. Здесь наши собственные данные совпадают с данными Zhou et al. В сложных случаях может быть необходима психотерапия депрессии. Однако в педагогическом процессе может быть использована сильная сторона дистимической акцентуации – вдумчивость, рефлексивность, способность и склонность к глубокому анализу явлений. На занятиях необходимо создание ситуаций успеха и применение других методик, направленных на повышение уверенности в себе и создание положительного образа «Я».

Неуравновешенная форма связана с низким контролем над импульсами, сильными, легко возникающими аффектами, что на уровне поведения выглядит как «потакание своим сиюминутным желаниям». Низкий уровень самоконтроля в целом и контроля над аффектами в частности как причину Интернет-зависимости отмечают Schimmentia A. [3] и Park J.A. et al. [6], при этом Schimmentia A. [3] считает, что низкий контроль является медиатором развития Интернет-зависимости именно у девушек. Это совпадает с нашими данными, так как корреляция между уровнем Интернет-аддикции и неуравновешенной акцентуацией (которая характеризуется низким контролем над аффектами), отмечена нами именно на женской аудитории. Таким образом, предиктором неуравновешенного типа склонности к Интернет-аддикции может служить неуравновешенная акцентуация, и такой тип характерен в большей степени для девушек. Профилактические мероприятия здесь следует направить на усиление способностей контроля над аффектами. Schimmentia A. [3] считает здесь необходимым применение психотерапии, но, по мнению Махмудова Х.М. и Омаровой А.А. [7], навыки самоконтроля могут развиваться и педагогическими средствами при изучении различных

предметов путём постановки проблемных задач, требующих «торможения» импульсивных ответов, и их группового разрешения. Park J.A. [6] и соавторы показали положительное значение спортивных упражнений в коррекции Интернет-аддикции через развитие в ходе спортивных игр и подготовки к ним навыков самоконтроля.

Гипертимическая форма склонности к Интернет-зависимости связана с повышенным уровнем любопытства, поиском новых ощущений, лёгкой переключаемостью и неустойчивостью внимания. Интернет в данном случае выступает удобным источником изменяющейся информации, давая возможность быстрого переключения между ресурсами. Предиктором такого типа склонности к Интернет-зависимости является гипертимическая акцентуация. Её связь с Интернет-аддиктивностью отмечалась рядом авторов [8, 9]. В нашем исследовании гипертимический тип склонности к Интернет-зависимости отмечен только среди обучающихся женского пола. Частично такой тип склонности совпадает с выделенной Завалишина О.В. [4] группой «Интернет-исследователей». По мнению автора, таких обучающихся важно заинтересовать их исследовательской деятельностью творческого характера, вовлечь в активные творческие проекты.

Демонстративный тип склонности к Интернет-зависимости связан с возможностями широкой публичной самопрезентации в сети путём публикации высказываний, литературных произведений, фотографий, видео и других материалов, а так же получение быстрого отклика. Предиктором демонстративного типа склонности к Интернет-зависимости является демонстративная акцентуация. Профилактическая работа для такого типа склонности к зависимости может быть направлена на предоставление возможностей самопрезентации вне сети. Здесь подойдут виды деятельности, предложенные Завалишина О. [4] для коррекции «Интернет-гедонизма»: творческие вечера, литературные и музыкальные конкурсы. Основная задача таких мероприятий состоит в том, чтобы «увлечь учащихся этой идеей, вовлечь их в подготовку, проведение, тем самым помочь им «получать удовольствие» от творческого взаимодействия в коллективе».

Низкоорганизационная форма склонности к Интернет-зависимости является самой «лёгкой». Здесь проявления Интернет-зависимости связаны с неумением управлять временем, слаборазвитой мотивацией к достижению, склонностью к прокрастинации важных действий. В некоторых случаях, сложности в управлении временем могут возникать по причине несовпадения общепринятого режима дня (расписания) с собственными биоритмами субъекта. Для преодоления данной проблемы Дрепа М [12] и Токтарова Т.И. [11] предлагают вовлекать обучающихся в специальную кружковую работу, направленную на развитие нацеленности на успех в достижении поставленных целей и навыков тайм-менеджмента.

Критеріями оцінки результативності профілактичної роботи пропонуємо вважати зниження рівня Інтернет-залежності і/або схильності до неї за тестами Янга і Лоскутової, а також розвиток антиаддиктивних установок.

Головними достоїнствами розробленої нами технології діагностики і профілактики є: 1) можливість диференційовано підійти до профілактики Інтернет-залежності з урахуванням статевих, конституціональних і психологічних особливостей учнів; 2) її незалежність від конкретної реалізації в процесі навчання в умовах будь-якої школи.

Представлена нами модель дозволяє комплексно розглянути досліджувану проблему, глибше її вивчити, охопити в єдиній системі основні напрями роботи, виявити зв'язок етапів і компонентів, педагогічних умов, які забезпечують її успішне функціонування.

Література

1. Беспалько, В. П. Слагаемые педагогической технологии / В. П. Беспалько. – М. : Педагогика, 1989. – 192 с.
2. Лоскутова, В. А. Интернет-зависимость как форма нехимических аддиктивных расстройств : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / В. А. Лоскутова ; Новосибирская государственная медицинская академия МЗ РФ. – Новосибирск, 2004. – 30 с.
3. Schimmentia, A. Traumatic experiences, alexithymia, and Internet addiction symptoms among late adolescents: A moderated mediation analysis / A. Schimmentia // *Addictive Behaviors*. – 2006. – Vol. 64. – P. 340–320.
4. Завалишина, О. В. Педагогическая поддержка Интернет-зависимых подростков в условиях глобальной информатизации образования [Электронный ресурс] / О. В. Завалишина // *Политематический сетевой электронный научный журнал Кубанского государственного аграрного университета*. – 2011. – № 10. – С. 1–7. – Режим доступа: <http://sm.kubsau.ru/ru/authors/1347>. – Дата доступа: 03.03.2017.
5. The association between life events and internet addiction among Chinese vocational school students: The mediating role of depression / F. Zhaoa [et al.] // *Computers in Human Behavior*. – 2017. – Vol. 70. – P. 30–38.
6. Effect of sports participation on Internet addiction mediated by self-control: A case of Korean adolescents / J. A. Parka [et al.] // *Kasetsart Journal of Social Sciences*. – 2016. – Vol. 37, № 3. – P. 164–169.
7. Махмудов, Х. М. Самоконтроль как средство формирования личностных универсальных учебных действий при начальном обучении математике / Х. М. Махмудов, А. А. Омарова // *Известия ДГПУ*. – 2014. – №4. – С. 117–120.
8. Рыбалтович, Д. Г. Психологические особенности пользователей онлайн-игр с различной степенью игровой аддикции : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 05.26.02, 19.00.04 / Д. Г. Рыбалтович ; Всерос. центр экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова. – СПб., 2012. – 20 с.

9. Хомерики, Н. С. Индивидуально-психологические особенности подростков с интернет-зависимым поведением : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Н. С. Хомерики ; Московский гос. медико-стоматологический ун-т им. А. И. Евдокимова. – СПб., 2013. – 24 с.

10. Золотова, Г. Д. Технологія профілактики адиктивної поведінки дітей як складова здорового способу життя / Г. Д. Золотова // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2014. – № 5. – С. 24–31.

11. Токтарова, Т. И. Повышение эффективности учебного процесса с помощью тайм-менджмента / Т. И. Токтарова // Ученые записки КАГТУ. – 2015. – №4. – С. 92–95.

12. Дрепа, М. И. Интернет-зависимость как объект научной рефлексии в современной психологии / М. И. Дрепа // Гуманитарная экспертиза. – 2009. – №2. – С. 189–193.

4. ПРОФІЛАКТИКА ІНФЕКЦІЙНИХ ТА НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ. ПРОФІЛАКТИКА АСОЦІАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

УДК 614.4:[616.98:578.825.12]-036

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЗАПОБІГАННЯ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

О. М. Гиря, М.О. Ярцева, К.В.Самойлик
Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна
gem2807@ukr.net

The work outlines the issue of existing prevention of cytomegalovirus infection in children from mothers of risk groups. It is proposed to supplement preventive actions by increasing the responsibility of future mothers for the health of their children through awareness of the consequences of cytomegaly and use of blood products from seronegative donors in sick children.

W pracy przedstawiono kwestię istniejącej profilaktyki zakażeń wirusem cytomegalii u dzieci od matek z grupy ryzyka. Proponuje się uzupełnienie działań zapobiegawczych, zwiększając odpowiedzialność przyszłych matek za zdrowie swoich dzieci poprzez świadomość konsekwencji cytomegali i stosowanie u chorych dzieci produktów krwi od dawców seronegatywnych.

Słowa kluczowe: zakażenie wirusem cytomegalii, dzieci, profilaktyka.

З початком нового століття спостерігається підвищення кількості хворих на цитомегаловірусну інфекцію (ЦМВІ) з ураженням декількох органів-мішеней, в тому числі і центральної нервової системи. Цей факт обумовлений як підвищенням інфікування осіб репродуктивного віку, так і впровадженням сучасних діагностичних методів. Вроджена ЦМВ-інфекція реєструється майже у 2% серед усіх живих новонароджених, у 7% з них мають клінічні прояви захворювання, і в подальшому майже 85% цих дітей за відсутності своєчасної етіотропної терапії мають вагомі ускладнені захворювання.

У 3% вагітних реєструється гостра первинна ЦМВІ-інфекція без істотних клінічних проявів, яку не прийнято вважати загрозою для здоров'я майбутньої дитини. І це звільняє вагітну від відповідальності за стан свого здоров'я та здоров'я майбутньої дитини. Саме тому лікарі первинної ланки надання медичної допомоги повинні більш детально інформувати жінок

репродуктивного віку про можливі наслідки відмови від динамічного обстеження, лікування ЦМВІ підчас вагітності. Необхідно прищеплювати населенню відповідальність за життя та здоров'я майбутньої дитини шляхом вчасного проходження медичних оглядів. У разі виявлення серонегативних жінок слід обмежувати їх контакт з можливими джерелами інфекції.

Світова медична практика показала ефективність профілактичних дій у вагітних та новонароджених груп ризику, які перебувають у спеціалізованих відділеннях. Існує також ризик інфікування цитомегаловірусом у новонароджених та дітей усіх вікових груп при гемотрансфузіях.

Серед необхідних профілактичних дій доцільним є мінімізація застосування продуктів трансфузії. Нажаль в нашій країні відсутня практика дослідження донорської крові на цитомегалію, що є наступним фактором ризику інфікування дитини.

Таким чином, посилення інформованості населення щодо шляхів інфікування та заходів профілактики, а також відповідальне відношення до вагітності та диференційований підхід до потреби новонароджених в гемо трансфузіях може суттєво знизити відсоток інвалідизації та летальності дітей від наслідків цитомегаловірусної інфекції.

УДК 615.21

ПСИХОБІОТИКИ ЯК СТРЕСПРОТЕКТОРИ: ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ

Л.В.Деримедвідь, В.П.Вереїтинова
Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна
derimedved67@gmail.com

A number of probiotic strains, primarily bifidobacteria and lactobacillus, can exhibit the properties of psychobiotics, improve mood, reduce manifestations of stress and anxiety. Therefore, the use of certain psychobiotics can be used to reduce premature anxiety and reduce stress.

Keywords: probiotics, psychobiotics, neurotransmitters.

Wiele probiotycznych szczepów, głównie bifidobakterii i lactobacillus, może wykazywać właściwości psychobiotyków, poprawiać nastrój, zmniejszyć przejawy stresu i lęku. Dlatego też można użyć niektórych psychobiotyków w celu zmniejszenia przedwczesnego niepokoju i zmniejszenia stresu.

Ще 2000 років тому батько медицини Гіппократ стверджував, що «Усі хвороби починаються в кишечнику». І зараз, на початку XXI століття цей вислів знаходить все нові підтвердження. Насамперед це стосується появи такого напрямку у нейрофармакології, як застосування психобіотиків.

Психобіотики (psychobiotics) – пробіотичні бактеріальні штами, які використовуються для оптимізації діяльності мозку і психіки людини за допомогою благотворного впливу мікробних продуктів на мозкові процеси і поведінку людини.

Загальновідомо, що біомаса мікробів, що заселяють 300 м² кишечника становить 5% від загальної ваги тіла і містить близько 400 млн. бактерій. За більшістю оцінок близько 500-700 різних видів мікроорганізмів живуть в кишечнику, причому 99% бактерій відносяться до 30-40 видів. Нормальна мікрофлора людини представлена облігатними мікроорганізмами, які присутні, практично, постійно (до 94-97%): біфідо- і лактобактерії, пропіоновокислі бактерії і ін., факультативна мікрофлора (4-5%): ентерококи, кишкова паличка та транзиторна (до 1%): стафілококи, протей, клебсієла, кандида, клостридії та ін. Роль цих мікроорганізмів не обмежується тільки регуляцією стану ШКТ. Багато з них мають і додаткові властивості, у тому числі й вплив на ЦНС. Так, використання *Lactobacillus casei* 3 рази в день протягом двох місяців у пацієнтів із синдромом хронічної втоми та високими показниками тривоги, істотно знизили показники тривожності. Вочевидь, це пов'язано з тим, що лактобацили і біфідобактерії за даними досліджень останніх років здатні продукувати гальмівний медіатор ГАМК. Також відомо, що у багатьох людей, які страждають від депресії, спостерігається нестача кишкових бактерій-продуцентів ГАМК. Стреспротекторні властивості були виявлені у *Bifidobacterium longum*. Встановлено, що регулярне використання *Bifidobacterium longum* сприяє зниженню викиду кортизолу, зменшує фізіологічний і психологічний стрес і призводить до помірного поліпшення пам'яті, а також даних ЕЕГ після отримання пробіотика. В інших дослідженнях застосування суміші пробіотиків, яка містила *Lactobacillus helveticus* и *B. longum* протягом 30 діб також сприяла покращенню настою, зменшенню тривоги та сприяло зниженню гормону стресу кортизолу. У лабораторних мишей з ознаками аутизму дослідниками була виявлена нестача бактерій *Bacteroides fragilis*.

Інший факт. 90% серотоніну декретується у ШКТ ентерохромаффінними клітинами. Групою вчених з Каліфорнійського технологічного університету було виявлено, що за умов дисбіозу рівень серотоніну зменшується на 60%, що може спричиняти депресію.

Таким чином, на наш погляд використання комбінацій пробіотиків з властивостями психобіотиків може бути перспективним напрямком у спортивній медицині. Їх можна буде використовувати для зменшення передстартової тривоги і зниження рівня стресу у спортсменів, адже вони не є допінгом і не є у повному сенсі психоактивними ліками.

УДК 613.96:616-008

ПОШИРЕНІСТЬ ПОВЕДІНКОВИХ ЧИННИКІВ РИЗИКУ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У СУЧАСНИХ ПІДЛІТКІВ

*О.В. Добрянська, О.В. Бердник, Т.П. Скочко, К.В. Шевчук
ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України»,
Київ, Україна
dobryansky@ukr.net*

The prevalence of metabolic syndrome among the adolescents is high enough (3,5 % of children have “obesity”; almost a half of the respondents have soft drink consumption; one in five schoolchildren is daily smoker). Strengthening of the health education activities aimed at lifestyle changes, optimization of physical activity will contribute to the prevention of the development of this syndrome and respectively chronic non-communicable diseases.

Keywords: metabolic syndrome, prophylaxis, adolescents, non-infectious diseases.

Częstość występowania czynników ryzyka zespołu metabolicznego u współczesnych nastolatków jest bardzo wysoka (u 3,5% młodzieży zdiagnozowano otyłość; połowa osób badanych regularnie używają napoje alkoholowe, każdy piąty jest aktywnym palaczem). Intensyfikacja profilaktycznego komponentu działalności lekarzy w kierunku przemian sposobu życia będzie sprzyjała profilaktyce zespołu metabolicznego a przewlekłych chorób niezakaźnych.

Боротьбу з хронічними неінфекційними захворюваннями ВООЗ визнала пріоритетним напрямком своєї діяльності на ХХІ століття. Серед них особливої уваги потребують хвороби системи кровообігу та цукровий діабет, які посідають чільні місця серед причин ранньої інвалідизації та передчасної смертності. Підґрунтям їх формування є метаболічний синдром (МС), який включає «букет» клінічних предикторів, але існує і низка поведінкових факторів ризику розвитку МС, аналіз та мінімізація яких особливо важлива для дитячого населення.

Виходячи з цього, метою даної роботи було провести оцінку поширеності поведінкових чинників ризику МС у підлітків.

Ризик формування МС оцінювався за наявністю 3-х чинників – надлишкова маса тіла/ожиріння, шкідливі звички та низька рухова активність.

Згідно даних МОЗ України, за останні 10 років поширеність ожиріння у школярів 15–17 років зросла у 2,5 рази. В нашому дослідженні встановлено, що питома вага підлітків з дисгармонійним і різко дисгармонійним фізичним розвитком за рахунок надлишку маси тіла сягає 7,2% у хлопців і 12,5% у дівчат. Високий ступінь невідповідності маси і довжини тіла, що може

розглядатись як «ожиріння», виявлений у 3,5% хлопців, а середній ступінь, що є «загрозою ожиріння» – у 14,1% .

В ході анкетного опитування лише 45,5% старшокласників зазначили, що займаються спортом або фізичною культурою і це свідчить про низьку рухову активність підростаючого покоління.

Впритул стоїть і питання тютюнопаління та вживання слабоалкогольних напоїв. Дослідження показали, що кожний 5-й школяр 13–15 років є активним курцем, а частка підлітків, що вживають пиво, суттєво зростає з 9-го по 11-й клас: у хлопців – майже у 8 разів, а у дівчат – в 3 рази.

Важливо зауважити, що тільки 21,2% старшокласників не мали жодного із зазначених чинників ризику розвитку МС. Серед хлопців питома вага тих, які мали один чинник ризику або не мали їх взагалі, вірогідно більша, ніж серед дівчат, а всі три фактори ризику частіше мали саме дівчата.

Таким чином, проведені дослідження показали високу поширеність поведінкових чинників ризику розвитку МС у сучасних підлітків, що потребує консолідації зусиль лікарів різного профілю, підсилення профілактичного компонента їх діяльності, спрямованої на зміну способу життя, оптимізацію рухової активності, корекцію харчової поведінки тощо, що сприятиме профілактиці метаболічного синдрому, і відповідно, хронічних неінфекційних захворювань.

УДК: 616.12-008.331.1-08:616-056.52:615.374.2

ПРОФІЛАКТИЧНІ ЕФЕКТИ ДІЄТОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

*Дмитро Милославський, Ірина Снігурська, Вадим Божко, Олена Щенявська
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т.Малої НАМН України»,
Харків, Україна
dmiloslavsky@gmail.com*

Diet therapy is one of the leading components in the prophylactic strategy of basic measures in patients with hypertension and metabolic syndrome. Low-salt DASH diet in combination with antihypertensive therapy led to achievement of target levels of blood pressure and lipids, reduction of body weight, normalization of uric acid levels and blood glucose.

Key word: Hypertension, metabolic syndrome, DASH diet.

Dietetyczna terapia jest jednym z głównych elementów strategii profilaktycznej podstawowych środków u pacjentów z chorobą nadciśnieniową i metabolicznym zespołem. Niskosłodzona dieta DASH w połączeniu z terapią przeciwnadciśnieniową prowadziła do osiągnięcia do celowych poziomów ciśnienia

krwi i lipidów, zmniejszenia masy ciała, normalizacji we krwi kwasu moczowego i glukozy.

Słowa kluczowe: choroba nadciśnieniowa, zespół metaboliczny, dieta DASH.

Мета: вивчення профілактичних можливостей дієтотерапії (ДТ) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з ознаками метаболічного синдрому (МС).

Матеріали і методи: проведено анкетування щодо особливостей харчування і вивчення можливостей ДТ серед 75 хворих на ГХ II ст., 2-3 ступеня з ознаками МС. Групу порівняння склали 19 пацієнтів, які не отримували ДТ. Проводили антропометричні вимірювання, визначали загальноклінічні показники гемодинаміки, рівні сечової кислоти (СК), С-реактивного білку, глюкози крові натще (ГЛН) і в умовах глюкозо-толерантного тесту (ГТТ), параметри розгорнутого ліпідного спектру. В якості ДТ використовували адаптовану низькосольову дієту DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension). ДТ проводили на тлі антигіпертензивної терапії препаратами 1-го ряду. Ефективність ДТ оцінювали через 6 місяців за досягненням цільових рівнів артеріального тиску (АТ), ліпідів, зниженням маси тіла (МТ).

Результати: хибними особливостями харчування хворих були переїдання (31,6%), зловживання харчовим натрієм (23,9%), нерегулярний прийом їжі (19,6%), вживання їжі у вечірні години доби (45,1%), у телевізора (67,3%), в стані стресу (58,7%). В результаті ДТ через 6 місяців цільових рівнів АТ досягли 81,6% хворих, ліпідний профіль покращився у 77,4% пацієнтів, МТ знизилася на 6,8%, що було значно вище, ніж в групі яка не отримувала ДТ (59,8%, 54,7%, 3,8% відповідно), ($p < 0,05$). Сприятливі ефекти ДТ також асоціювалися зі зниженням рівнів таких прозапальних факторів як СК ($p < 0,001$), поліпшенням показників вуглеводного гомеостазу серед усього загалу хворих в умовах ГТТ. У чоловіків після ДТ високо достовірно покращилися рівні СК, ГЛН, загального і альфа - холестерину ($p < 0,001$), у жінок - рівні СК, СРБ, ГЛН і в умовах ГТТ ($p < 0,001$). Метаболічні показники у хворих групи порівняння змінилися менш вірогідно ($p < 0,05$). Бажання продовжити і надалі ДТ висловило 95,2% хворих. Крім того, 45,6% пацієнтів, які отримували ДТ, змогли зменшити дози і кількість антигіпертензивних препаратів, які вони приймали.

Висновки: Профілактичним варіантом ДТ у хворих на ГХ з ознаками МС є адаптована низькосольова дієта DASH. ДТ в комбінації з антигіпертензивною терапією призводила до досягнення цільових рівнів АТ, ліпідів крові, зниження МТ, нормалізації рівнів прозапальних факторів СК і СРБ крові, показників вуглеводного гомеостазу в умовах ГТТ, більшою мірою, ніж у осіб, які його не отримували.

Література

1. Piepoli MF. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, [et al.] //Atherosclerosis. 2016 Sep; 252:207-74. doi:10.1016/j.atherosclerosis.2016.05.037.

УДК 613

СУЧАСНИЙ СТАН ПОШИРЕННЯ ВІЛ/СНІДУ В УКРАЇНІ

Дмитро Довгалюк, Микола Осинський
Харківський національний педагогічний університет ім. Г.С. Сковороди,
Харків, Україна
kaf-health-correctional@hnpu.edu.ua

Omówiono obecną sytuację rozpowszechnienia HIV/AIDS w Ukrainie. Przedstawione wskaźniki zachorowania, grupy ryzyku oraz środki ostrożności. Słowa kluczowe: HIV/AIDS, grupy ryzyku.

Синдром набутого імунodefіциту (СНІД) - особливо небезпечна інфекційна хвороба, що викликається вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ). Масове розповсюдження цієї хвороби в усьому світі та в Україні створює загрозу особистій, громадській та державній безпеці, спричиняє важкі соціально-економічні та демографічні наслідки, що зумовлює необхідність вжиття спеціальних заходів щодо захисту прав і законних інтересів громадян та суспільства.

За шість місяців 2016 року в Україні за даними Українського центру контролю за соціально небезпечними захворюваннями МОЗ України було зареєстровано 7 612 нових випадки ВІЛ-інфекції (з них 1 365 дітей до 14 років). Всього з 1987 року в Україні офіційно зареєстровано 287 970 нових випадків ВІЛ-інфекції, від СНІДу в Україні померло 39 887 осіб. Найбільш ураженими ВІЛ-інфекцією регіонами є Дніпропетровська, Донецька, Київська, Миколаївська й Одеська області, а також Київ. Ці дані дозволяють стверджувати, що розвиток епідемії не зупиняється.

Якщо в 2005 році через сексуальні контакти інфікувалися 33 відсотки людей, у яких була виявлена ВІЛ-інфекція, то в 2012 році цей відсоток зріс до 51. Вперше більше половини нових випадків передачі ВІЛ-інфекції відбулося через незахищений секс. У 2015 році цей показник склав 60 відсотків. Більшість випадків інфікування ВІЛ в Україні сьогодні реєструються у молодих людей віком від 15 до 30 років.

Україна залишається лідером у Європі за масштабами поширення ВІЛ-інфекції. За оцінками експертів UNAIDS, в Україні з ВІЛ-інфекцією живе близько 290 тисяч осіб. І тільки кожен другий знає про свій діагноз – станом на 1 квітня 2016 року на обліку в Україні перебуває 128 455 ВІЛ-позитивних пацієнтів. Щороку кількість ВІЛ-позитивних людей в Україні зростало, але з 2005 року приріст нових випадків ВІЛ (прискорення епідемії) щорічно зменшується: в 2005 році порівняно з 2004 роком – плюс 15,6 відсотка, а в 2011 році порівняно з 2010 роком – плюс 3,4 відсотка. У 2012 році вперше в історії України епідемія ВІЛ/СНІДу сповільнилася – за даними офіційної статистики в 2012 році темпи поширення ВІЛ-інфекції (кількість нових випадків ВІЛ) виявилися нижчими, ніж у 2011 році. Це стало результатом роботи національних програм з уразливими групами і масштабних інформаційно-просвітницьких кампаній з профілактики ВІЛ/СНІДу. У 2013-2015 роках через скорочення програм по боротьбі зі СНІДом темпи епідемії знову почали зростати.

Найбільш поширеним СНІД-індикаторним захворюванням в Україні, як і раніше, залишається туберкульоз, який виявлено у 62,5% нових випадків СНІДу. Високі рівні смертності від СНІДу зареєстровані у регіонах з високою захворюваністю на СНІД. Зростання випадків смертності від СНІДу спостерігається в Одеській, Чернівецькій, Кіровоградській, Рівненській, Миколаївській, Львівській та Чернігівській областях. Основним контингентом ризику летальних випадків залишаються ін'єкційні наркозалежні.

Не дивлячись на 25-річну історію епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні, на сьогодні вона все ще залишається сконцентрованою в групах високого ризику інфікування ВІЛ і не порушила в повній мірі загальну популяцію. Беручи до уваги епідемічну ситуацію, яка склалася у нашій країні, особливу увагу необхідно приділяти попередженню поширення ВІЛ саме серед груп ризику. Варто пам'ятати, що запорукою здоров'я кожного з нас є дотримання елементарних норм гігієни, морально-етичних принципів та ведення здорового способу життя, і жодна державна програма чи передовий медичний препарат не зможе вдало вирішити проблему, як її осмислення – запобігти.

УДК: [616-002.5:616.98:578.828ВИЧ]-036.22-084

ПРОБЛЕМА КО-ИНФЕКЦИИ ТУБЕРКУЛЕЗ/ВИЧ В УКРАИНЕ

Юлия Некрасова, Виктория Макарова

*Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина,
Yulianekrasova@ukr.net*

The abstract presents an analysis of the epidemic situation of TB / HIV co-infection in Ukraine, found that this pathology affects between 30% and 50% of PLHIV. Tuberculosis as a cause of death of people from HIV infection is registered in 50 – 52 % of cases. Timeliness of HIV detection and patient access to ARV therapy is a prerequisite for the prevention of TB / HIV co-infection.

Keywords: HIV infection, tuberculosis, prevention.

W artykule przedstawiono analizę epidemii współistnienia gruźlicy / HIV na Ukrainie, stwierdzono, że patologia ta dotyka od 30% do 50% osób żyjących z HIV. Gruźlica jako przyczyna zgonów osób zakażonych HIV jest zarejestrowana w 50 – 52 % przypadków. Terminowość wykrywania infekcji HIV i dostępu pacjenta do terapii ARV jest warunkiem wstępnym zapobiegania zakażeniom gruźlicy / HIV.

ВИЧ-инфекция и туберкулез (ТБ) являются наиболее значимыми проблемами общественного здоровья, что обусловлено как высоким уровнем заболеваемости и смертности, распространенностью в популяции, так и социальной составляющей данных патологий.

Цель: изучить эпидемическую ситуацию ко-инфекции ТБ/ВИЧ в Украине для разработки профилактических мероприятий.

Материалы и методы. На основании официальных статистических данных проведен эпидемиологический анализ заболеваемости ВИЧ-инфекцией, туберкулезом и ко-инфекцией ТБ/ВИЧ в Украине в 2015 – 2016 г. г.

Результаты. Анализ эпидемической ситуации ТБ в 2015 – 2016 г. г. в Украине выявил снижение заболеваемости на 3 %, интенсивный показатель (инт. показатель) на 100 тыс. населения в 2016 году составлял 67,6, а в 2015 году – 70,5. При этом заболеваемость ВИЧ-инфекцией имеет выраженную тенденцию к росту – за аналогичный период наблюдения заболеваемость увеличилась на 7,5 %, инт. показатель в 2015 году был равен 37,0, а в 2016 году 40,0 на 100 тыс. населения, за 6 месяцев 2017 года выявлен рост заболеваемости на 17,1 % по сравнению с аналогичным периодом 2016 года. Соответственно установлена стабильная тенденция к росту заболеваемости ко-инфекцией ТБ/ВИЧ – от 10,5 на 100 тыс. населения в 2011 году до 13,0 на 100 тыс. населения в 2015 году.

ТБ остается основной причиной снижения качества и продолжительности жизни людей, живущих с ВИЧ-инфекцией (ЛЖВ). Так в

Украине в 2016 году от ТБ умерло 52 % ВИЧ-инфицированных, а за 6 месяцев 2017 года удельный вес ТБ в структуре причин смерти ЛЖВ составил 51,6 %. Анализ динамики уровня смертности от ко-инфекции ТБ/ВИЧ в Украине выявил умеренное снижение данного показателя – от 6,1 на 100 тыс. населения в 2011 году, до 4,5 на 100 тыс. населения в 2015 году.

Выводы. Проведенный эпидемиологический анализ выявил, что в Украине ТБ выявляется у 30 - 50 % ВИЧ-инфицированных, а летальность от ко-инфекции ТБ среди них достигает 50 – 52 %. Данная эпидемическая ситуация обусловлена спецификой заболевания ВИЧ-инфекцией, которая приводит к повышению восприимчивости к возбудителю ТБ, поэтому своевременность, доступность и постоянство антиретровирусной терапии для ЛЖВ будет способствовать снижению случаев ко-инфекции ТБ/ВИЧ и смерти от данной патологии. Также важным аспектом стабилизации эпидемической ситуации является ранняя диагностика ВИЧ-инфекции для всего населения, а не только в группах риска. Семейные врачи должны предлагать лабораторную диагностику ВИЧ-инфекции всем своим пациентам наряду с другими рутинными исследованиями состояния здоровья человека. При этом с помощью средств массовой информации, социальных программ, привлечения публичных лиц необходимо повысить в обществе приоритет осведомленности о своем статусе как одной из составляющих здорового образа жизни.

УДК 614.446.9

ПРОФІЛАКТИКА ВЕРТИКАЛЬНОГО ШЛЯХУ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ВІД МАТЕРІ ДО ДИТИНИ

*Дар'я Боєчко, Гузель Галієва, Катерина Кукарская
Науковий керівник: Тетяна Петрівна Шевлюкова
Тюменський державний медичний університет,
Тюмень, Російська Федерація
boechko95@icloud.com*

This article presents the epidemiological situation with HIV infection among pregnant women according to the information provided by the State Medical Service «Perinatal Center» of Tyumen. The number of infected pregnant women with human immunodeficiency virus has been determined, and the percentage of HIV-infected pregnant women who had undergone chemoprophylaxis during pregnancy and childbirth was found. The most effective measure to prevent the vertical transmission of HIV infection is the use of all three phases of chemo prophylaxis, along with a waiver of breastfeeding. Necessary measures to reach all HIV positive women for monitoring them during pregnancy, which will allow for ongoing counseling to increase adherence to antiretroviral therapy.

Keywords: HIV infection, antiretroviral therapy.

W artykule przedstawiono sytuację epidemiologiczną zakażeń HIV wśród kobiet w ciąży, zgodnie z informacjami dostarczonymi przez Państwową Służbę Zdrowia «Centrum Perinatalnego» Tyumen. Określono liczbę zarażonych kobiet w ciąży z ludzkim wirusem niedoboru odporności, a procent zarażonych HIV kobiet w ciąży, którzy poddali się chemioterapii w czasie ciąży i porodu. Najbardziej skutecznym środkiem zapobiegającym pionowemu przenoszeniu zakażeń HIV jest zastosowanie wszystkich trzech faz profilaktyki chemioterapii, a także zrzeczenie się karmienia piersią. Potrzebne środki, aby dotrzeć do wszystkich pozytywnych kobiet HIV w celu monitorowania ich w czasie ciąży, co pozwoli na bieżące doradztwo w celu zwiększenia przestrzegania terapii przeciwretrowirusowej.

Słowa kluczowe: zakażenie HIV, leczenie przeciwretrowirusowe.

За останні роки спостерігається постійне збільшення частки жінок серед осіб, зареєстрованих з ВІЛ-інфекцією. Проблема захворюваності на ВІЛ-інфекцію є соціо-медико-біологічне явище, що несе загрозу життю, здоров'ю та добробуту населення. В останнє десятиліття у зв'язку з ростом числа ВІЛ-інфікованих жінок, особливої актуальності набули питання передачі інфекції від матері до дитини. Переважна більшість ВІЛ-позитивних жінок перебувають в репродуктивному віці і ведуть асоціальний спосіб життя [1]. Серед методів, що проводяться в рамках запобігання зараження новонароджених, важливі - рання діагностика ВІЛ-інфекції та виявлення факторів ризику зараження у вагітних, хіміопрфілактика, що проводиться за допомогою антиретровірусних препаратів (АРВП), а також ведення дитини (в перші півтора року життя), а також відмова від грудного вигодовування [2]. Це пояснюється тим, що ВІЛ-інфекція може передаватися від матері до дитини внутрішньоутробно, інтранатально або при грудному вигодовуванні, причому ступінь ризику інфікування новонародженого тісно пов'язана зі станом матері, акушерськими ситуаціями, а також проблемами медикаментозної профілактики. Вірогідність зараження дитини від матері досягає 40% без проведення зазначених профілактичних заходів. Однак, крім передачі інфекції, здоров'ю дітей загрожують й інші моменти, пов'язані з даним захворюванням. Наприклад, у ВІЛ-позитивних матерів набагато частіше відбуваються передчасні пологи, що, безсумнівно, викликає тривогу. Крім того, до теперішнього часу не розкриті закономірності вірусної персистенції в тканинах ембріона і плоду, не вивчені особливості специфічної і неспецифічної резистентності, а також тератогенез, наслідки внутрішньоутробної вірусної інфекції. У зв'язку з цим, для попередження вертикального шляху передачі ВІЛ-інфекції використовується комплекс заходів:

1. Втручання акушерським інструментарієм під час пологів тільки за строгими показаннями.

2. Обробка новонародженого 1% розчином хлоргексидину відразу після народження.

3. Раннє перетискання пуповини.

4. Боксування палат.

Мета: вивчити епідеміологічну ситуацію з ВІЛ-інфекції серед вагітних на прикладі ГБУЗ ТО «Перинатальний центр» м. Тюмені за 2014-2016 роки.

Результати. Проведено аналіз історії пологів ВІЛ-інфікованих жінок за 2014-2016 роки в «Перинатальному центрі» міста Тюмені. Всього обстежено за 2014-2016 роки - 25090 вагітних. Як демонструє таблиця 1, кількість ВІЛ-інфікованих жінок, які мали вагітність, що завершилася пологами за даний період 658, що становить від загальної кількості обстежених 2,6%, з яких 37 (5,6%) випадків ВІЛ-інфікування виявлено в умовах стаціонару. Кількість живих дітей, народжених ВІЛ-позитивними матерями за 2014-2016 роки - 680, мертвонароджених - 11. Також у 9 випадках у ВІЛ-позитивних жінок, вагітність закінчувалася викиднем до 21,6 тижнів. Відмінностей між частотою мимовільних викиднів незалежно від терміну вагітності в порівнянні з ВІЛ-негативними жінками виявлено не було. Однак, нами зазначено, що в групі жінок з ВІЛ-інфекцією частота передчасних пологів практично в 5 разів перевищує показники контрольної групи.

Таблиця 1

Дані щодо профілактики ВІЛ-інфекції за 2014-2016 рр.

Показник	2014 рік	2015 рік	2016 рік
Загальна кількість пологів (n)	8590	8188	8312
Жінки з встановленим діагнозом ВІЛ (n)	307	160	191
Жінки з ВІЛ за результатами мікрометоду (n)	14	12	11
Живі діти (n)	314	172	194
Мертвонароджені (n)	5	3	3
Викидень до 21,6 тижнів (n)	2	2	5

Як демонструє рис.1, хіміопрофілактика в 2014 році не проводилася в 3,5% випадків, причинами служили: пологи на дому, відмова від проведення хіміопрофілактики. У 2015 році у 7% випадків: викидень, антенатальна загибель плода, дорожні пологи, домашні пологи, пологи в іншому ЛПУ, відмова від хіміопрофілактики. У 2016 році у 6 % випадків хіміопрофілактика проведена не була з наступних причин: викидень, антенатальна загибель плода, домашні пологи, відмова від хіміопрофілактики.

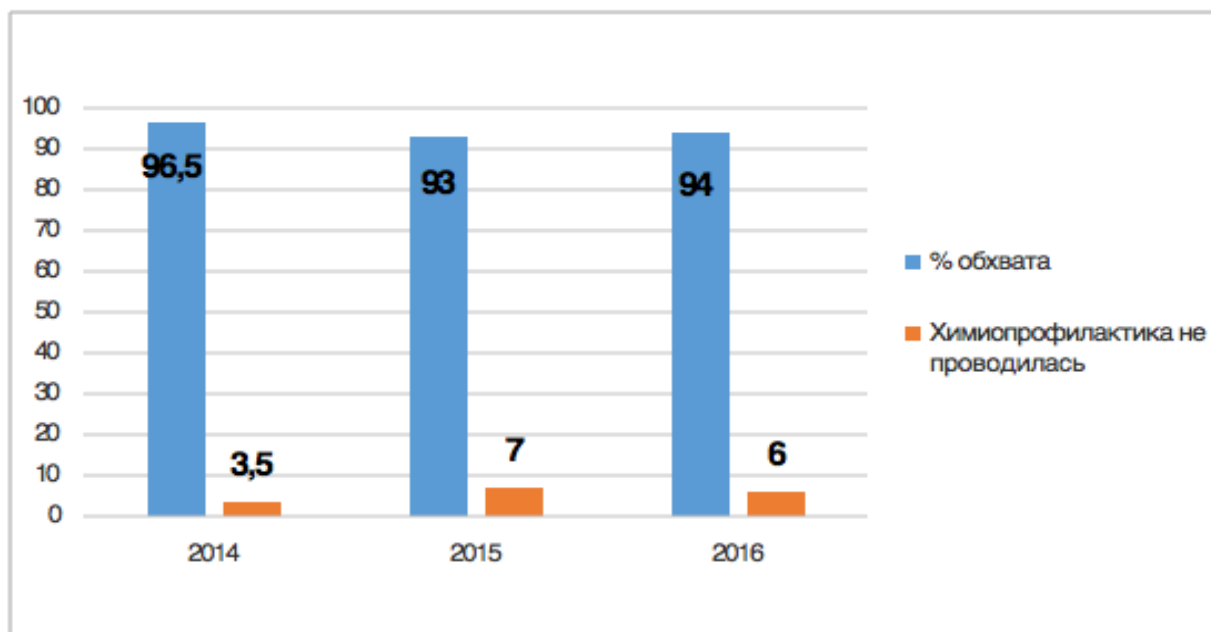


Рис. 1. Частка охоплення хіміопрофілактикою ВІЛ-позитивних вагітних жінок.

Обговорення і висновки. Найбільш ефективним заходом щодо попередження вертикального шляху передачі ВІЛ-інфекції, є застосування всіх трьох етапів хіміопрофілактики разом із відмовою від грудного вигодовування. Необхідні заходи по охопленню всіх ВІЛ-позитивних жінок для спостереження їх під час вагітності, що дозволить проводити постійне консультування для підвищення прихильності до антиретровірусної терапії.

Література

1. Гаранина С.В. Алгоритм ведення вагітних жінок з ВІЛ-інфекцією на прикладі товариській області. // Актуальні питання ВІЛ-інфекції. Матеріали Міжнар. наук.-пр. конф., 2016. - С. 54-58.
2. Шевлюкова Т.П., Максюкова Е.Н., Крапівіна С.В., Галієва Г.Д. Профілактика вертикального шляху передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини // EUROPEAN RESEARCH. 36. ст. переможців VI міжнар. наук.-пр. конф., 2016. - №2. - С. 310-312.

УДК 616-052:612-56

ТЕРМОМЕТРИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ АСИММЕТРИИ У МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ (ДАННЫЕ ПИЛОТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

А. А. Спицын

*Государственный институт управления и социальных технологий
Белорусского государственного университета,
Минск, Республика Беларусь
Spitsyn.a.a.1979@gmail.com*

The purpose of our study was to identify the presence or absence of the relationship between the indicators of nicotine addiction and temperature asymmetry at selected points of the skin surface. The data obtained by us indicate that the thermal asymmetry of the pads of the thumbs can serve as a diagnostic criterion for the primary isolation of a subject inclined to dependent behavior. It is possible to attribute a test subject to an addictive type if the coefficient of thermal asymmetry is greater than or equal to 0.9 ° C (the temperature of the pincushion of the right finger is higher than the left one). Based on the evaluation of our cases, the sensitivity of this method was 62.5% and the specificity was 67%. The overall sensitivity was 61.5%, which generally corresponds to the level of sensitivity characteristic of thermometric and thermographic studies. However, it should be noted here that due to the small sample size, this study is of a pilot character.

Keywords: nicotine addiction, temperature asymmetry.

Celem naszego badania było zidentyfikowanie obecności lub braku zależności pomiędzy wskaźnikami osadzania nikotyny a asymetrią temperatury w wybranych punktach powierzchni skóry. Uzyskane przez nas dane wskazują, że termiczna asymetria poduszek kciuków może służyć jako kryterium diagnostyczne dla pierwotnej izolacji podmiotu skłaniającego do zachowania zależnego od siebie. Jeśli współczynnik asymetrii termicznej jest wyższy niż lub równy 0,9 ° C, temperatura poduszki prawego palca jest wyższa niż lewa, możliwe jest przypisanie badanego przedmiotu uzależnionemu. W oparciu o ocenę naszych przypadków wrażliwość tej metody wyniosła 62,5%, a swoistość wyniosła 67%. Całkowita czułość wyniosła 61,5%, co odpowiada ogólnie czułości charakterystycznej dla badań termometrycznych i termograficznych. Należy jednak zauważyć, że względu na małą wielkość próby, badanie ma charakter pilotażowy.

Особенности функциональной асимметрии центральной нервной системы у лиц, страдающих зависимостями, активно исследуется с 80-х годов. В частности, было обнаружено большее число левшей среди больных алкоголизмом, было продемонстрировано сопряжение леворукости с более тяжелым течением алкогольной зависимости, худшими результатами терапии и более высоким уровнем наследственной отягощенности [1]. Отмечалась

взаимосвязь леворукости с наследственной отягощенностью – у мужчин-левшей (либо имеющих леворуких родственников первой степени родства) в 50% случаев отец был алкоголиком, тогда как у правшей отца-алкоголика имели только 26%, т.е. в два раза меньше. Сходные данные были получены и по некоторым нехимическим аддикциям. Так, леворукость и амбидекстрия в сумме отмечалась у 43% гемблеров, недоминантность левого полушария по речи — у 52% [2].

Общеизвестно, что является выражением моторного доминирования правого полушария. При этом чувствительность как полушарий, так и базальных структур, справа и слева к различным психоактивным веществам неодинакова, что ведёт, в свою очередь, к различиям в формировании аддикции у лиц с преобладанием правого или левого полушария [3]. Химическое доминирование правого полушария R.Kurup et al. [4] считают причиной повышения у аддиктов уровня производства дигоксина и следующего за ним усиленного метаболизма триптофана, (т. е. выработки серотонина) и снижения метаболизма тирозина (т.е. подавления выработки дофамина, норадреналина и морфина). Отмечается так же усиление у алкоголиков с ранним стартом передачи дофамина и увеличении плотности рецепторов к дофамину преимущественно в правом полусферном теле. А. У. Тархан и др. [5], используя методику «Третий лишний» и классификацию, разработанную на определение лево- или правополушарного способа решения интеллектуальных задач, обнаружили преобладание правополушарного способа решения задач над левополушарным у больных алкоголизмом.

Zinser et al. [6], а позднее – Rose et al. [7] показали, что никотин вызывает активацию метаболизма глюкозы в отделах переднего мозга слева, но при этом в левой мандалине метаболизм снижется, а правом таламусе – возрастает. Перечисленные исследования свидетельствуют о значительном нарушении функциональной асимметрии мозга у лиц, страдающих как химическими, так и нехимическими аддикциями. Причем, это нарушение латерализации затрагивает все уровни асимметрии – моторный, сенсорный и когнитивный. Аддиктов преобладают левые профили моторной и сенсорной асимметрии наряду с правополушарной манерой решения когнитивных задач. Известно, что сдвиг баланса межполушарной активации в сторону правого полушария связан с отрицательным эмоциональным фоном. Можно предположить, что прием ПАВ — своеобразная попытка «улучшить» этот отрицательный фон настроения, изменить баланс активации в сторону левого полушария, что сопровождается улучшением состояния [2].

Однако, при всём этом, открытым и малоисследованным остаётся вопрос о периферических последствиях нарушения функциональной асимметрии в центральных отделах нервной системы аддикциях. Между тем,

обнаружение патологического уровня асимметрии, к примеру, в каждой микроциркуляции, могло бы дать в руки исследователей и практиков удобный диагностический инструмент, позволяющий выявить лиц с приморбидной в отношении аддикций конституцией нервной системы и своевременно сформировать соответствующую стратегию профилактики или коррекции.

Трансформация у никотин-аддиктивных лиц симметрии биохимического профиля и активности таких структур как полосатое тело, миндалевидное тело и таламус позволяет предположить (как следствие) изменение симметрии кровотока, которое может манифестировать, в том числе, изменением микроциркуляции в поверхностных слоях кожи.

В настоящее время наиболее эффективным и быстрым косвенным методом определения уровня наполнения кровью капилляров кожи является инфракрасная термография и термометрия [8]. Исходя из этого мы выдвинули гипотезу, согласно которой асимметрия поверхностной температуры кожи на билатерально симметричных участках у лиц с никотиновой аддикцией будет отличаться от таковой у неаддиктивных лиц.

Целью нашего исследования было выявить наличие или отсутствие взаимосвязи между показателями никотиновой аддикции и температурной асимметрией в избранных точках каждой поверхности.

Объект и методы исследования. Объектом исследования стала группа из 16 случайно выбранных мужчин трудоспособного возраста различного социального статуса – военные; студенты и учащиеся; преподаватели; предприниматели (строительная сфера); проживающие дома-интерната для инвалидов (работающие). Возраст обследуемых составил $27 \pm 5,7$ лет. Никотин-аддиктивный тип выявляли путём сбора анамнеза, после чего выставлялась оценка никотин-аддиктивности по следующим правилам. Лица, не употребляющие и не употреблявшие никотин-содержащие изделия, получали оценку «1»; лица, употребляющие никотин-содержащие изделия нерегулярно, только при определённых условиях (например, с обильным приемом алкоголя), получали оценку «2»; лица употреблявшие никотин-содержащие изделия регулярно (более 1 года), но оставившие употребление («бросившие»), получали оценку 3; а оценку «4» получали регулярно курящие в настоящее время. Субъекты с оценками 1 и 2 включались в группу не аддиктивных к никотину, а с более высокими оценками – в группу никотин-аддиктивных. Дальнейшее ранжирование курящих осуществлялось с применением общепризнанного в настоящее время теста К. Фаргестрома [9].

Температурные параметры фиксировали при помощи инфракрасного термометра microlife. Температуру тела измеряли согласно инструкции прибора с точностью до $0,1^\circ \text{C}$. Температуру кожных поверхностей фиксировали в следующих точках: в проекции лобных выступов (далее – «лоб справа» и «лоб слева» соответственно), на переносице, в проекции скуловых

выступов (далее – «скулы слева» и «справа» соответственно), на мочках ушей (далее – «уши справа» и «слева» соответственно), запястьях (в точке разветвления вен), и в центре пальцевого узора большого пальца обеих рук (далее – «большие пальцы справа» и «слева» соответственно). Рассчитывали коэффициент термоасимметрии в билатерально симметричных точках по формуле:

$KTA = t_{\text{прав.}} - t_{\text{лев.}}$, где КТА – коэффициент термоасимметрии, $t_{\text{прав.}}$ – температура кожи справа ($^{\circ}\text{C}$) и, аналогично, $t_{\text{лев.}}$ – слева [10].

Данные обрабатывали методами описательной статистики [11].

При оценке диагностического потенциала разработанных в ходе исследования диагностических методов рассчитывали потенциальную чувствительность, специфичность и общую чувствительность этих методов по следующим формулам:

1. *Чувствительность* = $\text{ДП}/(\text{ДП}+\text{ЛО})$, где ДП – достоверно положительные случаи диагностики, ЛО – ложноотрицательные.

2. *Специфичность* = $\text{ДО}/(\text{ДО}+\text{ЛП})$, где ДО – достоверно отрицательные случаи, ЛП – ложноположительные случаи.

3. *Общая чувствительность* = $\text{ДП}+\text{ДО}/\text{все случаи применения}$ [12].

Результаты. При разделении испытуемых на группы никотин-аддиктивных и неаддиктивных размеры групп оказались равны (по 8 человек каждая). Стаж курения в никотин-аддиктивной группе составил $11,3\pm 3,6$ года при индексе пачка-лет $3,3\pm 1,3$. Согласно анамнезу большая часть мужчин-аддиктов (62,5%) успешно бросали в течение одних суток, но возвращались к курению позднее с повторением попыток от 1 до 5 раз. Половина бросавших оценивала этот процесс как очень легкий, а половина как несложный. Четверть группы (25 %) составили курящие, которые ни разу не пробовали бросать. Средний балл по тесту Фаргестрома составил 1,28. Это характеризует уровень пристрастия к сигаретам как лёгкую зависимость. Только 12,5 % группы имели среднюю степень зависимости, в процессе лечения которой рекомендуется (но не императивно) применение препаратов никотина.

У мужчин никотин-аддиктивной группы была отмечена более высокая температура скулы слева $33,2\pm 0,5^{\circ}$ против $32,5\pm 0,3^{\circ}$. В остальных точках измерения достоверных различий по абсолютным значениям температуры не зафиксировано. У мужчин, аддиктивных к никотину (как курящих, так и бросивших), отмечена более высокая, чем в контроле, термоасимметрия между подушечками больших пальцев рук ($1,3\pm 0,5^{\circ}$ против $0,3\pm 0,24^{\circ}$).

При этом у 4 из 6 (67 %) мужчин никотин-аддиктивной группы термоасимметрия составила $0,9^{\circ}\text{C}$ и более, тогда как в контрольной группе такая термоасимметрия наблюдалась только у 3 из 8 (37,5 %), а остальные имели более низкие ее значения.

Обсуждение и выводы. Полученные нами данные указывают на то, что термоасимметрия подушечек больших пальцев рук может служить диагностическим критерием для первичного выделения субъекта, склонного к зависимому поведению. Отнести испытуемого к аддиктивному типу можно, если коэффициент термоасимметрии больше или равен $0,9^{\circ}\text{C}$ (температура подушечки правого пальца выше, чем левого). Исходя из оценки наших случаев, чувствительность данного метода составила 62,5% а специфичность – 67 %. Общая чувствительность была 61,5 %, что в целом соответствует уровню чувствительности, характерному для термометрического и термографического исследования. Однако здесь следует отметить, что в силу небольшого размера выборки, данное исследование носит пилотный характер.

Литература

1. Егоров А. Ю., Тихомирова Т. В. Профили функциональной асимметрии мозга у больных алкоголизмом и наркоманией // Журнал эволюционной биохимии и физиологии. 2004. Т. 40. № 5. С. 450-454.
2. Руководство по аддиктологии / под ред. В. Д. Менделиевича. – СПб. : Речь, 2007. – 786 с.
3. Чуприков А.П. Алкоголизм и латеральная уязвимость мозга (Нейронаркологию исследование)/ Чуприков А.П. Марценковский И.А. – Киев: Акмис., 1995. – 168.
4. Kurup R. K., Kurup P. A. Hypothalamic digoxin, hemispheric chemical dominance, and addictive behavior // International J. Neuroscience. 2003. Feb. V. 113. N 2. P. 279-289.
5. Тархан А. У. Особенности нарушений высших психических функций при алкогольной зависимости и их прогностическое значение // Вопросы наркологии. № 4. 2001. С. 60-68.
6. Zinser M. C., Fiore M. C., Davidson R J., Baker T. B. Manipulating smoking motivation: impact on an electrophysiological index of approach motivation // J. Abnorm. Psychol. 1999. V. 108. N 2. P. 240—254.
7. Rose J. E., Behm F. M., Westman E. C., Mathew R. J., London E. D., Hawk T. C., Turkington T. G., Coleman R. E. PET studies of the influences of nicotine on neural systems in cigarette smokers // Am. J. Psychiatry. Feb. 2003. V. 160. P. 323—333.
8. Спицын А.А. Инфракрасная термография как перспективный метод оценки функционального статуса человека и теплокровных животных/ Спицын А.А., Счастливая Н.И. // Сборник материалов конференции «Медицинская электроника». Минск: БГУИР, 2014. – С. 153-156.
9. Fargestrom, K. O. The pathopsihology of nicotine dependence treatment options and cardiovascular safety of nicotine / K. O. Fargestrom, U. Sawe // Cardiovascular risk factors. – 1997. – Vol. 6, N 3. – P. 135–143.
10. Спицын, А. А. Термографическая оценка влияния соевого масла на развитие моделированного воспаления в толстой кишке крыс /

А. А. Спицын, Т. М. Лукашенко // Весці НАН Беларусі. Сер. біял. навук. – 2014. – № 4. – С. 71–74.

11. Рокицкий, П. Ф. Биологическая статистика / Рокицкий П. Ф. – Минск : Вышэйшая школа, 1973.– 320 с.

12. Кармазановский, Г. Г. Оценка диагностической значимости метода / Г. Г. Кармазановский // Анналы хирургической гепатологии.– 1997. – Т. 2.– С.139–142.

УДК 379.8

ОЦЕНКА ПСИХОФИЗИЧЕСКИХ КОНДИЦИЙ ЖЕНЩИН В ПРОЦЕССЕ МОНИТОРИНГА ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ЗАНЯТИЙ ШЕЙПИНГОМ

¹Анна Скидан, ^{1,2}Евгений Врублевский

¹Гомельский государственный университет имени Ф. Скорины,
Гомель, Республика Беларусь
lady.skidan@mail.ru

^{1,2}Зеленогурский университет, Зелена Гура, Польша
vru-evg@yandex.ru

The article deals with a monitoring system of physical health-improving training process for mature women at different age periods. The initial level of psychophysical conditions of women aged 21-35 years and 36-55 years has been identified in the process of monitoring. A structural model of shaping program for the women at the given age periods has been projected. The health effectiveness of the proposed system of shaping process organization for the achievement of the necessary psychophysical conditions by the given category of women has been justified.

Keywords: monitoring, psychophysical conditions, women, mature age, health-improving shaping.

Проблема сохранения, поддержания и восстановления здоровья женщин в современном мире остается актуальной и является предметом исследования медико-биологических, педагогических, психологических, социальных и других наук. Особенно пристальное внимание и устойчивый интерес специалистов [1, 3] к вопросу повышения уровня здоровья женщин зрелого возраста, - самого длительного и самого значимого периода в жизни женщины.

В геронтологии считается, что физиологическое старение начинается в третьем десятилетии жизни, т.е. во время начала возрастных изменений у женщин в первом периоде зрелого возраста [1, 3, 7].

Показательно, что физическая активность способна затормозить инволюционные изменения и восстановить психофизический потенциал стареющего организма, а широкое использование средств оздоровительной физической культуры может и должно способствовать решению проблем укрепления здоровья и продлению активной жизненной позиции зрелой женщины [1, 5, 7]. В сфере оздоровительной физической культуры разработано многообразие программ оздоровления для лиц зрелого возраста, однако, их качественная реализация затруднена из-за недостаточно глубокого мониторинга занимающихся, отсутствия системного представления о технологии проектирования их физкультурно-оздоровительного процесса [1, 3].

Мониторинг является составной необходимой частью физкультурно-оздоровительного процесса, как элемент стратегического его планирования на разных уровнях и этапах организации [3, 8].

Современная оздоровительная технология шейпинг – это очень динамическая структура, которая постоянно обновляет и пополняет арсенал используемых средств и методов по организационному, диагностическому, образовательному и коррекционно-профилактическому направлению [4].

Цель исследования – разработать и научно обосновать систему мониторинга психофизических кондиций женщин зрелого возраста в процессе физкультурно-оздоровительных занятий шейпингом.

Методы исследования: теоретический анализ и обобщение данных научно-методической литературы, педагогическое наблюдение, антропометрия, спирометрия, пульсометрия, измерение артериального давления, проба Штанге, оценка физической работоспособности (PWC_{170}), измерение времени восстановления частоты сердечных сокращений после 20 приседаний, оценка уровня физического состояния по методике Е.А. Пироговой [9], оценка функции кардио-респираторной системы по индексу Скибинской [9], тестирование физической подготовленности и педагогическая оценка результатов, оценка уровня физической кондиции и двигательного возраста по Ю.Н. Вавилову [6], оценка уровня физического здоровья по Г.Л. Апанасенко [6], психолого-педагогическое тестирование по методике Н.А. Курганского и Т.А. Немчина [2], проектирование, педагогический эксперимент, методы математической статистики.

Результаты исследования и их обсуждение. На базе научно-исследовательской лаборатории современных физкультурно-оздоровительных технологий при Гомельском государственном университете им. Ф. Скорины в период с сентября 2016 г. по июнь 2017 г. была внедрена система организации мониторинга в процесс физкультурно-оздоровительных занятий шейпингом с женщинами зрелого возраста (рис. 1). В настоящем исследовании приняли участие 86 занимающихся в возрасте от 21 до 55 лет.

Первый этап мониторинга процесса физкультурно-оздоровительных занятий – *диагностика* показателей комплексной оценки исходного уровня (I мезоцикл) морфофункционального состояния и физических кондиций женщин первого (21-35 лет) и второго (36-55 лет) периода зрелого возраста представлена в табл. 1, а психического состояния в табл. 2.



Рис. 1. Система организации мониторинга процесса физкультурно-оздоровительных занятий шейпингом для женщин зрелого возраста.

В результате мониторинга исходного уровня морфофункционального состояния и физической подготовленности женщин разного периода зрелого возраста были выявлены отклонения от нормы большинства показателей.

Оценка данных предварительного тестирования средних показателей морфофункционального состояния свидетельствует, что у женщин второго зрелого возраста значительно больше наблюдается отклонение от нормативных показателей, чем у женщин первого зрелого возраста.

Таблица 1

Динамика средних показателей морфофункционального состояния и физических кондиций женщин разного периода зрелого возраста в процессе педагогического эксперимента

Показатели		Мезоцикл	21-35 лет (n=42)	p	36-55 лет (n=44)	p
Морфофункционального состояния	Длина тела (см)	I	165,4	>0,05	166,3	>0,05
		VI	165,5		166,4	
	Масса тела (кг)	I	66,7	<0,05	74,4	<0,05
		VI	57,4		65,0	
	Индекс Кетле (г/см)	I	404,2	<0,05	447,3	<0,05
		VI	347,8		390,6	
	ЖЕЛ (мл)	I	2962,3	<0,05	2883,0	<0,05
		VI	3359,3		3186,0	
	Жизненный индекс (мл/кг)	I	44,4	<0,05	38,7	<0,05
		VI	58,5		49,0	
	ЧСС в покое (уд/мин)	I	78,5	<0,05	86,2	<0,05
		VI	69,6		75,1	
	АД сист. (мм.рт.ст.)	I	124,8	<0,05	143,7	<0,05
		VI	116,5		129,2	
	АД диаст. (мм.рт.ст.)	I	76,8	<0,05	87,8	<0,05
		VI	70,2		77,5	
Проба Штанге (с)	I	38,6	<0,05	32,3	<0,05	
	VI	51,2		40,2		
PWC ₁₇₀ (кг м/мин кг)	I	11,2	<0,05	10,7	<0,05	
	VI	12,7		11,7		
Время восстановления после 20 приседаний (с)	I	120,2	<0,05	132,1	<0,05	
	VI	100,4		105,4		
УФС индекс по Е. А. Пироговой (баллы)	I	0,543	<0,05	0,252	<0,05	
	VI	0,681		0,480		
Индекс Скибинской (баллы)	I	14,0	<0,05	10,8	<0,05	
	VI	24,7		17,0		
Физической подготовленности	Бег 1000 м (с)	I	325,5	<0,05	371,2	<0,05
		VI	319,2		363,1	
	Наклон вперед (см)	I	5,5	<0,05	2,4	<0,05
		VI	10,1		4,4	
	Сгибание и разгибание рук (кол. раз)	I	6,5	<0,05	2,6	<0,05
		VI	14,2		6,1	
	Вис на перекладине (с)	I	9,6	<0,05	5,4	<0,05
		VI	15,6		11,3	
	Прыжок в длину с места (см)	I	130,7	<0,05	110,4	<0,05
		VI	133,9		124,3	
УФК по Ю. Н. Вавилову (у.е.)	I	-0,18	<0,05	-0,27	<0,05	
	VI	0,21		0,18		
Двигательный возраст по Ю. Н. Вавилову (лет)	I	35,7	<0,05	53,3	<0,05	
	VI	26,1		38,0		
Уровень здоровья по Г. Л. Апанасенко (баллы)	I	-1	<0,05	-4	<0,05	
	VI	12		7		

Таким образом, чем старше женщины, тем ярче выражено нарушение параметров физического развития и показателей функциональных систем организма. Анализ исходных показателей физического состояния выявил, что испытуемые двух возрастных групп женщин имеют различный уровень физического состояния (УФС), который во второй возрастной группе (36-55 лет) соответствует низкому уровню, в первой (21-35 лет) – выше среднего.

Значительно сниженный уровень отмечается и в работе кислородообеспечивающих систем организма женщин. На это указывает показатель индекса Скибинской, характеризующий более низкие функциональные резервы кардио-респираторной системы испытуемых второй возрастной группы. У женщин 21-35 лет оценка индекса находится на удовлетворительном уровне (в среднем на 3,2 балла выше, чем у женщин 36-55 лет).

При оценке интегрального показателя физической подготовленности также отмечается групповое отличие, - у женщин первой возрастной группы уровень физической кондиции (УФК) ниже среднего (-0,18), а двигательный возраст женщин данной группы соответствует 35,7 года, что почти на 7 лет выше реальных значений. Результаты тестирования женщин второй возрастной группы показывают, что их УФК значительно ниже (-0,27). При этом двигательный возраст превышает на 11 лет средние паспортные значения по группе, и составляет 53,3 года.

Таким образом, исходный уровень здоровья всех возрастных групп испытуемых женщин находится в отрицательных значениях и оценен как низкий.

В процессе предварительного (I мезоцикл) психологического обследования двух возрастных групп женщин выявлены средние показатели психической активности, интереса, эмоционального тонуса, напряжения и комфортности (табл. 2).

Таблица 2

Динамика средних показателей психического состояния женщин разного периода зрелого возраста в процессе педагогического эксперимента

Показатели	Мезоцикл	21-35 лет (n=42)	р	36-55 лет (n=44)	р
Психическая активация (баллы)	I	13,2	<0,05	14,0	<0,05
	VI	6,0		6,7	
Интерес (баллы)	I	11,8	<0,05	12,2	<0,05
	VI	7,4		5,8	
Эмоциональный тонус (баллы)	I	9,6	<0,05	16,0	<0,05
	VI	7,1		6,0	
Напряжение (баллы)	I	14,5	<0,05	18,6	<0,05
	VI	8,1		12,2	
Комфортность (баллы)	I	13,1	<0,05	18,1	<0,05
	VI	8,6		8,4	

Оценка исходных результатов показала, что возрастные группы женщин имеют разную степень выраженности по отдельным психическим показателям. Так, анализ предварительной психодиагностики женщин первой возрастной группы выявил, что испытуемые имеют среднюю степень выраженности по всем показателям. То есть женщины умеренно внимательны, сосредоточены, увлечены, бодры.

У женщин второй возрастной группы эмоциональный тонус в начале педагогического эксперимента соответствует низкой степени выраженности, оценка напряженности отмечается в высокой зоне, а степень комфортности зафиксирована низкой выраженности. В целом, данные показатели указывают на плохое самочувствие женщин, низкую работоспособность, напряженность, взволнованность, озабоченность и неудовлетворенность.

Второй этап мониторинга процесса физкультурно-оздоровительных занятий - *прогноз* стратегии практических задач шейпинг занятий для женщин с целью повышения их общего уровня психофизических кондиций: снижение массы тела, нормализация компонентного состава тела, оптимизация уровня жизненно важных функциональных систем организма, повышение физической подготовленности, профилактика возрастных заболеваний, улучшение психического состояния, учет индивидуальных особенностей женщин разного периода зрелого возраста в процессе занятий.

Третий этап мониторинга процесса физкультурно-оздоровительных занятий – *проектирование* (разработка) структурной модели шейпинг программы для женщин (рис. 2), с учетом результатов проведенного исходного мониторинга.

Четвертый этап мониторинга процесса физкультурно-оздоровительных занятий - *организация, проведение и коррекция* проекта программы физкультурно-оздоровительных занятий шейпингом с женщинами. Сформированные кондиционные подгруппы женщин занимались одновременно, но каждая в своем видео-ориентированном двигательном секторе, согласно разработанной модели. Организация занятий строилась по способу блоковой последовательной хореографии. Возрастные группы женщин занимались три раза в неделю (продолжительностью 60 минут) по разработанной шейпинг-программе.

Пятый этап мониторинга процесса физкультурно-оздоровительных занятий – *контроль и оценка* влияния эффективности использования разработанной программы занятий шейпингом на общий уровень психофизических кондиций женщин разного периода зрелого возраста. Этапный мониторинг позволил установить оздоровительную эффективность применяемых подходов к организации шейпинг процесса по динамике и

достоверности изменений в показателях психофизического состояния женщин.

Первый видео-инструктор (60 % ЧСС max)	Второй видео-инструктор (70 % ЧСС max)	Третий видео-инструктор (80 % ЧСС max)
БЛОКИ ЗАНЯТИЯ ЦЕЛЕВОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ		
Разминочный блок: адаптация организма к физической нагрузке		
Стретчинг блок: повышение гибкости тела, улучшение подвижности позвоночника и суставов, связок, мышц		
Силовой блок: развитие силовых способностей, выносливости, формирование телосложения, нормализация состава тела		
Аэробный блок: развитие общей выносливости, снижение массы тела		
Коррекционный блок: индивидуальная коррекция проблемных участков тела		
Статический блок: развитие силы, регуляция тонуса мышц, укрепление связок		
Профилактический блок: профилактика возрастных заболеваний		
Восстановительный блок: восстановление функциональных систем, приобретение нервно-мышечного равновесия		

Рис. 2. Структурная модель шейпинг программы для женщин зрелого возраста.

В результате применения экспериментальной шейпинг-программы у женщин обеих возрастных групп наблюдается повышение уровня их морфофункционального состояния.

Так, в двух возрастных группах женщин к концу исследования обнаружено статистически достоверное ($p \leq 0,05$) снижение массы тела. В среднем, показатель снизился на 9 кг или 13 %, достигнув должного показателя в первой возрастной группе женщин, во второй группе отмечается значительное приближение к нормативному показателю. Вследствие этого

уменьшился и индекс Кетле у женщин 21-35 лет до 347,8 г/см, а у женщин 36-55 лет до 390,6 г/см.

Показатель жизненной емкости легких (ЖЕЛ) достоверно повысил свой уровень по сравнению с исходным – в первой возрастной группе на 13,3 % (397 мл), во второй на 10,5 % (303 мл). Жизненный индекс в первой группе повысился на 31,7 % (14,1 мл/кг) и соответствует норме, во второй на 26,6 % (10,3 мл/кг).

Значения частоты сердечных сокращений (ЧСС) в состоянии покоя у женщин 21-35 лет достоверно снизились на 11,3 %, систолического артериального давления (АД) на 6,6 %, а диастолического на 8,5 %. У женщин 36-55 лет изменение показателей более существенное - ЧСС на 12,8 %, систолического АД на 10,1, а диастолического на 11,7 %. У всех исследуемых групп отмечается достоверное динамичное снижение жирового компонента. Так, в первой группе это достигает 16, во второй – 33 %. Мышечный компонент, наоборот, возрос, соответственно, на 27 и 25,4 %. Следует отметить, что данные показатели стали соответствовать норме.

В процессе занятий оздоровительным шейпингом занимающиеся существенно улучшили свои результаты функциональных проб. В первой возрастной группе женщин прибавка в пробе Штанге составила 32,6 %, в PWC_{170} – 13,4 %. У испытуемых второй возрастной группы – на 24,4 % и 9,3 %. На улучшение функции дыхательной системы указывает и динамика показателя индекса Скибинской – в первой группе он возрос на 55,4, во второй - на 44,6 % (см. табл. 1).

Динамика результатов женщин первого периода зрелого возраста значительно ниже, по показателю УФС, чем у женщин второго возрастного периода. Так, прирост в первой возрастной группе составил 22,5, во второй – 62,2 %. Статистическая обработка данных мониторинга позволила выявить наличие достоверных различий (для 5% уровня значимости) между исходными (I мезоцикл) и конечными результатами (VI мезоцикл).

В результате систематизации и анализа тестовых упражнений, позволяющих определить двигательный возраст занимающихся, выявлено уменьшение показателя на 27 % у женщин первого периода зрелого возраста, что свидетельствует о повышении уровня физической кондиции до отметки «отлично». У женщин 36-55 лет уровень их физической кондиции оценен «выше среднего».

В свою очередь, прирост исходного показателя оценки состояния соматического здоровья, определяемого методом экспресс-оценки по Г.Л. Апанасенко, составил для женщин первого периода зрелого возраста 13 баллов, что соответствует критерию «выше среднего», у более старших занимающихся прирост равен 11 баллам и уровень здоровья соответствует «средней» оценке.

В процессе занятий оздоровительным шейпингом отмечаются и положительные достоверные изменения психической сферы женщин зрелого возраста (см. табл. 2).

Выводы. Структурный мониторинг позволяет оптимизировать процесс оздоровления женщин через последовательную, непрерывную, рациональную форму организации всех взаимодействующих компонентов, реализуемых в логической целостности. Обобщение максимально возможного количества исходных характеристик дает возможность определить содержание и методику занятий оздоровительным шейпингом и оценить ее результативность для женщин различного зрелого возраста.

На основе данных исходного мониторинга возрастных групп женщин разработана модульная структура шейпинг-программы с блочной целевой направленностью достижения модельных параметров психофизических кондиций, которая позволила оптимизировать уровень последних, согласно возрастным нормативным показателям женщин. В результате педагогического мониторинга с применением экспериментальной программы физкультурно-оздоровительных занятий шейпингом достоверно ($p \leq 0,05$) улучшились показатели физического развития, соматического здоровья, функционального, психического состояния и физической подготовленности женщин исследуемых возрастных (21-35 и 36-55 лет) групп.

Литература

1. Батищева Л.Д. Предупреждение преждевременного старения женщин зрелого возраста на основе комплекса средств оздоровительной физической культуры: автор. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Л.Д. Батищева. – Майкоп, 2007. – 26 с.
2. Барканова О.В. Методики диагностики эмоциональной сферы: психологический практикум / О.В. Барканова. – Вып. 2. – Красноярск: Литера-принт, 2009. – 237 с.
3. Венгерова Н.Н. Педагогические технологии фитнес-индустрии для сохранения здоровья женщин зрелого возраста: монография / Н.Н. Венгерова; Нац. гос. ун-т физ. культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта. – СПб., 2011. – 251 с.
4. Ивлиев Б.К. Организационно-педагогические основы развития и технологии шейпинга в России: дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Б.К. Ивлиев. – М., 2006. - 136 с.
5. Курова Т.В. Содержание и методика занятий оздоровительной гимнастикой с женщинами пожилого возраста сферы умственного труда: дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Т.В. Курова. – СПб., 2016. – С. 16-80.
6. Ланда Б.Х. Методика комплексной оценки физического развития и физической подготовленности: учеб. пособие / Б.Х. Ланда. – М.: Советский спорт, 2008. – 244 с.
7. Погодина А.Б. Основы геронтологии и гериатрии: учеб. пособие / А.Б. Погодина, А.Х. Газимов. - Ростов н/ Д: Феникс, 2007. – 258 с.

8. Смирнов С.И. Организационно-педагогические факторы управления сферой фитнес-услуг: дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / С.И. Смирнов. – СПб., 2013. – 191 с.

9. Фалова О.Е. Физиология человека: сб. практ. работ / О.Е. Фалова. – Ульяновск: УлГТУ, 2007. – 29 с.

УДК 613:178

ВПЛИВ ШКІДЛИВИХ РЕЧОВИН НА СТАН ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Алла Галій

*Харківський національний педагогічний університет імені Г.С.Сковороди,
Харків, Україна
venecia11@meta.ua*

Zbadane i omówione dane dotyczące zażywania substancji przez studentów uniwersytetu pedagogicznego. Zaproponowano drogi pokonania zjawisk kryzysowych, stosując technologie ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: technologie ochrony zdrowia, student.

Великою проблемою в Україні, на сучасному етапі розвитку суспільства є вживання різноманітних наркотичних речовин. За статистичними даними поширення шкідливих звичок у великому масштабі пов'язано з нестабільністю політичної та економічної ситуації. Значне поширення вживання шкідливих речовин, за останній час, спостерігається серед різних верств населення, а особливо: серед дітей, молоді, жіночого населення. Шкідливі речовини чинять негативний вплив на організм людини, збільшують ризик захворювань на особливо небезпечні хвороби, призводять до значних психофізичних змін роботи мозку та сприяють втраті людської гідності і життя індивіду.

Проблема вживання наркотичних речовин серед молоді є дуже гострою: турбує батьків, педагогів, суспільство в цілому.

Стан здоров'я людей останнім часом викликає тривогу. Погіршення здоров'я населення є не лише медичною, а і соціально-педагогічною проблемою. Надмірне вживання шкідливих речовин в Україні починається в ранньому віці і збільшується з роками. Найбільша кількість зловживають у наймолодшій віковій групі – 18-29 років.

За літературними даними, на сьогодні, досвід вживання шкідливих речовин залишається суттєво високим: 64% дівчат та юнаків віком 15-17 років мають досвід куріння, 87% - вживання алкоголю, 25% вживали наркотичні речовини.

Мета дослідження: з'ясувати рівень зловживання шкідливих речовин серед студентської молоді.

Дослідження було проведено серед студентів віком 17-20 років в ХНПУ імені Г.С. Сковороди на природничому факультеті та факультетах дошкільного та початкового навчання. Всього було опитано 100 студентів. Для дослідження було проведено анкетування. Нами була розроблена анкета, яка містила сім запитань, щодо вживання шкідливих речовин.

Питання, щодо вживання наркотичних речовин ми в анкету не включали, через морально-етичне відношення того, що усі респонденти – це студенти педагогічного університету.

Після проведення дослідження і обробки даних ми отримали такі результати, що серед факультетів, на яких проводилося опитування найбільший відсоток студентів, що вживають спиртні напої - це студенти факультету початкового навчання і становить цей показник - 90%, на другому місці студенти природничого факультету - 76%, а на третьому місці студенти факультету дошкільного навчання – 50%. Серед розповсюдження тютюнопаління також на першому місці – студенти факультету початкового навчання – 40%, на другому місці – студенти факультету дошкільного навчання - 35% і на третьому місці – студенти природничого факультету - 25%.

Таким чином серед трьох факультетів ХНПУ імені Г.С.Сковороди найбільш небезпечна ситуація щодо вживання шкідливих речовин - на факультеті початкового навчання. Виходячи з контингенту студентів – на 99,9% - це студенти жіночої статі. Показана тенденція, в перерахунку того, що жінка в популяції людини відповідає за продовження роду, за відтворення та передачу здоров'я майбутніх поколінь, спадкової інформації, репродуктивного здоров'я, є дуже небезпечною, щодо передачі здоров'я нащадкам. Такий стан зловживання шкідливими речовинами говорить про велику соціальну кризу, низьку культуру поведінки населення щодо питань валеологічного спрямування.

Ситуація, яка склалася на вищевказаних факультетах зі вживання шкідливих речовин є індикатором негативних показників розвитку суспільства, віддзеркаленням соціально-економічної кризи в Україні.

Єдиним шляхом для подолання кризових явищ щодо вживання наркотичних речовин є виховання та навчання майбутніх вчителів здоров'язберігаючим технологіям. В ХНПУ імені Г.С. Сковороди з 1994 року викладається курс «Валеології» на всіх факультетах, в межах якого, студенти мають можливість отримати необхідні знання з питань здоров'я, здорового способу життя, механізмів здоров'я в організмі та підвищити валеологічну культуру, змінити особисту поведінку з позиції професійного спрямування. Так як майбутній вчитель крім того, що він є носієм знань, він ще є і взірцем в поведінці для учнів, еталоном для підражання.

Ті рекомендації щодо покращення стану здоров'я, які студенти можуть отримати на заняттях є безцінним даром на етапі навчання і професійного зростання.

УДК: 373.5.035:316.623-056.49

ВПЛИВ АГРЕСІЇ НА СТАН ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ УРАЗЛИВИХ КАТЕГОРІЙ

*Валерія Нечерда,
Інститут проблем виховання НАПНУ, Київ, Україна
necherda@gmail.com*

An author examines the questions of vulnerability and the problem of aggression of modern teenagers as real threat to their health. A researcher marks factors (in particular, easy access to the tobacco, alcohol etc.) that become reason of vulnerability of the young generation and their aggressiveness.

Keywords: vulnerability, aggressiveness, teenagers of vulnerable categories.

Autor bada pytania wrażliwości i problem agresji współczesnych nastolatków jak realne zagrożenie ich zdrowiu. Badacz zaznacza czynniki (w szczególności, lekki dostęp do tytoniu, alkohol) że odpowiednia przyczyna wrażliwości młodego pokolenia i jego agresywności.

Kluczowe słowa: wrażliwość, agresywność, nastolatki wrażliwych kategorii.

На сьогодні особливе занепокоєння викликає погіршення стану здоров'я підростаючого покоління. Дослідниця О. О. Єжова зауважує: «Щодо стану фізичного здоров'я дітей, підлітків та молоді спостерігається зростання захворювання таких систем, як дихальна, нервова, ендокринна, травна; збільшується хронізація захворювань серед дитячого населення; хвороби дорослих молодшають. Негаразди у функціональному стані нервової системи, соціальне напруження спричиняють погіршення психічного та соціального здоров'я особистості, які проявляються, перш за все, в комунікативних проблемах, пізнавальній діяльності та поведінці в цілому» [1, с. 39]. Одним із руйнівних факторів, що призводять до втрати здоров'я, є агресивність сучасних підлітків, уразливих категорій зокрема.

Загалом підлітковий вік (11–15 років) є найбільш уразливим через низку чинників – особистісних (посилена тривожність, надмірна критичність, комунікативна некомпетентність), фізіологічних (перебудова всіх систем організму), соціальних (школи, молодіжної субкультури, сім'ї). Зазначимо, що недоліки родинного виховання (фізичні покарання, насильство у стосунках

членів родини, брак уваги з боку дорослих до проблем дитини або надмірна поблажливність до неї) відіграють в цьому випадку неабияку роль. У наш час ця ситуація ускладнена ще безліччю зовнішніх факторів, серед яких вартим уваги вважаємо *легкий доступ* молодого покоління до *тютюну, алкоголю, психоактивних речовин і наркотиків*, що знижують рівень контролю та вивільняють агресію. Зростанню агресивності підлітків також сприяють: *вплив ЗМІ* (сучасні підлітки часто зіштовхуються з насиллям в мас-медіа, виступаючи фактично в ролі пасивних споживачів засобів масової інформації, які навчаються спокійно сприймати насильство та іноді моделювати жорстокі події, побачені на екрані); *вплив музики* (під час деяких концертів хеві-метал, реп, рок-музики виникає проблема грубої чи натуралістичної поведінки); *ігри* (насильницькі відеоігри розвивають агресивність, оскільки розроблені таким чином, що гравець відчуває себе і спостерігачем насильства, і його учасником, а також, подібно до наркотиків, розвивають звикання, через що можуть стимулювати агресію неформованої особистості підлітка). Нещодавно «за результатами кореляційного аналізу було виявлено, що між наявністю шкідливих звичок ... та проявом агресії існує пряма залежність» [1, с. 19]. Проблема агресивності найбільш гостро постає у середовищі підлітків уразливих категорій.

Підлітками уразливих категорій є ті особи у віці 11–15 років, які в силу певних обставин свого життя більше піддаються і потерпають від дії негативних зовнішніх впливів середовища. Такі підлітки бувають некерованими, не здатними ефективно взаємодіяти ані з дорослими, ані з однолітками. Зовнішньо такі підлітки характеризуються неповноцінним і викривленим ставленням до дійсності, внутрішнім конфліктом із власним «Я». Підлітки з категорії уразливих частіше, ніж інші, відчувають різного роду невдачі, які дратують або лякають батьків і педагогів, в результаті за ними закріплюється «ярлик» невдахи, що стає установкою і для самих підлітків. Саме за відсутності «бути почутим», отримати вчасно необхідну консультацію-пораду-допомогу виникають ситуації, в яких хлопці та дівчата підліткового віку починають практикувати ризиковану поведінку, зокрема, здійснюють правопорушення, виявляють агресію і насильство.

Зауважимо, що агресія – це певного роду стрес і для того, хто її виявляє, і для того, на кого вона спрямована. Агресія змінює психофізіологічний стан людини – збільшується концентрація стресових гормонів, які фактично руйнують організм. За цих умов в організмі підлітка виникають зміни в ендокринному тлі (виникають проблеми з боку основного обміну речовин), страждає імунна система, з'являються ураження серцево-судинної системи, статевої сфери. Така ситуація у наш час вимагає невідкладних комплексних дій. Великі сподівання покладаються не тільки на медичних і соціальних працівників, а й на систему освіти та громадські організації, що мають якомога

тісніше співпрацювати та залучати до своєї діяльності широкі верстви населення. Досвід громадсько-активних шкіл, орієнтованих на партнерські стосунки між закладом та всіма ресурсами, які існують у громаді, свідчить, що залучення підлітків уразливих категорій до системи позитивних суспільних взаємин поліпшує характер їхньої поведінки, знижує рівень агресивності та загалом позитивно впливає на всю систему вчинків у школі й поза нею.

Література

1. Єжова О. О. Здоровий спосіб життя: навчально-методичний посібник / Оржеховська В. М., Єжова О. О. // Суми: Вид-во СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2010.– 188 с.

УДК 613

АБОРТ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ

Марина Пахуча

Харківський національний педагогічний університет імені

Г.С.Сковороди, Харків, Україна

marinka.markus@gmail.com

W artykule zostały omówione zagadnienia wpływu aborcji na reprodukcyjne zdrowie kobiety oraz jej wczesne i późne powikłania. Omówiony problem pierwszej aborcji. Niniejszy artykuł jest adoptowany do przekazania płci żeńskiej o pogorszeniu reprodukcyjnego zdrowia na skutek sztucznego przerywania ciąży.

Słowa kluczowe: aborcji, reprodukcyjne zdrowie.

Населення України живе сьогодні в умовах глибокого порушення механізму самовідтворення, погіршення не лише кількісних, а й якісних характеристик здоров'я. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Україна посідає одне з останніх місць серед країн Європи за показником природного приросту населення. Така ситуація зумовлена незадовільним станом репродуктивного здоров'я населення та частковою відсутністю репродуктивної мотивації особи (системи дій, відносин та психічного стану, що спонукає її до потреби мати дітей). Ці фактори значною мірою залежать від економічних чинників та соціально-психологічного стану населення. Крім того, суттєвий вплив на реалізацію дітородної функції має стан інтимного здоров'я жінок.

Репродуктивне здоров'я – це стан цілковитого фізичного, розумового і соціального добробуту, а не просто відсутність фізичних вад або недуг у всіх питаннях щодо репродуктивної системи, її функцій і процесів. Репродуктивне здоров'я залежить від дотримання здорового способу, профілактичної освіти, морально-духовних цінностей особистості, інформаційної політики в ЗМІ.

Слід розуміти, що РЗ - стан повного фізичного, розумового і соціального благополуччя, що характеризує здатність людей до зачаття і народження дітей, можливість сексуальних відносин без загрози захворювань, що передаються статевим шляхом, гарантію безпеки вагітності, пологів, виживання і здоров'я дитини, благополуччя матері, можливість планування наступних вагітностей, в тому числі і попередження небажаної вагітності

Основи репродуктивного здоров'я жінки закладаються ще в ранньому віці, та залежать від генетичних особливостей, наявності патології різних органів і систем організму, дії факторів зовнішнього середовища тощо. Ранній початок статевого життя, захворювання, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), в тому числі ВІЛ, незапланована вагітність та аборти є основними проблемами репродуктивної сфери. Стан репродуктивного здоров'я багато в чому визначається способом життя людини, відповідальним ставленням до власного здоров'я, а також рівнем інформованості з питань репродуктивного здоров'я, можливостей його збереження та реалізації репродуктивних прав.

Турбота про збереження репродуктивного здоров'я також включає в себе і сексуальне здоров'я, метою якого є поліпшення життя та міжособистісних відносин, а не тільки консультації та лікування, пов'язані з репродукцією і інфекціями, що передаються статевим шляхом.

На сьогоднішній день аборт – це один із найбільш значних чинників розладу репродуктивного здоров'я жінки, що призводить до виникнення безпліддя, невиношування вагітності, запальних захворювань статевих органів, порушень менструального циклу. Штучне переривання вагітності і пов'язані з ним ускладнення призводять майже до кожної десятої материнської смертності. Статистика свідчить, що 1 млн подружніх пар в Україні є безплідними. Із них 870 тис. – через безпліддя жінки, причиною якого у 80% випадків є аборт. Прямі репродуктивні втрати від невиношування вагітності щороку становлять 36-40 тис. Ненароджених дітей. Постабортні ускладнення реєструються в 40-70%, що негативно впливає на репродуктивне здоров'я жінок. Аборти мають нищівні наслідки для духовного та психологічного здоров'я: постабортний синдром матерів, їхніх чоловіків та членів сімей, медиків, руйнування сімейних відносин, криза моральних і гуманних цінностей у суспільстві.

З давніх часів і до цього дня питання про можливість переривання вагітності залишається предметом дискусій. Гострота в обговоренні проблеми абортів зберігається, незважаючи на те що вона стара, як світ. Перша позиція відображена в клятві Гіппократа: «Я не дам жодній жінці абортівного песарія». Так у V столітті до нашої ери Гіппократ висловлює свою думку про етичну неприпустимість участі лікаря у виконанні абортів. Ця позиція тим більше важлива, що вона прямо протилежна поглядам великих моралістів і законодавців Стародавньої Греції, які відображені в працях Аристотеля. Він

писав у своєму трактаті «Політика»: «Якщо у подружньої пари має народитися дитина понад зазначеної кількості, то необхідно зробити аборт раніше, ніж у зародка з'явиться життя».

Дані сучасної ембріології свідчать про те, що життя людини починається з моменту зачаття, тобто з моменту злиття статевих клітин батька та матері. Отже, штучне переривання вагітності на будь-якому етапі є перериванням життя людської особи.

Сьогодні значно поширена практика штучного переривання вагітності (аборти, вакуум-регуляція менструального циклу). Простота і висока доступність штучного абортів стала наслідком неймовірної кількості ускладнень, що змусило задуматися над новими проблемами, які стоять перед суспільством і лікарями.

Погляд на репродуктивне здоров'я як одну з основ здоров'я в цілому й головну детермінанту розвитку людини одержує все більше визнання у світі. Серед складових елементів репродуктивного здоров'я контрацепція – попередження небажаної вагітності – має можливість істотно поліпшити стан здоров'я і статус жінок. Вона дозволяє жінці самій визначати кількість народження дітей, дає можливість контролювати свою фертильність, управляючи репродуктивною стороною свого життя, що дає підставу для почуття впевненості в собі й поваги в суспільстві. Планування родини не тільки рятує життя, а й поліпшує його якість, попереджаючи неплановану вагітність і дозволяючи жінці планувати настання вагітності в терміни, зручні для жінки та безпечні для її перебігу.

Науково визнано, що штучне переривання непланованої вагітності є важливою складовою проблем як формування, так і збереження репродуктивного здоров'я. Аборт вважається одним із чинників розладу здоров'я жінок за своїм шкідливим впливом втручання у природній процес змін в організмі жінки під час вагітності, можливістю післяабортних ускладнень.

Стан здоров'я жінки, у тому числі репродуктивного, формується до народження, у перші роки життя, а в подальшому лише зберігається і змінюється. Протягом життя потреби жінки в медичній допомозі змінюються. Тому національна система охорони здоров'я жіночого населення побудована з урахуванням концепції «життєвого циклу». Зміст її полягає в тому, що дбати про здоров'я майбутньої жінки потрібно на всіх етапах її життя починаючи від народження. Цей період включає захист ще не народжених дівчаток від перинатального відбору за ознаками статі, захист дівчат від сексуального насилля, вагітностей, абортів, інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), забезпечення можливостей формування і збереження фізичного, психічного здоров'я.

Суттєвий вплив на стан репродуктивного здоров'я майбутньої жінки мають аборти у неповнолітніх, що викликає окрему заклопотаність акушерів-гінекологів та суспільства в цілому.

Аборт наносить непоправну шкоду здоров'ю жінки і репродуктивному здоров'ю обох членів подружжя. Вимушене втручання в гормональний стан жінки у разі переривання вагітності є надзвичайним стресом для гормональної та нервової системи організму й може стати причиною невиношування вагітності (самовільних викиднів та передчасних пологів), а також безпліддя, особливо, якщо переривається перша вагітність. Запальні ускладнення, які можуть виникнути відразу після абортів або мати прихований хронічний перебіг, часто можуть спричинити доброякісні і злоякісні пухлини репродуктивних органів у майбутньому. Хірургічне втручання під час абортів супроводжується травмою тканин шийки та тіла матки, якої можливо запобігти, якщо попередити аборт і народити дитину або використовувати методи профілактики виникнення небажаної вагітності. На жаль, після абортів можуть виникати віддалені у часі ускладнення, перебіг яких тривалий і несподіваний, з серйозними наслідками, лікування яких може бути довготривалим, недостатньо ефективним та дорогим. Навіть короточасні ускладнення після абортів негативно впливають на сексуальні відносини, а такі ускладнення, як невиношування та безплідність, стають причиною соціального напруження у сім'ї та розлучень.

Одним з інтегральних показників стану репродуктивного здоров'я є безпліддя.

Встановлено, що після штучного абортів відмічається значна кількість ранніх ускладнень – ендометрити, кровотечі з повторними вишкрібаннями стінок порожнини матки. Пізні ускладнення штучного абортів проявлялись у вигляді порушення менструального циклу. Частота ускладнень після абортів ще більш висока: кожен шостий аборт призводить до ускладнень, кожен 20-й закінчується госпіталізацією з приводу різних ускладнень. Найчастіше один аборт зустрічався у жінок віком 20-34 роки, а два і більше – у віці 35 років і старших.

Для жіночого організму аборт – це біологічний шок. В результаті викликаних абортів запальних процесів шийки матки, яєчників, маткових труб може розвинути безпліддя. Найчастіше воно виникає внаслідок непрохідності маткових труб та злипання їх слизової під впливом запальних процесів, але може виникнути і при сильному пошкодженні інструментом самої матки. Найбільш часто безпліддя є наслідком абортів, які проводяться при першій вагітності. Одним із серйозних наслідків переривання вагітності є підвищення ризику онкологічних захворювань.

УДК: 615.28: 613.634.004

ЗНАЧЕНИЕ ДЕЗИНФЕКЦИОННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

Калиберда Я. Г.

Днепро́вский национальный университет им. О. Гончара,

Днепро, Украина

kaliberdayana96@gmail.com

The focus of the paper is on three components of the disinfection process: disinfectants introduced in the environment, infectious agents in it and human health as an object of protection. It has been established that for the preservation of human health the most significant are the characteristics of disinfectants, such as high efficiency and low toxicity.

Keywords: disinfectants, disinfection, pathogens, toxicity.

Uwzględnia się trzy składniki procesu dezynfekcji: dezynfekcja wprowadzana do środowiska, czynników zakaźnych i zdrowia człowieka jako przedmiot ochrony. Ustalono, że w celu zachowania zdrowia ludzi najważniejsze są właściwości środków dezynfekujących, takich jak wysoka skuteczność i niska toksyczność.

На сегодняшний день основной целью применения дезинфекционных средств (ДС) в медицине и в быту является уничтожение возбудителей и переносчиков заболеваний, поэтому их значимость в комплексе противоэпидемических и профилактических мероприятий для нейтрализации путей и факторов передачи инфекционных и паразитарных заболеваний неоспорима. При этом современные ДС, обладая способностью убивать живую клетку, не могут быть абсолютно безвредными для организма человека, который состоит из множества клеток.

Среди факторов, повышающих риск проявлений вредного действия ДС на здоровье человека следует отметить возрастающее антропогенное загрязнение окружающей природной среды, генетическую предрасположенность к аллергическим реакциям, повышенную индивидуальную чувствительность (врожденную или приобретенную) к отдельным ингредиентам дезинфекционных средств.

К основным проявлениям вредного действия ДС на здоровье человека относятся разнообразные нозологические формы патологии кожи, слизистой оболочки глаз и верхних дыхательных путей, среди которых наибольшее эпидемиологическое значение имеет контактный ирритативный дерматит, контактный аллергический дерматит, нарушение микробного ценоза кожи, конъюнктивит, трахеит, бронхит, отек легких.

Формирование нарушений состояния здоровья человека в ответ на поступление в организм ДС или его отдельных компонентов непосредственно определяется токсичностью конкретного средства и особенностью режимов его применения (концентрация, экспозиция, норма расхода, способ дезинфекции), который определяет возможные пути поступления ДС в организм человека. Кроме того, в состав современных дезинфектантов помимо действующего вещества входят вспомогательные компоненты, стабилизаторы, ингибиторы коррозии, отдушки, красители, моющие добавки – все они могут одновременно воздействовать на организм человека, усиливая негативное воздействие на организм человека.

Таким образом, для здоровья человека имеют наибольшее значение такие свойства ДС, как высокая эффективность и низкая токсичность. Широкое использование ДС с высокой степенью эффективности в различных областях современной жизни позволят снизить риск распространения инфекционных и паразитарных заболеваний и их осложнений, что актуально в период экологического кризиса, роста иммунодефицитных состояний среди населения, сохранения высокого уровня инфекционной заболеваемости, особенно для промышленного региона. При этом следует отметить, что критерий безопасности ДС для здоровья человека определяется в значительной мере низкой степенью его токсичности.

5. ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

УДК 614.2

СИСТЕМА КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Сміянов В.А.¹, Горох В.В.²; Дрига Н.О.¹

¹Сумський державний університет,

²Сумська обласна клінічна лікарня, Суми, Україна

The objective of the study is to systematize and analyze the basic methods and tools on health services quality assurance on health care facilities level under the current control system of medical care quality. Analysis of the basic types and forms of medical care quality control, and evaluation of the quality assurance level in 24 typical medical and preventive treatment facilities of Sumy region. The basic mechanisms of the current control system of medical care quality in health care facilities of Sumy region were studied. It was proved that the main tool for controlling the quality is medical expert examination, based on retrospective analysis of statistical values.

Keywords: medical care quality, health care facility, control, management, tools, factors of medical care quality assurance.

Celem pracy jest usystematyzowanie i analizowanie podstawowych metod i narzędzi służących zapewnieniu jakości usług zdrowotnych na poziomie obiektów opieki zdrowotnej w obecnym systemie kontroli jakości opieki zdrowotnej. Analiza podstawowych typów i form kontroli jakości opieki medycznej oraz ocena poziomu zapewnienia jakości w 24 typowych placówkach leczniczych i profilaktycznych w regionie Sumy. Badano podstawowe mechanizmy obecnego systemu kontroli jakości opieki medycznej w zakładach opieki zdrowotnej w regionie Sumy. Udowodniono, że głównym narzędziem do kontroli jakości jest badanie ekspertów medycznych, oparte na retrospektywnej analizie wartości statystycznych.

Słowa kluczowe: jakość opieki medycznej, opieka zdrowotna, kontrola, zarządzanie, narzędzia, czynniki zapewnienia jakości opieki zdrowotnej.

Загальна система основних чинників, які забезпечують якість медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я складається з чотирьох груп факторів: 1) ресурси; 2) державне нормативно-правове забезпечення; 3) управління/організація на рівні закладу охорони здоров'я; 4) ставлення споживачів медичних послуг (пацієнтів) до збереження свого здоров'я.

Визначені фактори забезпечення якості медичної допомоги комплексно інтегрують розвиток можливих напрямків підвищення якості медичного обслуговування. Впроваджений порядок контролю якості, який являє собою вертикально організовану функціональну структурну систему, що включає всі рівні управління – від МОЗ до окремих лікувальних закладів. Перспективним напрямом для швидких змін у покращенні якості медичної допомоги є рівень закладу охорони здоров'я, оскільки саме медична установа має сьогодні значний потенціал динамічного і гнучкого реагування на потреби і очікування пацієнтів щодо підвищення якості медичного обслуговування.

Метою дослідження є систематизація і аналіз основних методів та інструментів забезпечення якості медичного обслуговування на рівні закладу охорони здоров'я в умовах існуючої системи контролю якості медичної допомоги.

Методи дослідження. Дослідження спрямоване на визначення основних видів і форм контролю якості медичної допомоги та рівня забезпечення якості в закладах охорони здоров'я України на прикладі 24 типових лікувально-профілактичних установ Сумської області.

Контроль якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Сумської області впродовж 2016 р. здійснювався шляхом виконання таких організаційних заходів: проведення оперативних нарад, проведення медичних рад, лікарські конференції, клінічні та клініко-адміністративні обходи, ради медичних сестер, контроль за виконанням санітарно-епідемічного режиму, заняття з молодшим медичним персоналом, підвищення кваліфікації та атестація лікарів, підвищення кваліфікації та атестації середнього медичного персоналу, впровадження новітніх технологій, аналіз динаміки статистичних показників, щоденну експертну оцінку історій хвороб та карт виписаних із стаціонару, одноденні зрізи, цільові перевірки якості надання медичної допомоги, оцінку якості за моделями кінцевих результатів, виконання планів робіт структурних підрозділів.

Проведене дослідження показало, що експертиза якості надання медичної допомоги пацієнтам в закладах охорони здоров'я здійснюється за допомогою п'ятирівневого контролю якості і є функцією завідувачів структурними підрозділами закладів охорони здоров'я (перший рівень), заступників головних лікарів з клініко-експертної роботи (другий рівень), клініко-експертних комісій закладів охорони здоров'я (третій рівень), експертної комісії обласного (міського) управління охорони здоров'я (четвертий рівень контролю) та експертної комісії МОЗ України (п'ятий рівень контролю).

Аналіз даних щодо заходів із забезпечення технологічної компоненти якості медичної допомоги показав, що у лікарнях використовуються уніфіковані і локальні протоколи лікування, посібники з питань контролю за інфекцією,

формуляри лікарських засобів, форми медичної реєстрації, які прийняті до виконання, медичні стандарти. У всіх медичних закладах існує офіційна процедура реєстрації скарг пацієнтів, регулярно проводяться опитування пацієнтів щодо якості обслуговування в лікарнях.

Основними критеріями оцінки якості надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я були визначені: організація прийому планових хворих; організація прийому хворих, що доставляються машиною екстреної допомоги; якість і своєчасність діагностики, комплексність лікування з першого дня; своєчасність і повнота поліклінічних обстежень; поточні спостереження за хворим, корекція та уточнення діагнозу та лікування; своєчасність та якість консультацій; середнє перебування хворого на ліжку; виконання плану ліжко-днів; результати лікування; показники летальності; використання в комплексному лікуванні допоміжних та нетрадиційних методів; обґрунтовані скарги хворих; матеріали анкетного опитування хворих. Важливим показником якості лікувального процесу є охоплення та ефективність диспансеризації хворих з керованою патологією.

Таким чином, якість медичної допомоги оцінюється в основному за допомогою кількісних показників, розроблених держаною статистичною службою, та показників діяльності медичних закладів, що відбивають обсяги наданої допомоги, зокрема, захворюваність, інвалідність, смертність, план виконання ліжко-днів, річний план зайнятості ліжка, оберненість ліжка та ін. Слід зазначити, що найбільша увага приділяється контролю за тимчасовою і стійкою втратою працездатності. Стимулювання високої якості роботи медичних працівників має не економічний, а переважно моральний статус.

Експертна діяльність з оцінки якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я потребує удосконалення у відповідності до сучасних потреб діяльності медичних установ.

УДК 614.2

РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА ФОРМИРОВАНИЯ БЛАГОПРИЯТНОЙ СРЕДЫ В УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ НЕПРЕРЫВНОГО УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Смеянов В.А., Дрыга Н.А.; Смеянов Ю.В.

Сумский государственный университет, Сумы, Украина

The aim of the study was to design the algorithm of formation the environment, favourable to apply the system of continuous health care quality improvement; to analyse the motivating factors of health care quality improvement

in the conditions of medical staff. The object of the research is the environment in the healthcare staff; motivation of medical workers of Sumy city's health care facilities to render qualitative medical care. 334 doctors, who had been working in the inpatient and outpatient departments of health care facilities of Sumy city (Ukraine) during the year 2015, participated in the research. Forming favourable environment in health care facilities is the necessary condition for applying the system of continuous health care quality improvement. But at the level of each health care facility the activities should be corrected with the account of the current "motivating picture", that is factor system motivating the medical staff to render qualitative medical care. Generally, motivating system would be the most effective if it is developed for each department of health care facility taking into account the peculiarities of medical care rendered there and features of the staff.

Keywords: quality of medical care, environment, motivation.

Сегодня в большинстве стран эталоном управления качеством в здравоохранении являются индустриальные методы и инструменты. Эффективность применения индустриальной модели связана с повышением клинической результативности лечения и доступности медицинской помощи для населения. В основе индустриальной модели лежит система непрерывного улучшения качества медицинской помощи.

Благоприятная среда определяется как среда, которая привлекает людей к медицинским профессиям, стимулирует их желание оставаться в кадрах здравоохранения и дает им возможность эффективно выполнять свои профессиональные обязанности. Только в благоприятной рабочей среде создаются условия, которые мотивируют медицинских работников качественно выполнять свои профессиональные обязанности, максимально использовать свои знания, навыки и умения и имеющиеся ресурсы в целях предоставления высококачественных медицинских услуг.

Среда в учреждении здравоохранения включает две составляющие: мотивацию медицинского персонала и культуру отношений между работниками, между медицинским персоналом и пациентами, между работниками и руководством учреждения здравоохранения.

Целью исследования была разработка алгоритма формирования в учреждении здравоохранения среды, благоприятной к внедрению системы непрерывного улучшения качества медицинской помощи, анализ мотивационных факторов ее повышения в условиях коллектива медицинских работников.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 334 врача, работающие в стационарных и амбулаторных подразделениях учреждений здравоохранения г. Сумы (Украина) в течение 2015 года. Для оценки достоверности результатов исследования использовался критерий Стьюдента. Достоверность оценки не менее 95%.

Результаты и обсуждение. Внедрение системы непрерывного улучшения качества предусматривает создание новых, партнерских взаимоотношений между медицинскими работниками и пациентами, между администрацией учреждения здравоохранения и работниками; создание благоприятной среды в коллективе, в котором творчество и открытость поощряются, а ошибки и неудачи исследуются без страха и обвинений. Поэтому важно формировать каналы обратной связи как между медицинским персоналом и администрацией учреждения здравоохранения, так и между поставщиками и потребителями медицинских услуг. Эта связь показывает реакцию: потребителя медицинских услуг на оказанную медицинскую помощь, отражает (сообщает) «что было хорошо, а что нужно изменить»; медицинского работника на изменение среды, в условиях которой оказывается медицинская помощь в учреждении здравоохранения.

Для выявления «мотивационной картины» обеспечения качества медицинской помощи был проведен опрос врачей учреждений здравоохранения г. Сумы.

Исследование показало, что приоритетность стимулов улучшения качества медицинской помощи зависит от стажа работы врачей. Так, важность благодарности и отличия руководства для врачей постепенно нивелируется с увеличением стажа работы. Независимо от стажа и места работы, у врачей одними из основных мотивационных факторов качественного оказания медицинской помощи остается моральное удовлетворение от работы и уважение людей. Это подтверждает то, что в медицине Украины, несмотря на низкий уровень заработной платы, основными приоритетами были и есть принципы гуманизма.

Таким образом, основными этапами создания в учреждении здравоохранения среды, благоприятной к внедрению системы непрерывного улучшения качества медицинской помощи, являются:

1) проведение разъяснительной работы в коллективе для информирования сотрудников о принципах функционирования системы непрерывного улучшения качества медицинской помощи (доброжелательности, инициативности, ненаказуемости, конфиденциальности);

2) проведение занятий с сотрудниками учреждения здравоохранения об особенностях системы непрерывного улучшения качества медицинской помощи, инструментах и методах ее внедрения;

3) создание и распространение методических материалов среди медицинских работников, пациентов и их родственников;

4) создание в учреждении здравоохранения эффективной системы стимулирования медицинских работников к качественному оказанию медицинской помощи, для чего необходимо проведение социологических

исследований. Наиболее эффективной система мотивации будет в случае ее построения для отдельных подразделений учреждения здравоохранения с учетом особенностей предоставления в них медицинской помощи и кадрового состава.

УДК 614

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Андрей Блашкевич, Илья Мелёхин
УО «ГГУ им.Ф.Скорины», Гомель, Республика Беларусь
ilya.melekhin.07081996@mail.ru

Public health is health of the population as a whole, caused by influence biological and social factors. In theses definitions of public health and physical well-being of the population are given.

Keywords: public health, physical well-being.

Zdrowie publiczne – zdrowie ludności w ogóle, ze względu na wpływ biologicznych i społecznych czynników. W tezach zawiera definicje zdrowia publicznego i fizycznego dobrobytu ludności.

Общественное здоровье оценивается определенными показателями: основными (физического развития, показателями заболеваемости, демографическими), дополнительными медико-демографическими и социологическими.

Демографические показатели – (смертность, рождаемость, средняя продолжительность жизни) дают косвенную характеристику здоровья населения и сильно зависят от социально-экономических факторов и характера государственной демографической политики – стимулирования или же ограничения рождаемости.

Показатели заболеваемости – это число заболеваний, зарегистрированных в регионе, на 100, 1000, 10000 или 100000 населения, которые дают прямую характеристику нездоровья населения. Зависят заболевания от социально-экономических условий, а также от того, как активно проведены профилактические мероприятия.

Показатели физического развития дают истинную характеристику здоровья населения. Для такой характеристики используются антропометрические показатели (средний вес, средний рост), показатели действующего состояния – соматометрические (к примеру, жизненная емкость

легких) и соматоскопические (например, развитие подкожно-жировой клетчатки, вторичных половых признаков).

В группу дополнительных медико-демографических показателей входят указанные показатели, отнесенные к отдельным контингентам населения – половым, возрастным, профессиональным группам.

К социологическим относятся показатели: здорового образа жизни (количество населения, в процентах, ведущего здоровый образ жизни), субъективного благополучия, повседневной активности, продолжительности жизни (при физической активности), социальной адаптации (к семейной жизни, родительским обязанностям, материальной независимости).

Общественное здоровье формируется из здоровья каждого члена общества, личного здоровья. Самое важное практическое значение из всего множества имеют два определения здоровья.

Здоровье – состояние полного социального, физического и психического благополучия. Социальное благополучие – удовлетворённость человека местом и ролью в обществе, отношениями с друзьями, коллегами, знакомыми, качеством и уровнем жизни. Психическое благополучие – способность к контролю своих эмоций и поведения, познавательной деятельности, а также испытывать положительные эмоции, которые характеризуются установленной интенсивностью и частотой. Физическое благополучие – способность человека к повседневной физической активности, полноценному труду, оцененная при учете его индивидуальных характеристик: пола, возраста, характера профессиональной деятельности, трудовых навыков, условий жизни.

Здоровье – это состояние равновесия между защитными силами организма и постоянно меняющимися условиями окружающей среды. Оно подчеркивает, что организм – саморегулирующаяся система с массой взаимосвязанных подсистем, с помощью которых индивиды приспособляются к постоянно меняющимся условиям среды в зависимости от своих социальных, психологических и физических ресурсов. Они могут адаптироваться к временным изменениям в среде обитания, например, колебаниям температуры, кратковременной недостаточности питания, инфекциям или аффективным состояниям.

Оба определения взаимодополняющие, ориентируют сразу на понимание здоровья как сложной системы, складывающейся из разных ее компонентов (определение первое), а также как состояния, находящегося в непрерывном изменении в соответствии с изменчивостью окружающей среды (определение второе).

В первом определении подчеркивается, что здоровье определяется из трех компонентов: социального, психического и физического.

Второе определение указывает на понимание того, что нет противоположного разграничения понятий «здоровье» и «болезнь», так как при наличии болезни (органических изменений) появляются процессы приспособления. Следовательно, наличие болезни, не устраняет здоровье полностью.

Существуют переходы от состояния здоровья к состоянию болезни. Известно, что значительная часть населения Земли находится в промежуточном состоянии, сочетающем в себе элементы и здоровья и болезни. Такое состояние получило название «синдром хронической усталости».

Литература

1. Воробьев И.П., Слагаемые здоровья.– М., 2004.– 302 с.
2. Березин И.П., Дергачёв Ю.В. Школа здоровья.– М., 2004. – 125 с.

УДК 614

РОЗРОБКА МОДЕЛІ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ОСНОВІ МЕХАНІЗМУ ВНУТРІШНЬОГО АУДИТУ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*Сміянова О.І., Сміянова Ю.О., Смородська О.М.
Сумський державний університет, Суми, Україна*

Organizational and methodological approach to medical care quality management in a health care facility based on internal audit was developed. This approach gives the feasibility to make and implement the managerial decisions to provide continuous medical care quality in a health care facility improvement.

Keywords: medical care quality, health care facility, medical and social mechanism of internal audit, model.

Підвищення ефективності впровадження системи безперервного покращання якості медичної допомоги передбачає застосування механізму внутрішнього аудиту. Останній є джерелом інформації, що допомагає організаторам охорони здоров'я об'єктивно оцінити реальний стан якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я та приймати адекватні та своєчасні управлінські рішення.

Метою дослідження була побудова моделі функціонування системи управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я.

Матеріал і методи досліджень. У процесі дослідження застосовувалися системно-структурний, абстрактно-логічний, порівняльний методи; методи групувань, моделювання та мета-аналіз.

Внутрішній аудит як постійна діяльність в системі управління якістю медичної допомоги закладу охорони здоров'я складається з різних видів аудиту (структури, процесу, результату), які здійснюються в рамках визначених завдань і у відповідності до певних критеріїв. Методологія внутрішнього аудиту передбачає циклічне оцінювання якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. Розроблений нами механізм внутрішнього аудиту передбачає таку етапність:

I етап – створення нормативно-правової бази управління якістю медичної допомоги на основі стандартизації у закладі охорони здоров'я (локальні клінічні протоколи, накази, методичні рекомендації, маршрути пацієнтів, внутрішні технологічні стандарти, форми для анкетування, річні плани і т.п.).

II етап – створення середовища, сприятливого до безперервного покращення якості медичної допомоги, у закладі охорони здоров'я.

III етап – проведення внутрішнього аудиту якості медичної допомоги мультидисциплінарною командою: планування; підготовка аудиту; проведення аудиту; впровадження змін; моніторинг та оцінка впроваджень.

Тема аудиту має бути актуальною та локальною. Етап підготовки аудиту передбачає: вибір методології (аналіз первинної документації, звітів, відповідності процесу лікування локальним протоколам, стандартам, моніторинг думки пацієнтів та ін.); визначення індикаторів якості медичної допомоги з даної теми. На етапі проведення аудиту виявляються недоліки та вузькі місця у процесі організації медичної допомоги в закладі охорони здоров'я; розробляються та надаються пропозиції щодо покращення наявної медичної практики, які оформляються протоколом засідання мультидисциплінарної групи.

На етапі впровадження змін видається наказ по закладу про підсумки внутрішнього аудиту та впровадження пропозицій з удосконалення якості медичної допомоги з визначенням терміну повторного аудиту. Останній етап аудиту включає моніторинг та оцінку впроваджень.

УДК 613.955

ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ВИХОВАНЦІВ ДИТЯЧОГО БУДИНКУ «ПЕРЛИНКА»

¹С. Н. Петрова, ² М. С Гончаренко., ²О.М.Бельорін-Еррера,
²Т.П.Камнєва, ²А.В.Мельнікова

¹Одеський комунальний навчальний заклад «Дитячий будинок «Перлінка»,
Одеса, Україна

²Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна, Харків, Україна
valeolog@karazin.ua

Omówione wyniki kompleksowego przeglądu stanu zdrowia dzieci oraz nastolatków sierocińca za pomocą komputerowego wspomaganie diagnostyki.

Słowa kluczowe: stanu zdrowia, komputerowego wspomaganie diagnostyki.

Вихованці дитячих будинків потребують підвищеної уваги до стану їх психофізіологічного та духовного здоров'я. Основою ефективного виховання є індивідуалізація виховного процесу, орієнтована на пріоритети особистості, потреби у вільному й самостійному розвитку, а також формування духовних потреб особистості, психологічної та психічної стресостійкості. З метою визначення шляхів покращення фізичного й психологічного стану вихованців за сприяння адміністрації Одеського комунального навчального закладу «Дитячий будинок «Перлінка»» у серпні 2017 року співробітниками кафедри валеології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна були проведені комплексні дослідження стану здоров'я дітей та підлітків даного закладу за допомогою найсучасніших комп'ютерних апаратно-програмних діагностичних систем: комплекс спектрально-динамічний (КСД), цифровий аналізатор біоритмів «ОМЕГА-М2» та скринінгова енергоінформаційна адаптометрія голографічної матриці людини.

Апарат КСД був розроблений виходячи з відомих понять про хвильову структуру організму людини. У організмі людини кожен атом, кожна молекула, кожна клітинка знаходяться в стані коливання. Співзвуччя коливальних рухів цих структур складає спектральну характеристику стану усієї людини. У пасивному режимі прочитуючи спектр людини, ми отримуємо інформацію про стан усіх внутрішніх органів, систем, про їх функціональну, психічну і фізичну рівновагу. Система тестування за допомогою комплексу спектрально-динамічного КСД максимально інформативна, вона дозволяє проаналізувати дидактогенні чинники й фізичні навантаження, а також підібрати сучасні інноваційні методики розкриття особистості, підходячи до кожного вихованця як до індивідуума, враховуючи його фізичний, психологічний і духовний стан.

Найбільш чутливими до дидактогенних чинників, психологічних навантажень є психічна, ендокринна й нервова системи організму.

Цифровий аналізатор біоритмів «ОМЕГА-М2» зчитує біологічні ритми організму людини, що виділяються з електрокардіосигналу в широкій смузі частот. В основу даного методу покладена нова інформаційна технологія аналізу біоритмологічних процесів – «фрактальна нейродінаміка».

Можливості апаратно-програмного комплексу «ОМЕГА-М2» в режимі скринінгу зокрема дозволяють: визначити рівень і резерви серцево-судинної системи, вегетативної та центральної регуляції а також відхилення цих показників від норм; оцінити рівень скомпенсованості й енергетичні ресурси організму на різних рівнях регуляції тощо.

Скринінгова енергоінформаційна адаптометрія голографічної матриці людини дозволяє визначити рівень енергетичних ресурсів організму, наявність схильності організму до певних порушень стану здоров'я, визначити ядро патології та гармонійність і симетричність енергоінформаційної складової організму.

Попередні результати проведеного дослідження дозволяють стверджувати, що найбільш вразливими виявилися системи: виділення, травлення та опорно-руховий апарат, а також загальний психоемоційний стан як показник, що характеризує енергетичний стан центральної нервової системи, лабільність і ресурсні можливості управління, участь кори головного мозку.

УДК:613.1:616.441-002.28-036.21

ОНКОЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ В 2000-2015 ГОДАХ

Ольга Касиян¹, Галина Ткаченко², Ян Лукашевич³
¹Львовский национальный медицинский университет
имени Данила Галицкого, Львов, Украина
olhakasiyan@gmail.com

²Институт биологии и охраны среды, Поморская Академия в Слупске,
Слупск, Польша
tkachenko@apsl.edu.pl

³Институт физической географии и экологического планирования,
Университет имени Адама Мицкевича в Познани, Познань, Польша
janluk@amu.edu.pl

Целью работы стала оценка региональных особенностей заболеваемости раком щитовидной железы среди взрослого и детского населения Украины за период 2000-2015 гг. На протяжении последних 15 лет заболеваемость РЩЖ увеличилась среди всего населения Украины, в т.ч. и среди детей в возрасте до 14 лет. Однако статистические данные

свидетельствуют, что эти показатели имеют свои региональные особенности. Самая высокая заболеваемость РЩЖ среди всего населения Украины за период 2000-2015 гг. наблюдалось в г. Киеве и Киевской области. Высокие показатели онкопатологии щитовидной железы в течение исследуемого периода обнаружены также в некоторых северо-восточных и южных областях, а самые низкие – в основном в западных областях Украины. Среди детского населения страны заболеваемость РЩЖ установлено на достаточно низком уровне. Во многих регионах данная онкопатология не регистрируется, или в течение исследуемого периода значительно снизилась. Однако рост общих показателей распространенности и заболеваемости исследуемой онкопатологией среди детского населения происходит за счет высоких интенсивных показателей в отдельных регионах.

Ключевые слова: онкопатология, щитовидная железа, заболеваемость, Украина

The aim of our study was an evaluation of regional characteristics of the thyroid cancer incidence among adult and child populations of Ukraine for the period 2000-2015. Over the past 15 years, the incidence of thyroid cancer has increased among the adult population of Ukraine, including among children under the 14 years. However, statistics show that these indicators have their own regional characteristics. The highest incidence and prevalence of thyroid cancer among adult population of Ukraine for the period 2000-2015 was observed in Kiev city and the Kiev region. High indicators of thyroid cancer during this period were also found in some northeastern and southern regions, while the lowest level was observed mainly in the western regions of Ukraine. Among the child population of the country, the incidence of thyroid cancer is noted at a fairly low level. In many regions, this oncology is not recorded, or was decreased significantly during the study period. However, the increase in general prevalence and incidence rates among child population is due to high intensive indicators in some regions.

Keywords: oncopathology, thyroid gland, morbidity, Ukraine

Celem pracy była ocena regionalnych cech częstotliwości występowania raka tarczycy u dorosłych i dzieci w Ukrainie w latach 2000-2015. W ciągu ostatnich 15 lat liczba przypadków zachorowalności na rak tarczycy wzrosła wśród mieszkańców Ukrainy, w tym wśród dzieci poniżej 14 lat. Statystyki pokazują jednak, że wskaźniki te mają specyficzne cechy regionalne. Największa częstość występowania raka tarczycy wśród osób dorosłych w latach 2000-2015 zaobserwowano w Kijowie i obwodzie Kijowskim. Wysokie wskaźniki onkopatologii w tym okresie odnotowano również w niektórych regionach północno-wschodniej i południowej części Ukrainy, natomiast najniższy poziom zaobserwowano głównie w zachodnich regionach. Wśród dzieci częstotliwości występowania raka tarczycy odnotowano na dość niskim poziomie. W wielu regionach ta onkologia nie jest odnotowywana lub znacznie spadła w okresie 2000-2015. Jednak wzrost ogólnej częstotliwości występowania raka tarczycy wśród dzieci wynika z wysokich wskaźników intensywności onkopatologii w niektórych regionach.

Słowa kluczowe: onkopatologia, tarczyca, zachorowalność, Ukraina.

В течение последних десятилетий в мире наблюдается устойчивая тенденция к росту частоты онкологической патологии и ее распространенности [8-11; 13]. В Украине происходит динамичный рост онкологических заболеваний, который в основном происходит вследствие роста заболеваемости среди женского населения и отчетливо проявляется в отдельных регионах Украины. Злокачественные новообразования вместе с болезнями системы кровообращения являются определяющими в здоровье населения Украины, учитывая то, что они обуславливают весомый процент в структуре смертности и инвалидизации населения. Удельный вес онкологической патологии среди причин смерти у лиц трудоспособного возраста составляет 14% у мужчин и 29% у женщин [8; 9].

В последние годы прослеживается тенденция к росту заболеваемости и распространенности рака щитовидной железы (РЩЖ) [10]. Согласно данным МЗ Украины (2012), распространенность РЩЖ в Украине в 2011 году составила 74,8 на 100 тыс. населения (для сравнения – 38,2 на 100 тыс. населения в 2001 г.), показатель заболеваемости – 6,5 на 100 тыс. населения (4,5 на 100 тыс. населения в 2001 г.). И хотя определенный процент роста заболеваемости связан с внедрением в клиническую практику современных методов обследования больных [1; 2], все же существуют данные о действительном росте заболеваемости РЩЖ, что обусловлено целым рядом факторов, в том числе и влиянием факторов окружающей среды. В результате изучения динамики заболеваемости РЩЖ по материалам Национального канцер-реестра, установлено неоднородный на территории Украины характер формирования онкологической патологии щитовидной железы [3-6; 12]. Более высокие уровни заболеваемости отмечено в промышленных регионах и особенно в сельскохозяйственных областях с интенсивным использованием пестицидов, что может свидетельствовать о этио-патогенетической роли вместе с общепризнанными факторами (йододефицитом, облучением), а также использование других антропогенных факторов, которые могут не только непосредственно способствовать индуцированию опухолей, а, что более вероятно, модифицировать канцерогенез [7]. Все эти вопросы требуют системного изучения путем проведения эколого-гигиенических, эпидемиологических и экспериментальных исследований.

Цель работы: изучение региональных особенностей заболеваемости РЩЖ среди взрослого и детского населения Украины за период 2000-2015 гг.

Материалы и методы исследований. Оценку показателей заболеваемости РЩЖ среди взрослого и детского населения Украины проводили путем анализа ежегодного обзора МЗ Украины и Института эндокринологии и обмена веществ имени В.П. Комиссаренко НАМН Украины за период 2000-2015 гг. [8; 9].

Результаты и обсуждение. Современный уровень онкопатологии щитовидной железы в Украине имеет существенные региональные различия. При анализе динамики заболеваемости РЩЖ среди населения Украины установлено устойчивую тенденцию к росту интенсивных показателей за период 2000-2015 гг.

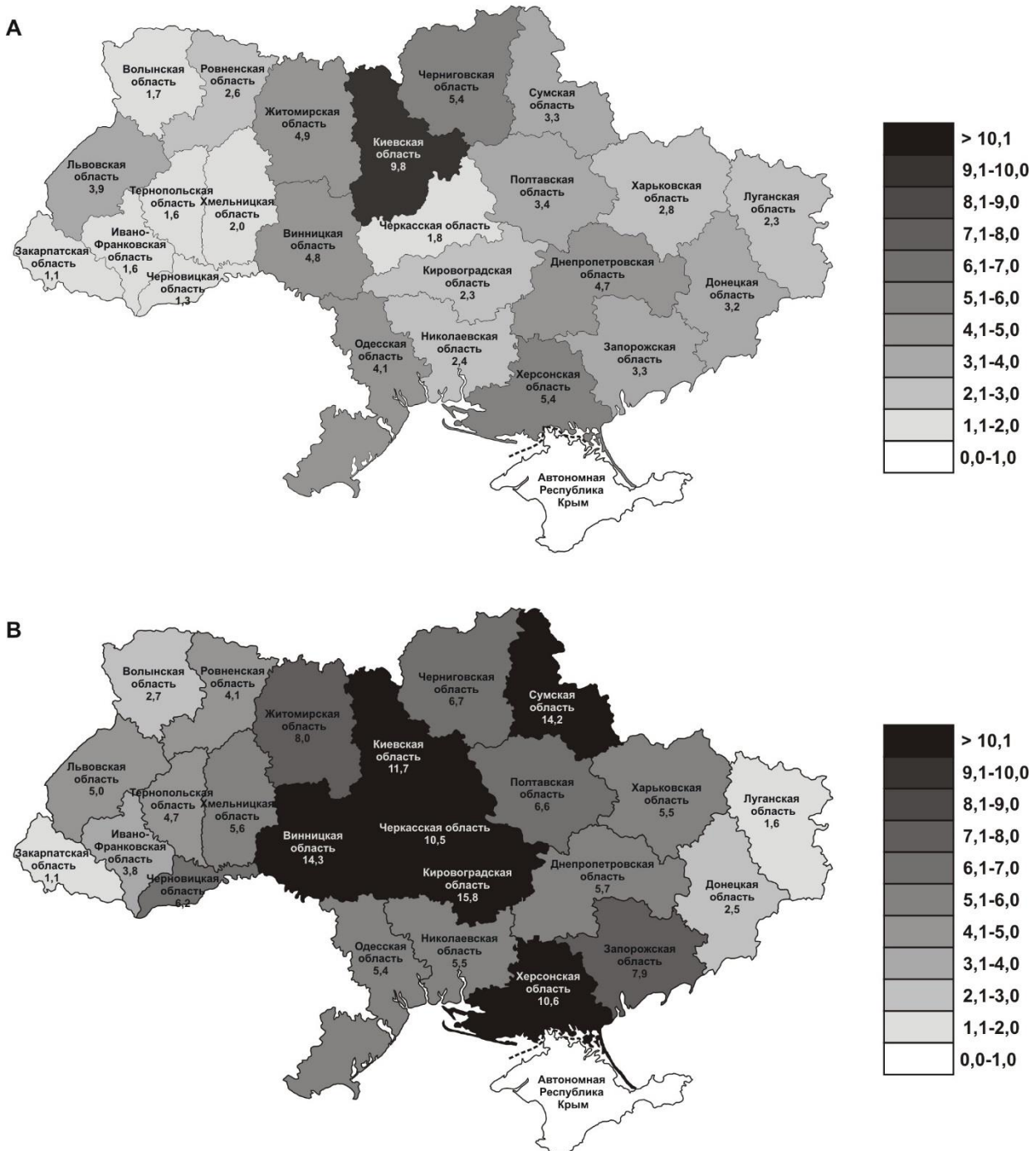


Рис. 1. Заболеваемость раком щитовидной железы (на 100 тыс. населения) среди всего населения Украины в 2000 (А) и 2015 гг. (В).

В 2000г. захворюваність РЩЖ серед населення України становила 3,9 на 100 тис. населення, а через 15 років цей показник уже становив 6,9 на 100 тис. населення (ступінь зростання – 1,8 разів). Найвищі показники захворюваності досліджуваної онкопатології в 2000г. серед всього населення України порівняно з загальноукраїнським показником зафіксовано в місті Києві та Київській області, а також у Вінницькій, Дніпропетровській, Житомирській, Львівській, Одеській, Херсонській та Чернігівській областях і становили 12,8; 9,8; 4,8; 4,7; 4,9; 3,9; 4,1; 5,4 та 5,4 на 100 тис. населення відповідно. Низькі показники захворюваності виявлено в Волинській (1,7 на 100 тис. населення), Закарпатській (1,1 на 100 тис. населення), Івано-Франківській (1,6 на 100 тис. населення), Тернопільській (1,6 на 100 тис. населення) та Чернівецькій областях (1,3 на 100 тис. населення) (рис. 1А).

Згідно статистичних даних, в 2015 році найвищі рівні захворюваності зареєструвалися в наступних регіонах України: в Кіровоградській області та м. Києві, а також у Вінницькій, Сумській, Київській, Херсонській, Черкаській, Житомирській та Запорізькій областях, і становили 15,8; 15,5; 14,3; 14,2; 11,7; 10,6; 10,5; 8,0 та 7,9 на 100 тис. населення відповідно. В інших областях України рівень захворюваності РЩЖ при розрахунку на 100 тис. населення в 2015 році був нижче середньукраїнського показника. Низьку захворюваність в даний рік виявлено серед жителів Закарпатської (1,1 на 100 тис. населення) та Луганської областей (1,6 на 100 тис. населення) (рис. 1В).

Ступінь збільшення даного показника серед всього населення України за період 15 років становить 1,77 разів. Захворюваність РЩЖ за досліджуваний період знизилася тільки в Донецькій та Луганській областях, а найвищий ріст цього показника встановлено в Черкаській області (збільшення в 5,83 разів).

Рівень захворюваності РЩЖ в 2000 році серед дитячого населення країни становив 0,16 на 100 тис. населення. Захворюваність досліджуваної тиреопатології серед дітей в цьому році виявлено у Вінницькій, Дніпропетровській, Житомирській, Закарпатській, Івано-Франківській, Кіровоградській, Луганській, Николаєвській, Одеській, Херсонській, Хмельницькій, Черкаській, Чернівецькій областях та м. Києві. В інших областях України захворюваності РЩЖ серед дітей не встановлено (табл. 1).

Таблиця 1

Заболеваемость раком щитовидной железы среди детского населения Украины в 2000 и 2015 гг.

Области Украины	Заболеваемость (на 100 тыс. населения)		Степень увеличения / уменьшения
	2000 г.	2015 г.	
Винницкая	0,63	-	-
Волинская	-	-	-
Днепропетровская	0,89	0,21	0,24
Донецкая	-	-	-
Житомирская	0,98	0,98	1,0
Закарпатская	0,60	-	-
Запорожская	-	0,40	0,40
Ивано-Франковская	0,15	0,43	2,87
Киевская	-	-	-
Кировоградская	0,73	-	-
Луганская	0,35	-	-
Львовская	-	-	-
Николаевская	0,66	-	-
Одесская	0,30	0,78	2,60
Полтавская	-	1,52	1,52
Ровенская	-	0,43	0,43
Сумская	-	-	-
Тернопольская	-	-	-
Харьковская	-	0,28	0,28
Херсонская	0,42	-	-
Хмельницкая	0,36	0,50	1,39
Черкасская	0,38	0,58	1,53
Черновицкая	0,52	1,30	2,50
Черниговская	-	-	-
г. Киев	0,24	0,23	0,96
Всего в Украине	0,16	0,28	1,75

Всеукраинский показатель заболеваемости РЩЖ в 2015 г. среди детского населения составил 0,28 на 100 тыс. населения; степень увеличения за 15 лет составил 1,75 раза. Самые высокие показатели заболеваемости РЩЖ среди детей в данный период выявлено в Полтавской и Черновицкой областях (1,52 и 1,30 на 100 тыс. населения соответственно) (табл. 1). Степень увеличения заболеваемости РЩЖ оказался самым высоким в Ивано-Франковской области (2,87 раза). Повышение заболеваемости РЩЖ наблюдается также в Одесской, Полтавской, Хмельницкой, Черкасской и Черновицкой областях, а в других регионах заболеваемость в период 2000-2015 гг. снизилась.

Данные результаты свидетельствуют о необходимости проведения первичной профилактики рака среди различных возрастных групп населения с

учетом региональных особенностей заболеваемости и распространенности онкопатологии, что предполагает осуществление программ охраны природы от загрязнения канцерогенными веществами и очистки окружающей среды, осуществления мероприятий и обучения населения правилам здорового образа жизни (оптимальный режим питания, отдыха, соблюдение личной гигиены, отказ от курения, злоупотребления алкоголем и т.д.). К профилактическим мероприятиям следует отнести и разнообразные формы санитарно-просветительной работы, призванные выявлять доклинические формы онкопатологии. Также необходимо проводить вторичную профилактику, которая предусматривает организацию профилактических осмотров населения, особенно среди детей, с привлечением эндокринологов и специалистов других специальностей с использованием современных методов диагностики.

Выводы. Таким образом, на протяжении последних 15 лет заболеваемость РЩЖ выросла среди всего населения Украины, в том числе и среди детей в возрасте до 14 лет. Однако, статистические данные свидетельствуют, что эти показатели имеют свои региональные особенности. Самая высокая заболеваемость и распространенность РЩЖ среди всего населения Украины за период 2000-2015 гг. наблюдалось в г. Киеве и Киевской области. Высокие показатели онкопатологии щитовидной железы в течение исследуемого периода обнаружены также в некоторых северо-восточных и южных областях, а самые низкие – в основном в западных областях Украины.

Среди детского населения страны заболеваемость РЩЖ установлено на достаточно низком уровне. Во многих регионах данная онкопатология не регистрируется, или в течение исследуемого периода значительно снизилась. Однако рост общих показателей распространенности и заболеваемости исследуемой онкопатологией среди детского населения происходит за счет высоких интенсивных показателей в отдельных регионах.

Литература

1. Вузлові утворення щитоподібної залози: міжнародні алгоритми та вітчизняна клінічна практика / Фадєєв В. // Променева діагностика, променева терапія. – 2002. – №4. – с.7-12.
2. Диагностическая ценность пункционной биопсии узловых образований щитовидной железы под контролем ультразвука // Степанов С.О., Ратушная В.В. // Сб. мат. Всероссийского конгресса лучевых диагностов «Радиология 2007» 06-08.06.2007, г. Москва. – с. 163-164.
3. Касиян О.П. Особенности распространения онкологической патологии среди населения Украины / О.П. Касиян, Г.М.Ткаченко, Я. Лукашевич // Научный медицинский вестник. – 2015. – 2(2). – С. 6-17.
4. Касиян О.П. Ризик виникнення раку щитоподібної залози у регіонах з різними рівнями поширеності аутоімунного тиреоїдиту та тиреотоксикозу / О.П. Касиян // Гігієна населених місць. – 2015. – № 65. – С. 119-123.

5. Касиян О.П., Ткаченко Г.М. Современные особенности распространения онкопатологии среди населения Украины // Актуальные проблемы экспериментальной, профилактической и клинической медицины : тезисы докладов XVII Тихоокеанской научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием, 21-22 апреля 2016 г., Владивосток / под общ. ред. В.Б. Шуматова; Тихоокеанский государственный медицинский университет. – Владивосток: Медицина ДВ, 2016. –С. 320-321.

6. Касиян О.П., Ткаченко Г.М. Региональные особенности уровня заболеваемости онкологической патологией среди населения Украины. // Актуальные вопросы профилактической медицины и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения: сборник тезисов II Республиканской научно-практической конференции / под общ. ред. А.А. Имамова. – Казань: КГМУ, 2016. – С. 81-82.

7. Мужичук О.В. Рак щитовидної залози та особливості фонові тиреоїдної паренхіми (двадцятип'ятирічне дослідження) /О.В. Мужичук, Н.І. Афанасьєва, В.В. Мужичук // Вісник Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна. – 2009. – Вип. 17, № 855. Сер.: Медицина. – С. 39-46.

8. Основні показники діяльності ендокринологічної служби України за 2000 р. – К., 2001. – № 1. – 31 с.

9. Основні показники діяльності ендокринологічної служби України за 2015 р. – К., 2016. – № 1. – 39 с.

10. Онкоэндокринология: традиции, современность и перспективы / Бернштейн Л.М.// СПб: Наука, 2004. – 343с.

11. Современные особенности распространенности злокачественных опухолей губы, ротовой полости и глотки и смертности от них населения Украины / С.В. Грищенко, И. Нагорный, А.А. Чистяков, А.Г. Гончар, Д.П. Темниченко, Л.В. Чистякова // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 2008. – № 4-с. – С. 34-35.

12. Kasiyan O., Tkachenko H., Łukaszewicz J. Mortality from thyroid cancer among population of Ukraine over the past ten years. In: Globalisation and regional environment protection. Technique, technology, ecology. Scientific editors Tadeusz Noch, Wioleta Mikołajczewska, Alicja Wesółowska. Gdańsk, Gdańsk High School Publ., 2016. – P. 31-51.

13. Keiding L.M. General preventive measures against carcinogenic exposure in the external environment / L.M.Keiding //Pharmacol Toxicol. –1993.– 72, Suppl. 1:136-144.

УДК: 616. 025. 477

ВИВЧЕННЯ ТЕНДЕНЦІЙ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА ПОШИРНОСТІ ХВОРОБ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ТА ПОРІВНЯННЯ ЦИХ ПОКАЗНИКІВ У ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА В УКРАЇНІ ЗАГАЛОМ

Тетяна Плужнікова

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава, Україна
pluznikovat197@gmail.com*

The health status of the population is an indicator of the country's socio-economic development, an integral part of the level and quality of life of people. One of the most important tasks of the state is to preserve the health of the population, as the main potential of the country's production resources. The study of trends in the incidence and prevalence of disease among the population is an important component of planning strategic directions for development, both the health system and the state as a whole. Men and women perform different roles in society, determines their predisposition to various diseases. When studying the health care system, it is necessary to objectively assess the health status of men and women, to identify special needs depending on gender. The purpose of this study was to study the dynamic features of prevalence and incidence rates of various diseases in men and women in the Poltava region and in Ukraine as a whole for ten years. The study was conducted by epidemiological and statistical methods. The statistical data of sectoral statistics for ten years, the data of the State Statistics Service of Ukraine, as well as the Main Department of Statistics in the Poltava region were used. As a result of the study, trends were established for primary morbidity and prevalence rates for the main classes of diseases in men and women (18 and over), the structure of the indicators, and the rate of growth and growth rate of these indicators among the population of Poltava region and Ukraine as a whole for the ten years.

Stan zdrowia ludności jest wskaźnikiem rozwoju społeczno-gospodarczego, stanowi integralną część poziomu i jakości życia. Jednym z najważniejszych zadań państwa jest utrzymanie zdrowia jako głównych potencjalnych zasobów produkcyjnych. Studiowanie trendów w zachorowalności i częstości występowania choroby w populacji jest ważnym elementem planowania strategicznego kierunku jak system ochrony zdrowia, a państwo jako całość. Mężczyźni i kobiety mają różne role w społeczeństwie, co prowadzi do podatności na różne choroby. Badając system opieki zdrowotnej powinien obiektywnie ocenić stan zdrowia mężczyzn i kobiet, w celu określenia konkretnych potrzeb w zależności od płci. Celem niniejszej pracy było zbadanie właściwości dynamicznych i częstości występowania różnych chorób u mężczyzn i kobiet w regionie Połtawy i na Ukrainie w ogóle w ciągu ostatnich 10 lat. Badanie zostało przeprowadzone metod epidemiologicznych i statystycznych. Używane statystyce przemysłowej statystyki z ostatnich 10 lat, Statystyki Państwowej Służby Ukrainy i Departament Główne statystyki w regionie Połtawy. Badanie zostało ustawione trendów wskaźników podstawowej zachorowalności i chorobowości dla głównych klas choroby u mężczyzn i kobiet (18

i starsi) parametrów struktury i dynamiki i tempa wzrostu tych wskaźników wśród ludności Połtawa regionie i na Ukrainie w ogóle w ciągu ostatnich 10 lat.

Słowa kluczowe: częstość występowania i zachorowalność, trendy, populacja.

Стан здоров'я населення є показником соціально-економічного розвитку країни, невід'ємною складовою рівня та якості життя людей. Сучасний стан здоров'я населення України можна охарактеризувати, як незадовільний. Стійка тенденція до зниження рівня здоров'я населення країни спостерігається протягом останніх років [6-12]. Одним із найважливіших завдань держави є збереження здоров'я населення як основного потенціалу виробничих ресурсів країни. Вивчення тенденцій захворюваності та поширеності хвороб серед населення є важливою складовою планування стратегічних напрямків розвитку, як системи охорони здоров'я, так і держави в цілому. Чоловіки та жінки виконують різні ролі у суспільстві, що зумовлює схильність до різних захворювань [1; 3]. При вивченні системи охорони здоров'я необхідно об'єктивно оцінювати стан здоров'я чоловіків та жінок, виявляти особливі потреби залежно від статі для подальшого використання отриманих результатів при формуванні політики в галузі охорони здоров'я України [2- 5, 13; 14].

Мета: вивчити динамічні особливості показників поширеності і захворюваності чоловіків і жінок у Полтавській області та по Україні в цілому.

Методи дослідження. В роботі використані статистичні дані галузевої статистики за 10 років, дані Державної служби статистики України, а також Головного управління статистики у Полтавській області. Дослідження проводилось епідеміологічним та статистичним методами.

Оцінювалися показники первинної захворюваності та поширеності на основні класи хвороб серед чоловіків та жінок (18 років і старше) окремо та в цілому серед всього населення по Україні та у Полтавській області за десять років. Проаналізовані показники структури поширеності та захворюваності за вивчений період. Розраховані темпи росту і темпи приросту показників по Україні та у Полтавській області.

Результати та їх обговорення. Аналіз ситуації із захворюваністю за даними звертань населення за медичною допомогою показує, що протягом останніх десяти років визначаються тенденції до її зниження як у Полтавській області, так і по Україні в цілому.

Проведені дослідження даних щорічних звітів Головного управління статистики у Полтавській області та Державної служби статистики в Україні виявили, що захворюваність населення по Україні знизилася на 9,7% (з 6938,5 на 100 тис. населення у 2006 р. до 6264, 9 на 100 тис. населення у 2015 р.), а по Полтавській області відмічається зниження захворюваності на 9,8 % (з

878,4 до 792,1 на 100 тис. населення) за останні десять років. Найбільше зниження показників захворюваності населення по Україні відмічалось на хвороби системи кровообігу (17,6%) і травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (19,4%). А серед населення Полтавської області найбільше зниження показників відбувалося серед уроджених аномалій, деформацій та хромосомних порушень (50%) і серед хвороб нервової системи (26,7%), а також спостерігалось підвищення захворюваності на новоутворення та на хвороби шкіри і підшкірної клітковини на 2,3% і на 11,8% відповідно.

За період 2006 – 2015 рр. захворюваність на хвороби системи кровообігу серед населення України виходить на перше рангове місце у структурі захворюваності, а у населення Полтавської області перше місце займає захворюваність на хвороби органів дихання.

Проаналізувавши динамічний ряд захворюваності по Україні було встановлено, що темп приросту за десять років поступово зменшується як по загальній кількості, так і по окремим нозологічним одиницям.

Проаналізувавши динамічний ряд захворюваності серед населення Полтавської області було встановлено, що темп приросту був від'ємним та продовжував знижуватися протягом вивчених років, окрім захворюваності на новоутворення та на хвороби шкіри і підшкірної клітковини, де цей показник поступово збільшувався.

При аналізі темпу росту видно, що спостерігається поступове зниження його серед хвороб нервової системи, хвороб системи кровообігу, хвороб кістково-м'язової системи і сполучної тканини як по Україні, так і серед захворюваності по Полтавській області. Темпи росту мали тенденцію до збільшення серед захворюваності на новоутворення та на хвороби шкіри і підшкірної клітковини у населення Полтавської області. Темп росту захворюваності для інших нозологічних одиниць як в Україні, так і по Полтавській області за десять років коливалися.

Аналіз структури захворюваності на різні хвороби протягом 2006-2015 рр. показує, що протягом всього досліджуваного часу хвороби системи кровообігу займають перше місце серед населення по Україні та становлять 67,8%. Друге місце поступово займали хвороби сечостатевої системи і травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин та склали 35,4% та 28,5% відповідно.

Деяко інша картина спостерігалась при аналізі структури захворюваності на різні хвороби серед населення Полтавської області. Перше місце у структурі захворюваності займають хвороби органів дихання (43,5%), а захворюваність на хвороби системи кровообігу та на хвороби шкіри і підшкірної клітковини займають друге місце і складають (7,4% і 7,1% відповідно). На третьому місці у структурі захворюваності серед населення Полтавської області опинилися хвороби сечостатевої системи (6,7%), в той

час, як у структурі захворюваності серед населення по Україні третє місце зайняли хвороби шкіри та підшкірної клітковини (18,5%).

Проаналізувавши показники поширеності серед населення і по Україні, і по Полтавській області було встановлено їх збільшення протягом всього досліджуваного часу на хвороби системи кровообігу та хвороби нервової системи. Крім того, показники поширеності серед населення Полтавської області збільшуються на хвороби органів дихання та травми, отруєння і деякі інші наслідки дії зовнішніх причин протягом десяти років. А показники поширеності на новоутворення та на уроджені аномалії (вади розвитку), деформації і хромосомні порушення збільшувалися лише протягом 2006-2010 рр.

Оцінюючи показники у динаміці 2006-2015 рр., виявлено незначне зниження показників захворюваності на усі хвороби серед пацієнтів обох статей. Найвищі рівні захворюваності як у чоловіків, так і у жінок зафіксовано в 2009 та в 2013 рр.

Провідними класами хвороб, які сформували структуру первинної захворюваності по Україні до 2010 р. у чоловіків, були: хвороби органів дихання (33,9 %), травми, отруєння і деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (12,3%), хвороби системи кровообігу (11,4%), органів травлення (4,7%), сечостатевої системи (3,37 %), а за період 2010-2015 рр. хвороби системи кровообігу та сечостатевої системи перейшли на перше та друге місце відповідно у структуру первинної захворюваності по Україні і склали 37-39% та 8-10% відповідно.

Серед жінок у структуру первинної захворюваності по Україні до 2011 р. теж домінували хвороби органів дихання (30,16%), а також сечостатевої системи (12,5%) і системи кровообігу (10,5%), а після 2011 р. – хвороби системи кровообігу та хвороби органів травлення змістилися на перше та друге місце і склали 40–42% і 39–40% відповідно.

У структурі первинної захворюваності серед населення Полтавської області на першому та другому місці як у чоловіків, так і серед жінок протягом десяти років відмічають хвороби органів дихання і хвороби системи кровообігу (32–33% і 25–26% відповідно).

Не менш важливими критеріями оцінки стану здоров'я населення є показники поширеності хвороб у чоловіків та жінок. Проаналізувавши ці показники у осіб і чоловічої, і у жіночої статі, було встановлено, що вони значно не відрізняються від таких, що наявні для всього населення як по Україні, так і по Полтавській області.

Оснóву структури поширеності хвороб серед чоловічої та жіночої статі становили хвороби системи кровообігу до 2010 р., як по Україні, так і у населення Полтавської області. А за період 2010-2015 рр. у структурі поширеності превалювали хвороби нервової системи (36-37%) та органів

травлення (30%) у чоловіків, та хвороби органів дихання (28-30%) у жінок по Полтавській області.

Висновки

1. Захворюваність та поширеність хвороб за період 2006-2010 рр. мала тенденцію до зростання як серед чоловіків, так і серед жінок, а починаючи з 2010–2015 рр. первинна захворюваність серед більшості хвороб знижувалася серед осіб чоловічої та жіночої статі.

2. Найвищі загальноукраїнські показники захворюваності як у чоловіків, так і у жінок зафіксовано в 2009 та в 2013 рр., найменші – у 2012 р., а по Полтавській області – у 2009 і у 2010 рр. відповідно.

3. У структурі первинної захворюваності і поширеності хвороб серед осіб обох статей по Україні та по Полтавській області виділяють: хвороби системи кровообігу, хвороби нервової системи, органів травлення у чоловіків, та хвороби органів дихання і сечостатевої системи у жінок.

Література

1. Гендерна статистика України: сучасний стан, проблеми, напрямки удосконалення . – К., 2012. – 220 с.

2. Крапівіна А. А. Захворюваність на основні класи хвороб та їх поширеність серед дорослого населення України в гендерному аспекті (2008-2010 рр.) / А. А. Крапівіна // Україна. Здоров'я нації. – 1 (21) / 12. – С. 51 – 55.

3. Мовановский С. В. Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении. / С. В. Мовановский. – М.: Медицина, 2013. – 350 с.

4. Мезенцева Н.І. Суспільно-географічний аналіз захворюваності населення регіонів України / Н.І. Мезенцева, С.П. Батиченко // Часопис соціально-економічної географії: міжрегіональний зб. наукових праць. – Харків: ХНУ ім. В.Н. Каразіна, 2013. – Вип. 7(2). – С. 130-134.

5. Погребський Т. І. Особливості захворюваності та смертності населення України / Т. І. Погребський. – Часопис соціально-економічної географії. – 2014. - 16 (1). – С. 170-174.

6. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію 2009 р. – К., 2010. – 446 с.

7. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію 2010 р. – К., 2011. – 450 с.

8. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію 2011 р. – К., 2012. – 520 с.

9. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію 2012 р. – К., 2013. – 580 с.

10. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію 2013 р. – К., 2014. – 640 с.

11. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію 2014 р. – К., 2015. – 650 с.

12. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію 2015 р. – К., 2016. – 686 с.

13. Офіційний сайт Державної служби статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>.

14. Офіційний сайт Головного управління статистики у Полтавській області [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www. pl.ukrstat.gov.ua](http://www.pl.ukrstat.gov.ua).

УДК 616:314-007-053.2/5(477)

ПОШИРЕНІСТЬ ОРТОДОНТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ СЕРЕД ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ ОКРЕМИХ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ

Наталія Ляхова, Ірина Голованова
Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава, Україна
NataNew2017@ukr.net

According to the World Health Organization, the prevalence of dental diseases among the population ranks first. The study of trends in the development of major dental diseases, in particular dentofacial system disorders, is extremely relevant. And according to many studies, the prevalence of dentoalveolar anomalies in the structure of dental morbidity ranks third after caries and periodontal disease. The article is devoted to the study of the prevalence of different types of orthodontic pathology according to the literature.

Keywords: prevalence of pathology, orthodontic pathology, children population

Według Światowej Organizacji Zdrowia częstość występowania chorób stomatologicznych wśród populacji jest na pierwszym miejscu. badanie trendów w rozwoju poważnych chorób stomatologicznych, w szczególności naruszenia układu stomatologicznego, jest niezwykle ważne. A według wielu badań, częstość dentoalveolar anomalii w strukturze chorób stomatologicznych na trzecim miejscu po próchnicy i chorób przyzębia. Artykuł poświęcony jest badaniu częstości występowania różnych typów patologii ortodontycznej zgodnie z literaturą.

Słowa kluczowe: częstość patologii, patologia ortodontyczna, populacja dzieci.

Здоров'я - це головна цінність життя, воно займає найвищу сходинку в ієрархії потреб людини. Це один з найважливіших компонентів людського щастя і одна з провідних умов успішного соціального та економічного розвитку будь-якої країни. Реалізація інтелектуального, морально-духовного, фізичного і репродуктивного потенціалу можлива тільки в здоровому суспільстві. Стоматологічне здоров'я є невід'ємною і значимою частиною здоров'я людини, а стоматологічне здоров'я дитячого населення є одним з важливих завдань держави [7]. Вивчення регіональних особливостей поширеності ортодонтічної патології має велике значення для планування та надання якісної та своєчасної стоматологічної допомоги дітям.

Мета: вивчення даних про поширеність ортодонтичної патології серед дитячого населення України в різних регіонах України за даними наукової літератури.

Методи. В даному дослідженні використані наступні методи: бібліосемантичний, контент-аналіз, епідеміологічний, системного аналізу.

Результати. В останні десятиріччя спостерігається тенденція до зростання кількості основних стоматологічних захворювань серед дітей та підлітків. Одним із чинників щодо виникнення карієсу та хвороб тканин пародонту є зубощелепні аномалії, поширеність яких за різними даними досягає 95% [13]. Аномалії зубощелепної системи займають одне з перших місць серед захворювань щелепно-лицьової області. За даними ряду авторів, функціональні і морфологічні відхилення виявлені у 75% трирічних дітей і за поширеністю можуть перевищувати частоту карієсу та інших стоматологічних захворювань [12].

Вивченню розповсюдженості зубощелепних аномалій та деформацій серед дитячого населення присвячені численні дослідження. Дані епідеміологічних досліджень населення ряду областей України свідчать про варіабельність поширеності зубощелепних аномалій в різних регіонах.

Розглянемо конкретні результати епідеміологічних досліджень, які проводилися в чотирьох різних областях України.

Епідеміологічне обстеження 1238 дітей м. Одеси віком 8-15 років підтвердило тенденцію до зростання поширеності зубощелепних аномалій з віком: з $58,7 \pm 5,8$ % в період змінного прикусу до $74,8 \pm 2,2$ % в період постійного прикусу (в середньому $66,75$ %). Найчастіше серед всіх видів зубощелепних аномалій діагностували аномалії форми зубних рядів ($79,6 \pm 2,4$ %), скупченість зубів виявлено у $50,6 \pm 2,2$ % обстежених [10].

Результати обстеження 1000 дітей м. Тернополя віком від 7 до 15 років показали наступне. Виявлено високу поширеність зубощелепних аномалій, що становила $65,7$ %. Серед аномалій прикусу найчастіше зустрічався дистальний прикус $52,6$ % в 7-річному віці і $37,4$ % у 15 річному [3].

Проведено епідеміологічне дослідження серед учнів загальноосвітніх шкіл Львівської області, в межах якого оглянуто 891 дитину в значимі вікові періоди: 7, 12, 15 років. Аналіз результатів обстеження показав, що із віком поширеність патології зростає і складає в 7 років $44,68$ %, в 12 – $55,40$ % в 15 – $63,17$ %. Найбільш поширеними є аномалії окремих зубів ($31,41$ % від загальної кількості) [2].

Проведено епідеміологічне дослідження в м. Полтава, яке показало, що $67,8$ % обстежених дітей мають порушення прикусу. Дослідження показали, що із 407 дітей, які мають зубощелепні аномалії, I клас за Енглем виявлено у 342 дітей (84 %), II клас - у 58 ($14,2$ %), III клас - у 7 дітей ($1,8$ %). Найчастіше визначалася скупченість зубів, яка зустрічалася у $62,1$ % пацієнтів від загальної

кількості дітей із порушеннями прикусу [9]. Проте інше дослідження, проведене в Полтаві та Полтавській області, показало дещо інші значення показників: в місті у дітей віком 6-9 років відсоток наявної ортодонтичної патології склав 73,4 (в сільській місцевості 88,6% відповідно), у дітей віком 10-12 років в місті відсоток склав 76,2 (в сільській місцевості 78,7% відповідно) [13].

Таким чином, показник поширеності ортодонтичної патології в чотирьох різних за географічним положенням регіонів (відповідно Південь, Захід та Центр України) показали розкид показника поширеності від 58,7% до 88,6%. Така мінливість показників має пояснення. Розвиток ортодонтичної патології носить поліетіологічний характер [5, 11]. Відповідно до сучасних уявлень, вони відносяться до числа мультифакторних захворювань і виникають в результаті складної взаємодії великої кількості ендогенних (в значній мірі спадкових) і екзогенних факторів. Не можна виключати й ролі еколого-гігієнічних факторів, як однієї із причин розвитку зубощелепних аномалій. [1, 4, 6]. В різних регіонах України різноманітні природно-кліматичні фактори впливають на соматичне здоров'я дітей, яке в свою чергу тісно пов'язане з правильним формуванням зубощелепної ділянки. Також мають значення місце проживання (місто або сільська місцевість), вік обстежених тощо.

Проте, не дивлячись на розбіг у величинах показників, в загальному можна охарактеризувати рівень розповсюдженості ортодонтичної патології як дуже високий.

Обговорення і висновки. Зубощелепні аномалії серед дітей та підлітків викликають погіршення стоматологічного здоров'я в цілому, приносячи медичні, соціальні та економічні збитки суспільству. В умовах високої стоматологічної захворюваності дітей та значної поширеності ортодонтичної патології серед дитячого населення особливої актуальності набуває виявлення факторів виникнення зубощелепних аномалій та заходів, направлених на зменшення їх впливу на стоматологічне здоров'я дитячого населення, цілеспрямоване зниження рівня патології шляхом проведення профілактичних заходів, лікування карієсу і його ускладнень, захворювань тканин пародонту, зубощелепних аномалій, створення державних програм та економічних механізмів для забезпечення всіх верств населення якісною та доступною ортодонтичною медичною допомогою.

Таким чином, серед дитячого населення України рівень поширеності зубощелепних аномалій є досить високим. Отримані дані свідчать про актуальність подальшого вивчення даної проблеми, а також про необхідність пошуку шляхів вдосконалення організації надання ортодонтичної допомоги дитячому населенню.

Література

1. Алимский А.В. Возрастная динамика роста распространенности и изменения структуры аномалий зубочелюстной системы среди дошкольников и школьников // *Стоматология*. – 2002. – № 5. – С. 67-71.
2. Безвужко Е.В. Структура порушень зубощелепної системи та потреба в ортодонтчному лікуванні у дітей м. Львова та Львівської області // *Новини стоматології*. – 2008. - №1. – С. 34-37.
3. Бойцанюк С.І., Фалінський М.М., Островський П.Ю. Поширеність зубощелепних аномалій серед дітей шкільного віку міста Тернополя // *«Молодий вчений»* • № 5 (45) • Маю, 2017. – С. 57-59.
4. Деньга О.В., Безвужко Е.В. Комплексна оцінка стоматологічного статусу у дітей в зоні підвищеної захворюваності на флюороз // *Матер. наук.-практ. конф. "Актуальні проблеми стоматології. Нові мето-дики та технології"*. - Львів, 1998. – С. 45-46.
5. Деньга О. В., Иванов В. С., Горихивский В. Н. Мониторинг стоматологической заболеваемости детей Украины // *Дентальные технологии*. – 2003. - №6 (14). - С. 2-6.
6. Деньга О. В. Стоматологическая заболеваемость детей дошкольного возраста г. Тернополь / О. В. Деньга, В. В. Ковальчук, В. С. Иванов // *Вестник стоматологии*. – 2014. – № 2. – С. 61-64.
7. Європейські цілі стоматологічного здоров'я 2020 р. Електронний ресурс http://www.provisor.com.ua/100matolog/archive/2003/3/art_45.htm
8. Иванов В. С. Стоматологическая заболеваемость у детей дошкольного и младшего школьного возраста г. Одессы (часть 1) // *Вестник стоматологии*. – 2013. – № 1. – С. 120-124.
9. Каськова Л.Ф., Марченко К.В., Бережна О.Е. Поширеність зубощелепних аномалій у дітей з урахуванням шкідливих звичок та відношення до ортодонтчного лікування // *Вісник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*. – 2015. - Том 15, Випуск 1(49). – С. 17-20.
10. Ославський О. М. Розповсюдженість та види зубощелепних аномалій у дітей м. Одеси // *«Вісник стоматології»*. 2010.- № 1. – С. 38-40.
11. Смоляр Н.І., Міськів А.Л., Гутор Т.Г. Взаємозв'язок аномалій прикусу з фізичним розвитком дітей // *Вісник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*. – 2017. - Том 17, Випуск 2 (58). - С. 266-271.
12. Фадеев Р.А., Бобров И.П., Кисельникова Л.П., Эрдман О.В. Профилактика зубочелюстных аномалий, как условие сохранения здоровья нации// *Институт стоматологии*. - 2007. № 36.- С. 26-27.
13. Фетісова Г.Л. Порівняльний аналіз розповсюдженості зубощелепних аномалій серед населення Полтави та Полтавської області / Г.Л. Фетісова, М.В. Трофименко, А.Є. Карасюнок [та ін.] // *Актуальні проблеми сучасної медицини*. – 2008. – Т. 8, № 3. – С. 179- 180.

УДК 614.446.1

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ РАКУ ЯЄЧНИКІВ У ТЮМЕНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

*Шевлюкова Тетяна, Чабанова Наталія, Максимова Наталія, Дар'я Боєчко
Тюменський державний медичний університет, Тюмень, Російська Федерація
boechko95@icloud.com*

Malignant neoplasms of the female reproductive system are the most commonly occurring outcomes in women in the Russian Federation (RF) and the Tyumen region (TU) [1, 2]. Ovarian cancer (RV) in the region of prevalence is 3rd place, yielding to cancer of the uterus and cervical cancer, but is characterized by higher mortality rates. The analysis of statistical data for the period from 2012-2016, TL showed that the proportion of patients with OIE outside the ovary found during the conduct of preventive examinations, decreased, in contrast to the same indicator for the Ural and the Russian Federation. The dynamics of morbidity, one-year mortality and mortality in TO from ovarian cancer tends to decrease. At that time, according to the Ural Federal Reserve and the Russian Federation, the increase of these same indicators with a decrease in mortality is noted. The ratio of one-year fatality rate to stage IV in TO with PN from 2012 (1,4) to 2016 (0,7) decreased by 2 times, according to the UrFOS and the RF, it increased. The obtained data allow to determine the priority directions of the development of the cancer services of the region.

Nowotwory złośliwe żeńskiego układu rozrodczego są najczęściej występującymi wynikami kobiet w Federacji Rosyjskiej (RF) i regionie Tyumen (TU) [1, 2]. Rak jajników (RV) w regionie występowania to 3 miejsce, dając raka macicy i raka szyjki macicy, ale charakteryzuje się wyższymi wskaźnikami śmiertelności. Analiza danych statystycznych na lata 2012-2016 wykazała, że odsetek pacjentów z OIE poza jajnikiem stwierdzony podczas prowadzenia badań profilaktycznych zmniejszył się, w przeciwieństwie do tego samego wskaźnika Ural i Federacji Rosyjskiej. Dynamika zachorowalności, rokowania i śmiertelność TO w raku jajnika zwykle maleje. W tym czasie, według Ural Rezerwy Federalnej i Federacji Rosyjskiej, odnotowano wzrost tych samych wskaźników wraz ze spadkiem śmiertelności. Zdaniem UrFOS i RF, stosunek wskaźnika śmiertelności do jednego roku do IV etapu TO i PN z 2012 (1,4) do 2016 (0,7) zmniejszył się dwukrotnie. Uzyskane dane umożliwiają określenie priorytetowych kierunków rozwoju usług rakowych w regionie.

Keywords: ovarian cancer, disease dynamics, cancer services.

Злоякісні новоутворення (ЗНО) жіночої репродуктивної системи є найбільш частими ЗНО у жінок в Російській Федерації (РФ) і Тюменської області (ТО) [1; 2]. Рак яєчників (РЯ) в ТО області за поширеністю займає 3-є місце, поступаючись раку тіла матки і раку шийки матки, але відрізняється більш високими показниками смертності.

Мета: вивчення статистичних даних, що характеризують епідеміологію РЯ в ТО з 2012-2016 рр. із зіставленням отриманих результатів з показниками по Росії і Уральському федеральному округу (УрФО).

Методи: вивчення питань епідеміології раку яєчників проводилося за матеріалами, взятими зі збірників: «Про стан онкологічної допомоги в Тюменській області за 2015 рік», «Про стан онкологічної допомоги населенню Росії в 2015 році». Всі отримані показники були оброблені з використанням стандартних програм статистичного аналізу.

Результати дослідження: динаміка захворюваності населення на РЯ в ТО має тенденцію до зниження з 19,48 у 2012 році до 16,62 в 2016 році на 100 тис. населення відповідно. Середньорічний темп приросту (СГТП) за аналізовані 5 років склав - 0,4%, приріст дорівнює - 3,5%. Аналогічний показник по УрФО практично не змінився і склав 17,83 і 17,6 відповідно, СГТП = 0,03, приріст дорівнює 0,29. У РФ відзначається підвищення захворюваності РЯ з 16,86 до 17,88 на 100 тис. населення, СГТП = 0,3, приріст = 2,4. Аналіз захворюваності ЗНО яєчників в різних вікових групах жіночого населення Тюменської області показав, що їх пік припадає на вік 50-59 років. Є поодинокі випадки захворювання у віці 10-19 років, а також у віці 80-89 років. Середній вік хворих РЯ в 2012 р в ТО склав 54,36, тоді як в РФ він дорівнює 58,4. У 2016 р. даний показник в ТО знизився до 53,33, а в Росії збільшився до 59,3. Питома вага хворих з РЯ, виявлених під час проведення профілактичних оглядів, в 2012 році склала 12,12%, в 2016 р - 8,85%. Цей же показник по УрФО збільшився з 16,1% до 23,2%, а в РФ - з 11,7% до 15,1%. Питома вага хворих з I-II стадією РЯ від числа хворих з вперше встановленим діагнозом ЗНО збільшилася по ТО з 38,84% у 2012 році до 47,54% у 2016 році, по УрФО - з 10,5% в 2012 р, до 18,2% в 2016 р, по РФ - з 36,2% до 38,3%. Частка хворих, які перебували на обліку в онкологічних установах 5 років і більше, з моменту встановлення діагнозу ЗНО, від числа, які перебували на обліку на кінець звітнього року в 2012-2016 рр., зменшилася з 61,64% (2011 рік) до 60,7% (2015 рік). Зовсім інша тенденція по УрФО і Росії: збільшення з 54,4% до 59,3% в УрФО, і з 67,8% до 68,6% в РФ. Питома вага хворих із запущеними формами раку яєчників за аналізований період зменшилася в 2,2 рази - з 23,02 до 10,66%. По УрФО даний показник знизився з 21,7% до 17,7%, по РФ - з 20,7% до 20% відповідно. Летальність хворих протягом року з моменту встановлення діагнозу ЗНО яєчників в ТО має чітку тенденцію до зниження з 24,32% у 2011 році до 14,71% у 2015 році (СГТП дорівнює -2,5, а приріст склав -20,3). Показник однорічної летальності РЯ по УрФО практично не змінився (24,4% і 24,2%), тоді як по РФ він знизився з 24,6% до 22,7%. Середньорічний темп приросту по УрФО і РФ склав -0,2 і -0,4, приріст на даних територіях склало -1,4 і -0,7 відповідно. Співвідношення показника однорічної летальності до показника занедбаності захворювання (IV стадія) за аналізований період в ТО

в 2011 році склало 1,4, а в 2015 році - 0,7. Даний коефіцієнт по УрФО збільшився незначно (1,2 і 1,4), по РФ - він постійний протягом усього періоду (1,1). Показник смертності від ЗНО яєчників в ТО знизився з 6,8 в 2011 році до 5,8 у 2015 році на 100 тис. населення відповідно (СГТП за 5 років склав -0,71, приріст дорівнює -11). По УрФО аналізований показник знизився з 10,09 до 9,68 (СГТП дорівнює -0,42, приріст склав -18,6), по РФ збільшення незначне - з 9,87 до 9,91 (СГТП дорівнює -0,03, приріст склав -1,3).

Обговорення і висновки. Аналіз статистичних даних за період 2012-2016 рр., в ТО показав, що питома вага хворих з ЗНО яєчників, виявлених під час проведення профілактичних оглядів, знизилася, на відміну від аналогічного показника по УрФО і РФ. Динаміка захворюваності, однорічної летальності і смертності в ТО від раку яєчників має тенденцію до зниження. У той час, за даними по УрФО і РФ виявлено підвищення цих же показників при зниженні смертності. Коефіцієнт відношення однорічної летальності до IV стадії в ТО при РЯ з 2012 року (1,4) до 2016 року (0,7) знизився в 2 рази, по УрФО і РФ він збільшився. Отримані дані дозволяють визначити пріоритетні напрямки розвитку онкологічної служби регіону.

Література

1. Кудряков А. Ю., Елішев В. Г., Зуєв В. Ю., Гайсин Т. А., Зирянов А. В., Федоров М. М., Сьубаєв В. А. Про стан онкологічної допомоги в Тюменській області за 2015 рік. Інформаційний бюлетень. – Тюмень, 2016. – С. 52.
2. Чісов В. І., Старинський В. В., Петрова Г. В. Стан онкологічної допомоги населенню Росії в 2015 році. – М., 2016. – С. 236.

УДК 576:616-092

СИНДРОМ ДАУНА ЯК ОСНОВНА ХРОМОСОМНА НОЗОЛОГІЯ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Л.Р. Педан, В.О. Галаган, Е.М. Омельченко, Г.О. Качко, О.О. Полька,

О.І. Тимченко

*ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва
НАМН України», Київ, Україна
milapedan@gmail.com*

Among the chromosomal pathology of newborns in Kyiv and the Kyiv region, Down syndrome is most common. In most of the cariotologically confirmed cases of this disease, a regular trisomy-21 manifests itself (90,5 %). Women aged 30 and over have a high chance of giving birth to a child with this indicator of congenital malformation (70,83 %).

Keywords: Down's syndrome, newborns, congenital malformation.

Wśród patologii chromosomalnej noworodków w Kijowie i regionie Kijowa najczęstszym jest zespół Downa. W większości potwierdzonych kariologicznie przypadków tej choroby pojawia się regularny trisomia-21 (90,5 %). Kobiety w wieku 30 lat i starszych mają dużą szansę (70,83%), aby mieć dziecko z tym wskaźnikiem wad wrodzonych.

Słowa kluczowe: zespół Downa, noworodków, wad wrodzonych.

Одним із пріоритетних напрямків у галузі медичної науки є епідеміологічні дослідження, спрямовані на оцінку стану здоров'я населення та визначення чинників ризику для подальшого усунення їх впливу. Підкреслюючи їх актуальність у вивченні спадкових і вроджених хвороб, можна зауважити, що вроджені вади розвитку (ВВР) становлять значну частку в загальній структурі перинатальної і дитячої смертності та інвалідності [1].

Нині у популяційних генетичних процесах серед населення України спостерігаються негативні тенденції [2-4]. Внаслідок насичення середовища, що оточує людину, в т.ч. і професійного, мутагенними і тератогенними чинниками, що відбулося в останні п'ятдесят років, а також у зв'язку зі змінами генетико-демографічних особливостей популяцій, частота вродженої патології серед населення може підвищуватися [1], що є вкрай небажаним. Серед хромосомної патології найбільш часто зустрічається синдром Дауна, який характеризується певними специфічними відмінностями порівняно з іншими синдромами цієї категорії. Отже, метою роботи є аналіз даних щодо синдрому Дауна, як сторожової вродженої вади в Україні і світі.

Матеріали та методи. Джерела літератури, які підлягали аналізу, включали роботи, що вивчали спадкову патологію людини і фактори, які на неї впливали. У роботі використано науково-інформаційний, бібліографічний методи та метод наукового аналізу.

Цитогенетичний аналіз (каріотипування) було проведено на базі Національної дитячої лікарні «ОХМАТДИТ» у 2012-2014 рр. (168 випадків).

Результати досліджень. Більшість людських хромосомних аномалій зустрічається в аутозомах (нестатевих хромосомах). Найхарактернішими з цих розладів є моносомії або трисомії. Всі плоди з аутосомними моносоміями спонтанно абортуються на ранній вагітності. Також майже всі плоди з трисомією елімінуються до народження. Ті, що виживають, звичайно мають множинні вроджені вади розвитку, розумове відставання і відносно коротке життя.

Найвідоміша і найзагальніша аутосомна хромосомна аномалія – синдром Дауна. Цей синдром характеризується м'якою або важкою формою розумового відставання, що супроводжується помітними фізичними особливостями. Люди з синдромом Дауна мають у більшості випадків додаткову хромосому 21 – трисомію. Рідше (3-5%) зустрічається структурна

модифікація в цій хромосомі. Може спостерігатися також переміщення (транслокація) всієї хромосоми 21, або її частини до хромосоми 14 або 15. Фактично ген або гени хромосоми 21, яка є відповідальною за синдром Дауна, зараз ідентифікуються в критичній ділянці 20-40 генів. Близько 2-4% людей з синдромом Дауна мають мозаїчну спадковість. Це означає, що деякі їхні клітини мають хромосомну трисомію 21, а інші не мають, що проявляється загалом полегшеними симптомами. Синдром Дауна з явищами транслокації звичайно характеризується менш важкими клінічними симптомами.

Частота синдрому Дауна у світі складає 1 випадок на 800 живих народжень. Проте частота синдрому помітно змінюється з віком матері. Так, жінки, які вагітніють у 20 років очевидно мають найнижчий шанс (1 на 2000) народити дитину з цим синдромом. Жінки віком до 30 років досягають середньої величини ризику 1 випадок на 800 живих народжень. Жінки віком від 35 до 40 років мають 1 випадок на 216 живих народжень, а жінки віком від 40 до 45 років мають найвищу частоту – 1 випадок на 61 живе немовля. Враховуючи зазначене, вагітним жінкам віком 35 років і вище постійно рекомендується вибірковий скринінг на хромосомну патологію – дослідження з метою діагностики синдрому Дауна.

Частота хвороби Дауна серед новонароджених складає 1:650, у популяції - 1:4000. У 1996 р. частота хвороби Дауна серед новонароджених Луганської області складала 1:891. Співвідношення хлопчиків і дівчаток – 1:1. Загальнопопуляційна частота хвороби Дауна у 2001 р. серед новонароджених Луганської області складала 1:850, в 2002 р. – 1:710, а у 2003 р. – 1:1025 дітей, що співпадає популяційній частоті більшості країн (в середньому 1:800). Частота трисомії-21 в Луганській області прирівнюється до приблизно однакової за екологічною ситуацією сусідньої Донецької області, де вона складає 1:739 живонароджених дітей [5].

Переважає чиним в індустріально розвинених країнах частота олігофренії серед населення становить 1%, причому у 85% пацієнтів відзначається легка форма розумової відсталості. На частку середньої розумової відсталості, а також важкої відсталості і відсталості глибокої доводиться в аналогічній послідовності 10%, 4% і 1%. Що стосується співвідношення частоти виникнення олігофренії в залежності від статевої приналежності, то тут показники варіюють за чоловіками і жінками в межах 1,5:1-2:1. Серед хворих на олігофренію хвороба Дауна – найчастіша нозологічна самостійна форма, відноситься до середньої розумової відсталості і складає близько 10% [6].

При дослідженні хромосомної патології серед немовлят, народжених живими в Україні за 2002-2011 рр. виявлено, що серед хромосомних аномалій найбільш часто зустрічався синдром Дауна – (87,13±0,50)% усіх хромосомних аномалій, що можна пояснити постарінням популяції [1].

Синдром Дауна вважається найзагальнішим серйозним аутосомним розладом людини; з інших хромосомних аномалій відомі аберації хромосом 8, 12, 13, 14, 15 і 18, які найчастіше представлені трисоміями. Діти, які мають будь-які з цих розладів, на відміну від синдрому Дауна, звичайно не виживають [7]. У 25% індивідумів з немозаїчним синдромом Дауна після 35 років розвивається синдром Альцгеймера [7]. Лейкемія і злоякісні новоутворення у пацієнтів із синдромом Дауна спричинюють менше ніж 10% смертельних випадків [8].

Вагітність, від якої народжуються хворі з цією хромосомною патологією, часто супроводжується токсікозом, загрозою викидня. У хворих матерів буває несприятливий акушерський анамнез (самовільні викидні, мертвонароджені). Середня тривалість вагітності дещо менша від нормальної. Хворі народжуються часто з малою масою і коротким тулубом; окіл голови в 40% випадків не досягає 32 см [9]. Статичні і мовні функції у дітей з хворобою Дауна розвиваються з затримкою: тримати голову вони починають приблизно з 4-5 міс., сидіти з 8-9 міс., ходити – близько 2 років, перші слова вимовляють у 1,5-2 роки, речення – з 4-5 років.

Діагностика хвороби Дауна в новонароджених здебільшого не викликає труднощів. При цьому синдромі наявний брахіцефальний череп із згладженою потилицею й сплющеним обличчям, косий розтин очей (зовнішній кут вищий, ніж внутрішній), епікант, плями Брушфільда (світлі плями на райдужці), розширений і сплющений ніс, маленькі і недорозвинуті вушні раковини розташовані низько, верхня щелепа недорозвинена. Збільшений «складчастий» язик часто виступає з рота. Високе піднебіння, неправильний ріст зубів, діастема, поперечна посмугованість на губах. У багатьох хворих – коротка шия, широкі кисті з короткими пальцями, вкороченими викривленими V пальцями (клинодактилія), розширені проміжки між I і II пальцями стоп, деякі дерматогліфічні особливості (поперечна борозна на одній або обох долонях, одна згинальна борозна на V пальці, дистальне розташування осьового трирадіуса, частота ульнарних петель вища, а завитків на пальцях – нижча, ніж у популяції). Зустрічаються й інші аномалії: синдактилії, деформації груднини, вкорочення трубчастих кісток, гіпоплазія тазу. Специфічною ознакою хвороби Дауна є низький хриплий голос. Зріст хворих нижче середнього, постава порушена: плечі опущені, голова і тулуб під час ходи нахилені вперед. Шкіра зазвичай суха, на обличчі злущується, щоки з характерним рум'янцем. Досить часто можна виявити недорозвинені зовнішні статеві органи, пупкові і пахвинні грижі, розходження прямих м'язів живота. Зустрічаються ВВР серця, шлунково-кишкового тракту.

Серед неврологічних симптомів відзначаються м'язова гіпотонія, порушення функції вестибулярного апарату, достатня моторика. Розумова відсталість при повній трисомії-21 виявляється майже у всіх хворих, причому в

основному це олігофренія на стадії імбецильності (65-90 %). В інших хворих діагностується дебільність та ідіотія в однаковому співвідношенні [10]. Недорозвинення інтелекту тотальне. Мислення хворих сповільнене, емоції поверхневі, малодиференційовані. Діти зазвичай ласкаві, добродушні, прихильні, добре засвоюють нескладні життєві поняття і навички. При хворобі Дауна інтелектуальний дефект проявляється більше з віком хворих. Середнє IQ дітей 10 років і старше складає всього 24.

При мозаїчному варіанті хвороби Дауна значно частіше зустрічається легка розумова відсталість, можливий також і нормальний інтелект. Тривалість життя при хворобі Дауна на даний час значно збільшилася, хоча залишається меншою, ніж у популяції.

Найчастішою цитогенетичною формою хвороби Дауна є проста (регулярна) трисомія – 90-93% випадків близько 3-4% хворих мають транслокаційний варіант і 3-4 % – мозаїчний варіант хвороби. На даний час виявлення часткової трисомії-21у багатьох хворих із фенотипом хвороби Дауна показало, що всі особливості клінічного симптомокомплексу пов'язані з трисомією певного невеличкого сегмента довгого плеча хромосоми 21–21q22. При частковій трисомії-21, що не включає цієї ділянки, хворі розумово відсталі, з неспецифічною клінікою [11].

Розрахунки генетичного ризику істотно різняться залежно від цитогенетичної форми захворювання. Якщо у пацієнта виявлено транслокаційний варіант хвороби Дауна, обов'язково досліджують каріотип батьків. Виявлення у одного з батьків збалансованої транслокації вказує на те, що при наступних вагітностях необхідна внутрішньоутробна діагностика за допомогою амніоцентезу, тому що ризик народження дитини з хворобою Дауна в такому випадку підвищений. Так, при транслокації типу 13/21, виявленої в батька, ризик складає 2,5 %, а в матері – близько 10 %. Якщо в одного із батьків виявлена транслокація типу 21/21, то ризик складає 100 %.

Практика медико-генетичного консультування показала, що амніоцентез доцільний у випадках, коли ризик народження дитини не менше 1 %, є різні збалансовані транслокації або мозаїцизм в одного із батьків, коли вік матері перевищує 35 років. При хворобі Дауна, пов'язаної з трисомією, ризик народження хворої дитини залежить від віку матері: до 35 років його вважають близьким до 1 %, до 40 років – 1 %, а в 45 років і старше – близько 3 % [12].

Вважається, що у 10% матерів, які мають дітей з синдромом Дауна, зустрічається мозаїцизм. Це означає, що деякі їхні клітини мають хромосомну трисомію-21, а інші не мають, що проявляється загалом полегшеними симптомами. При мозаїцизмі батьків генетичний ризик варто вважати близьким до 30 %, тобто близьким до ризику народження дитини з трисомією-21 у жінок з хворобою Дауна [11].

В дослідженнях, проведених лабораторією спадково обумовлених захворювань, показаний цитогенетичний розподіл новонароджених з синдромом Дауна (табл. 1).

У більшості каріологічно підтверджених випадків хвороби Дауна виявляється регулярна трисомія-21 (90,5%), що можна порівняти з даними «Регістру хвороби Дауна Санкт-Петербурга» за 1990-1999 рр., де вона складає 89 % [13].

Таблиця 1

Розподіл новонароджених з синдромом Дауна (Q 90.0) за цитогенетичними показниками, м. Київ, Київська область, 2012-2014 рр.

Роки дослідження	Кількість пацієнтів	Мозаїки		Транслокації		Повна трисомія	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
2012	54	4	7,5	1	1,8	49	90,7
2013	57	3	5,3	2	3,5	52	91,2
2014	57	4	7,0	2	3,5	51	89,5
Всього	168	11	6,6	5	2,9	154	90,5

Цитогенетичні варіанти синдрому Дауна різноманітні. Однак основну частину (94-95 %) складають випадки простої повної трисомії-21, як наслідок нерозходження хромосом в мейозі. При чому материнський вклад нерозходження в ці гаметні форми хвороби складає 80 %, а батьківський – лише 20 %. Причини такої різниці невідомі [14].

Характерною особливістю даної хромосомної патології є зв'язок статі дітей з хворобою Дауна і віком матері. В раніше проведених дослідженнях було виявлено, що мами дівчаток з хворобою Дауна старші, ніж мами хлопчиків з таким же захворюванням [15].

В ході досліджень ДУ «ІГЗ НАМНУ» (2016 р.) представлений розподіл новонароджених з синдромом Дауна (Q 90.0) за статтю в залежності від віку матері (табл. 2).

Відомо, що чим більший вік матері, тим більша імовірність народження дитини з синдромом Дауна. Вважали доцільним зробити розподіл цієї вродженої патології в залежності від віку матері. У більшості випадків ми виявили, що хлопчиків народилось більше, ніж дівчаток: на 15 новонароджених хлопчиків за абсолютним числом (8,9 %) більше, ніж дівчаток. У жінок вікових категорій 20-24 і 25-29 років хлопчиків і дівчаток народилось майже порівну. А у жінок вікової категорії 30-34 роки і 40 і більше років різниця між хлопчиками і дівчатками відповідно складала 6 дітей (3,6 %) і 7 дітей (4,2%).

Таблиця 2

Розподіл новонароджених з синдромом Дауна (Q 90.0) за статтю в залежності від віку матері, м. Київ, Київська область, 2012-2014 рр.

Вік матері, роки	Разом		Хлопчики		Дівчатка	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
менше 20	0	-	0	-	0	-
20-24	17	10,12±2,33	8	8,79±2,97	9	11,84±3,71
25-29	26	15,48±2,79	13	14,29±3,67	12	15,79±4,18
30-34	42	25,00±3,34	24	26,37±4,62	18	23,68±4,88
35-39	42	25,00±3,34	21	23,08±4,42	21	27,63±5,13
40 і більше	35	20,83±3,13	21	23,08±4,42	14	18,42±4,45
невідомо	6	3,57±1,43	4	4,40±2,15	2	2,63±1,84
Всього	168	100	91	100	76	100

Висновок. Серед хромосомної патології виявленої у новонароджених м. Києва та Київської області найбільш часто зустрічається синдром Дауна. В більшості кардіологічно підтверджених випадків цього захворювання виявляється регулярна трисомія-21 (90,5 %). А жінки віком 30 років і старше мають високу можливість (70,83 %) народити дитину з даною індикаторною вродженою вадою.

Література

1. Генофонд і здоров'я: вроджені вади розвитку серед новонароджених / А.М. Сердюк, О.І. Тимченко, О.В. Линчак [та ін.]. – К. : МВЦ «Медінформ», 2012. – 571 с.
2. Генофонд і здоров'я: спрямованість генетико-демографічних процесів в умовах депопуляції / О.В. Линчак, О.І. Тимченко. – К., 2011. – 265 с.
3. Атраментова Л.А. Генетико-демографические процессы в городских популяциях Украины в 90-х годах. Национальность и место рождения мигрантов полтавской популяции / Л.А. Атраментова, О.В. Филипцова, С.Ю. Осипенко // Генетика. – 2002. – Т. 38, № 9. – С. 127-128.
4. Германов В.Т. Связь некоторых генетико-демографических характеристик родительского поколения с врожденными пороками развития у потомства / В.Т. Германов, Л.А. Атраментова, В.В. Анцупова // Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики: зб. наук. пр. – Вип. 15. – Київ-Луганськ, 2008. – С. 136-141.
5. Генетичний моніторинг спадкової та вродженої патології / В.Т. Германов, О.М. Андрушенко, В.В. Анцупова [та ін.] // Луганськ: Видавець ТОВ «НФВ»СТЕК», 2004. – 312 с.
6. Олігофренія – симптоми, стадії, форми і класифікація, діагностика, лікування олігофренії [Електронний ресурс]. – Режим доступу : emed.org.ua/suchasna-medicina-2/nevrologija/3492-oligofrenija-simptomi-stadii-formi-i-klasifikacija.

7. Дольницький, О. В.; Галаган, В. О.; Ромадіна, О. В. Природжені вади розвитку. Основи діагностики та лікування : монографія / О. В. Дольницький, В. О. Галаган, О. В. Ромадіна. – К., 2009. – 1040 с.
8. Медична генетика: Підручник / Кол. Авт.; За ред. О.Я. Гречаніної, Р. В. Богатирьової, О. П. Волосовця – К.: Медицина, 2007. – 536 с.
9. Грицута Л.М. Затримка внутрішньоутробного розвитку у дітей / Л.М. Грицута // [Електронний ресурс]. – 2008. – Режим доступу : www.ibis-birthdefects.org/start/ukrainian/uintraut.htm.
10. Синдром Дауна: Симптоми захворювання [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.eurolab.ua/child/3073/24638/.
11. Асанов А. Ю. Основи генетики і спадкові порушення розвитку у дітей / А.Ю. Асанов // [Електронний ресурс]. – 2003. – Режим доступу : medbib.in.ua/hromosomnyie-bolezni.html.
12. Медична біологія / За ред. В.П. Пішака, Ю.І. Бажори. Підручник. – Вінниця : НОВА КНИГА, 2004. – 656 с.
13. Соотношение полов при болезни Дауна. Исследование больных с кариологически подтвержденным диагнозом / Н. В. Ковалева, И. В. Бутомо, А. Korblein // Цитология и генетика. 2001. №6. – С. 43-49.
14. Синдром Дауна (трисомия 21) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.eurolab.ua/encyclopedia/505/4327/>.
15. Perry T. B. Down's syndrome: sex difference in relation to maternal age // Lancet. – 1971. – Vol. 2. – P. 263.

УДК 116-089.5-035.7:303.42(477)

ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ ІЗ ЗАПРОВАДЖЕННЯ КУЛЬТУРИ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ В АКУШЕРСЬКИХ СТАЦІОНАРАХ УКРАЇНИ

*Андрій Белорус¹, Роман Федосюк², Олена Ковальова¹, Валерій Похилько¹
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава, Україна
Київська міська клінічна лікарня № 3, Київ, Україна*

Zbadano warunki społeczne, które wpływają na polepszenie zdrowia obywateli Ukrainy. Omówiona została konieczność reform w systemie ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: kultury bezpieczeństwa, oddziałach położniczych.

Запровадження заходів з безпеки пацієнтів в лікувальних закладах є важливим фактором у зниженні частоти несприятливих медичних подій під час надання медичної допомоги. Мета роботи: вивчення думки лікарів-неонатологів з питань запровадження в їх закладах безпекової культури.

Матеріали та методи. Було проведено анонімне анкетування 106 лікарів-неонатологів акушерських стаціонарів України з питань запровадження в їх закладах культури безпеки пацієнтів.

Результати дослідження. На думку 20% лікарів безпека пацієнтів не є головним пріоритетом для керівництва їх закладів, 16% відсотків лікарів відмітили, що керівництво їх лікарень не забезпечує робочу атмосферу, яка сприяє безпеці пацієнтів, а 42% респондентів вказали, що керівництво лікарні стає зацікавленим в безпеці пацієнтів тільки після того, коли несприятлива подія вже відбулась. При цьому 52% лікарів відмітили, що між відділеннями часто виникають проблеми з обміном інформації. Для 33% респондентів зміни з безпеки пацієнтів є проблематичними в їх закладах. На думку 29% лікарів їх безпосереднє керівництво не готове до запровадження безпекової культури. Хоча 87% лікарів готові особисто звітувати про свої ненавмисні помилки та обумовлені ними несприятливі медичні помилки, якщо система моніторингу буде анонімною, та 70% лікарів, якщо ця система буде не анонімною.

Висновки. В акушерських стаціонарах України існують проблеми запровадження безпекової культури, тому важливим є розроблення низки заходів як для лікарів, так і для їх безпосереднього керівництва з питань підвищення культури безпеки пацієнтів.

УДК:616.53-002-036.8-071.1:159.942.5

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ВУГРОВУ ХВОРОБУ

*Радько А.С., Мелеховець О.К., Харченко Т.О.
Сумський державний університет, Суми, Україна
radkoalevtina@gmail.com*

The aim of the work is to improve the life quality of patients with acne. Correction of hepatobiliary dysfunction in complex therapy with the use of omega-3 acids and artichoke extract results in a reliable improvement (15.6%) of the life quality of patients with acne for 4 weeks.

Keywords: acne, complex therapy, hepatobiliary dysfunction.

Celem pracy jest poprawa jakości życia pacjentów z ostrymi chorobami. Korekcja dysfunkcji wątrobowokomórkowej w ostrych chorobach poprzez kompleksową terapię z zastosowaniem kwasów omega-3 i ekstraktu karczocha zapewnia wiarygodną (15,6%) poprawę jakości życia pacjentów przez 4 tygodnie.

Вугрова хвороба (ВХ) – хронічне мультифакторіальне захворювання, що виникає у 80-90 % підлітків (G. Dummond-Wallon,2009), має постійно рецидивуючий перебіг, обтяжує психоемоційний стан хворих, а також заважає їх адаптації у суспільстві. На кількість і тяжкість рецидивів ВХ впливає велика кількість факторів: гормональний дисбаланс, стреси, порушення роботи

шлунково-кишкового тракту та гепатобіліарної системи (ГБС), паління і вживання алкоголю (Б. Мельник, 2013).

Мета: покращення якості життя пацієнтів з ВХ шляхом використання комплексного лікування, що включає корекцію дисфункції ГБС.

Матеріали та методи: В дослідження включено 48 пацієнтів з вугровою хворобою середнього ступеня тяжкості (за Plewig&Kligman, 2004), з виявленими при проведенні УЗД порушеннями кінетичної функції жовчного міхура (середня ФВ 48 %). Пацієнти були розподілені на 2 групи в залежності від виду терапії: 1 група (20 пацієнтів) - стандартна терапія (доксидиклін та ФК 1 % кліндаміцину фосфату + 5 % Бензоїлпероксиду) протягом 4 тижнів; 2 група (28 пацієнтів) отримували стандартну терапію з додатковим застосуванням препаратів омега-3 поліненасичені кислоти 1000 мг по 1 капсулі 2 рази на добу, екстракт сухого артишоку 200 мг по 1 таблетці 3 рази на добу протягом 4 тижнів.

Оцінювання результатів терапії ВХ проводилось через 4 тижні від початку лікування та включало контроль УЗД, оцінку рівня інфільтрації, еритеми та кількості вугрових елементів за 3 бальною шкалою (0-не виражена, 1- помірно виражена, 2- різко виражена), де максимальна сума балів дорівнювала 9.

Для оцінювання впливу ВХ на психоемоційний стан пацієнта використовували дерматологічний індекс якості життя (DLQI), показник якого має мінімум 0 балів, що відповідає найкращій якості життя (ЯЖ), та максимум 30 балів, що свідчить про найгіршу ЯЖ.

Результати та їх обговорення. До початку лікування в групі 1 показник еритеми, інфільтрації та кількість вугрових елементів складав 6,8; в групі 2 - 7,1. Після проведеного лікування цей показник в 1 групі знизився до 4,7; в 2 групі – до 3,9. При проведенні контрольного УЗД через 4 тижні відмічено нормалізація моторно-евакуаторної функції жовчного міхура (середня ФВ 67%). До початку лікування середня кількість балів при опитуванні склала 16,5 в обох групах, що свідчить про суттєве погіршення ЯЖ у хворих з ВХ. Показник опитування DLQI через 4 тижні після проведення терапії у 1 групі склав 11,3 бали, що відображає дуже значний вплив ВХ на життя пацієнта, а в 2 групі - 8,8 балів, що демонструє помірний вплив на життя пацієнта. Порівняно з вихідним рівнем ЯЖ пацієнтів покращилась на 31,5 % та 46,7% в 1 і 2 групах відповідно.

Висновки. Корекція гепатобіліарної дисфункції при ВХ шляхом комплексної терапії із застосуванням препаратів омега-3 кислот та екстракту артишоку впродовж 4 тижнів призводить до покращення показника ЯЖ хворих майже вдвічі, що переважає ефект стандартних схем лікування на 15,6%.

Зміст

РОЗДІЛ 1. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Fal Andrzej M. Public health – what do we need and what we can afford.....	4
Апанасенко Г.Л. Здоровье Украины: Вчера, Сегодня, Завтра.....	5
Грузєва Т. С., Сміянов В. А., Руденко Л. А. Обґрунтування системи підготовки фахівців громадського здоров'я в Україні.....	14
Бердник О., Полька Н., Рудницька О. Оцінка «якості населення» в системі громадського здоров'я.....	22
Сміянова О.І., Руденко Л.А., Сміянов. Є.В. Нормативно-правові засади забезпечення якості медичної допомоги в Україні.....	24
Заюков І., Кобилянський О. Соціальні умови покращення громадського здоров'я в Україні.....	26
Поляков О. Здоров'я і працездатність осіб старшого віку в Україні.....	28
Шевчук В. І., Беляєва Н. М., Яворовенко О. Б., Куриленко І. В. Сучасний стан медико-соціальної реабілітації інвалідів в Україні.....	29
РОЗДІЛ 2. МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВІДНОВЛЕННЯ, ЗБЕРЕЖЕННЯ, ЗМІЦНЕННЯ І ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ	
Босенко А., Топчій М. Щодо інформативності індексу функціональних змін у характеристиці адаптаційного потенціалу.....	37
Солошенко Е., Шевченко З. Оцінка стану адаптації як основа збереження здоров'я людини.....	39
Makarov S. Y. Panchuk O. Y. Serheta I. V. Educational stress and mechanisms of psychological protection of student youth: problematic issues, physiological and hygienic aspects.....	40
Дербисбекова У.Б., Датхаєв У.М., Момбеков С.Е., Рахимов К.Д., Шарапатдин А.К., Шалабай А.К. Изучение острой и подострой токсичности субстанции с противогрибковым действием.....	41
Гуніна Л. Фармакологічна профілактика перенапруження серцево-судинної системи як фактор збереження здоров'я спортсменів.....	48

Бугаєвський К. Менструальний цикл та значення статевого диморфізму у спортсменок в атлетичних видах спорту.....	50
Chumakov V., Sytnik O., Dmitruk A. Polymorphism of gene of IL-8 cytokine in acute pancreatitis complicated with peritonitis.....	51
Kovalenko Ye., Melekhovets O. Effect of Intravenous low level laser therapy on the systemic hypertension.....	52
Гаврелюк С., Левенец С. Изменение ультразвуковых характеристик гемодинамики и функции эндотелия на модели длительной ваготонии при блокаде CB1 рецепторов каннабиноидов в эксперименте.....	54
Бутко Я.О., Деримедвідь Л.В., Ткачева О.В., Уланова В.А. Поліпшення стану шкіри за допомогою біологічних компонентів.....	55
Фролова Т.В., Бородіна О.С. Особливості рівня маркерів імунної регуляції при негоспітальній пневмонії у дітей з різним рівнем фізичного розвитку.....	61
Денисенко С. Особливості морфофункційного стану наднирникових залоз нащадків при внутрішньоутробному впливі електромагнітного випромінювання.....	63
Вернигородський В.С., Фетісова Н.М., Вернигородська М. В., Валентьєва Р. В., Мальченко О. В. Зв'язок рівнів молекули адгезії судинних клітин sVCAM-1 з порушенням ліпідного обміну у хворих на гіпотиреоз.....	65
Жалдак Д.О., Мелеховець О.К. Оцінка ранніх маркерів розвитку неалкогольної жирової хвороби печінки у хворих на гіпотиреоз.....	70
Маюра Н., Карпенко В. Медичний та комп'ютерно-інформаційний аспекти дослідження неясних випадків біліарної патології.....	71
Наконечна О.А., Безродна А.І., Абрамова Л.П. Основні показники вуглеводного обміну та його регуляції за умов впливу поліетиленгліколю	73
Фейса С. Розлади статевої сфери у пацієнтів із неалкогольним стеатогепатитом та цукровим діабетом / предіабетом.....	75
Barylo O. S., Kanishyna T. M., Biloshytska A.V. Special aspects of healing wounds after tooth extraction in patients with diabetes mellitus.....	77

Пачевська А. В., Філімонов Ю. В., Драчук Н. В. Дослідження стану гігієни порожнини рота при ортодонтичному лікуванні незнімною та знімною апаратурою.....	80
Herasymenko O.S., Smolanka V.I., Smolanka A.V., Sechko O.S. Intraoperative neurophysiological monitoring at STEM-cell tumors surgical treatment: prognostic value for patients' further physiotherapeutic rehabilitation.....	81
Белозьоров І., Проценко О., Шаповал О. Мультидисциплінарні аспекти реабілітації постраждалих з опіковою травмою.....	83
Yezhova O., Radych K., Loboda T. The physiotherapeutic means in a complex rehabilitation of people with posthypoxic encephalopathy.....	85
Харченко Г. Динамическая электростимуляция – новая технология в комплексной реабилитации спортсменов.....	86
Якименко О.О., Богдан Н.М., Кравчук О.Є. Ефективність і безпечність комплексної терапії із застосуванням електрофорезу Неокарипазим-400 у жінок в менопаузальному періоді, що страждають остеоартрозом колінних суглобів.....	89
Бугаєвський К. Особливості практичного використання відновного лікування після штучного переривання вагітності	90
Бугаевский К. Особенности восстановительного лечения поврежденных промежности, полученных в родах.....	92
Вигоняйло О., Ольховик А. Кінезіотейпування у фізичній терапії дітей із геміпарезом.....	98
Юрченко А. Реабілітація хворих з неврологічними проявами остеохондрозу хребта.....	104
Малеганова А., Ситник О. Фізіотерапевтичні методи в лікуванні шийного остеохондрозу.....	106
Евдокимов В. Место мануальной терапии в реабилитации хронических пояснично-крестцовых радикулопатий.....	108
Єжова О., Стеценко Л., Стеценко Н., Євтушенко О. Патогенетичний підхід при проведенні фізичної реабілітації дітям з ДЦП і наявністю у них порушень постави та сколіозу.....	109
Галанцева А., Ольховик А. Застосування корсетної корекції при ідіопатичному сколіозі.....	113

Коновалова О. О. Методичні підходи до розробок рекомендацій з оздоровлення за допомогою мінеральних вод.....	118
Куцевол М.Л., Ішков В.В. Уроліти: об'єкт вивчення медицини, мінералогії та біохімії.....	119
Козачек Н., Райчук М. Причини, вызывающие сенсорную недостаточность (глухота, тугоухость).....	121
Харченко Т.О., Мелеховец О.К., Радько А.С. Оценка качества жизни пациентов с синдромом диабетической стопы при комбинированом лечении с применением плазмотерапии.....	122
Bialoszycka M., Melniczuk H., Istoszyn W. Medyczne biologiczne i kulturologiczne aspekty odnowienia organizmu przy śpiewu choralnym.....	124
Боєчко Д., Василькова Г. Аналіз харчування вагітних і динаміка гестаційного процесу.....	125
Илющенко Т., Редькина И. Иппотерапия как современный способ лечения и оздоровления детей.....	132
РОЗДІЛ 3. ОСВІТНІ АСПЕКТИ ЗБЕРЕЖЕННЯ, ЗМІЦНЕННЯ, ФОРМУВАННЯ І ВІДНОВЛЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ	
Бойчук Ю. Науково-організаційні засади безбар'єрної освіти студентів з особливими освітніми потребами.....	133
Самокиш І. Значення способу життя у зміцненні здоров'я та розширенні функціональних резервів студентської молоді.....	135
Авдєєнко І. Аналітико-рефлексивний компонент культури здоров'я студентів.....	142
Кочерга Є.В. Педагогічні умови формування здоров'язберезувальної компетентності майбутніх вчителів хімії.....	144
Кочерга Є.В. Особливості діагностики сформованості здоров'язберезувальної компетентності майбутнього вчителя хімії.....	149
Федорець В.М. Розвиток здоров'язберезувальної компетентності вчителя фізичної культури з використанням знань про феномен гіперсоціальної поведінки при наркоманії.....	151

Зайцев В. А. Организация подготовки будущих учителей основ здоровья к внеклассной работе с учащимися основной школы.....	154
Щербак І. Підготовка майбутніх учителів до здоров'язбережувальної діяльності.....	156
Таймасов Ю. Використання здоров'язберігаючих технологій при підготовці фахівців ДСНС України.....	157
Зуб О., Турчинов А., Алфімова Л. Здоровий спосіб життя як чинник особистісно-професійного становлення майбутнього офіцера.....	159
Яковенко Є. Професійне здоров'я офіцера підрозділу спеціального призначення, як важлива складова його діяльності.....	160
Бріжата І.А. Підготовка майбутніх фахівців фізичної терапії до їх професійної діяльності у сфері фізичної культури та спорту.....	162
Ольховик А., Мордвінова І. Зарубіжний досвід підготовки фахівців з фізичної терапії та ерготерапії.....	163
Ситник О., Степаненко О. Практична підготовка фізіотерапевтів в медичних ВНЗ.....	168
Бережна Т.І. Особливості організації здоров'язбережувального середовища загальноосвітнього навчального закладу	170
Спірке О. Особливості викладання предмету «Основи здоров'я» в умовах переходу до нової української школи.....	178
Андрейко Г. Уява про здоровий спосіб життя в свідомості підлітків різних типів загальноосвітніх закладів.....	182
Астахова М. Навчання учнів діям у надзвичайних ситуаціях як умова збереження здоров'я школярів.....	183
Трубавина И.Н. Педагогические пути сохранения и восстановления здоровья личности.....	185
Голуб Н. Питання профілактики й корекції труднощів і порушень у формуванні шкільних умінь та навичок.....	187

Мірошниченко О. Особливості формування духовного здоров'я особистості в традиціях українського народу.....	188
Самойленко Л.В. Інноваційні оздоровчі технології навчання молодших школярів.....	190
Спицын А. Педагогическая модель профилактики Интернет-зависимости среди учащихся средней и старшей школы.....	194
РОЗДІЛ 4. ПРОФІЛАКТИКА ІНФЕКЦІЙНИХ ТА НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ. ПРОФІЛАКТИКА АСОЦІАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ	
Гиря О. М., Ярцева М.О., Самойлик К.В. Сучасний погляд на запобігання розповсюдження цитомегаловірусної інфекції в практиці сімейного лікаря	202
Деримедвідь Л.В., Вереїтинова В.П. Психобіотики як стреспротектори: перспективи застосування.....	203
Добрянська О.В., Бердник О.В., Скочко Т.П., Шевчук К.В. Поширеність поведінкових чинників ризику метаболического синдрому у сучасних підлітків.....	205
Милославський Д., Снігурська І., Божко В., Щенявська О. Профілактичні ефекти дієтотерапії у хворих на гіпертонічну хворобу з метаболічним синдромом.....	206
Довгалюк Д., Осинський М. Сучасний стан поширення ВІЛ/СНІДу в Україні.....	208
Некрасова Ю., Макарова В. Проблема ко-инфекции туберкулез/ВИЧ в Украине.....	210
Босчко Д., Галієва Г., Кукарская К. Профілактика вертикального шляху передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитині.....	211
Спицын А. А. Термометрические проявления особенностей физиологической асимметрии у мужчин, страдающих никотиновой зависимостью (данные пилотного исследования).....	215
Скидан А., Врублевский Е. Оценка психофизических кондиций женщин в процессе мониторинга физкультурно-оздоровительных занятий шейпингом.....	220
Галій А. Вплив шкідливих речовин на стан здоров'я студентської молоді.....	229

Нечерда В.Б. Вплив агресії на стан здоров'я підлітків уразливих категорій	231
Пахуча М. Аборт та його вплив на репродуктивне здоров'я жінки.....	233
Калиберда Я. Г. Значение дезинфекционных средств для здоровья человека.....	237

РОЗДІЛ 5. ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

Сміянов В.А., Горох В.В.; Дрига Н.О. Система контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Сумської області.....	239
Смеянов В.А., Дрыга Н.А.; Смеянов Ю.В. Разработка алгоритма формирования благоприятной среды в учреждении здравоохранения как необходимое условие внедрения системы непрерывного улучшения качества медицинской помощи.....	241
Блашкевич А., Мелёхин И. Общественное здоровье.....	244
Сміянова О.І., Сміянова Ю.О., Смородська О.М. Розробка моделі управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я.....	246
Петрова С. Н., Гончаренко М. С., Бельорін-Еррера О.М., Камнєва Т.П., Мельнікова А.В. Дослідження стану здоров'я вихованців дитячого будинку «Перлинка».....	248
Касиян О., Ткаченко Г., Лукашевич Я. Онкозаболеваемость щитовидной железы у разных возрастных групп населения Украины в 2000-2015 годах.....	249
Плужнікова Т. Вивчення тенденцій захворюваності та поширеності хвороб серед населення та порівняння цих показників у Полтавській області та в Україні загалом.....	257
Ляхова Н., Голованова І. Поширеність ортодонтичної патології серед дитячого населення окремих регіонів України.....	262
Шевлюкова Т., Чабанова Н., Максимова Н., Боєчко Д. Епідеміологія раку яєчників у Тюменській області.....	266
Педан Л.Р., Галаган В.О., Омельченко Е.М., Качко Г.О., Полька О.О., Тимченко О. І. Синдром Дауна як основна хромосомна нозологія у новонароджених.....	268

Белорус А., Федосюк Р., Ковальова О., Похилько В. Основні проблеми із запровадження культури безпеки пацієнтів в акушерських стаціонарах України.....	275
Радько А.С., Мелеховець О.К., Харченко Т.О. Оцінка якості життя хворих на вугрову хворобу.....	276



Sumy State University is located in Sumy city in the North-East of Ukraine. Its history began in 1948. Today, SSU is a leading university of a classical type with the III-IV accreditation level in the region.

The University currently serves more than **16,000 students** who are pursuing pre bachelor, bachelor, specialist and master degrees in **46 majors** and **22 fields of knowledge** according to the list of majors 2015. About **1300 foreign students** represent more than **50 countries worldwide**.

Sumy State University is included in Global Research University Profiles (GRUP) by **ShanghaiRanking** taking position 500+. SSU is also included in the directory of world's best universities by the **Times Higher Education World University Rankings**.

Sumy State University enters the **TOP-group (3%) of leading universities of the world and is classified as a university with high research intensity** according to the international ranking of higher education institutions **QS World University Rankings**. SSU is in the **TOP-100** according to **QS University Rankings: EECA** (Emerging Europe and Central Asia) among the universities of this region. According to these rankings, SSU enters the **TOP-5** Ukrainian universities. SSU also ranked 101-150 among the fastest-rising young stars of the higher education world by the QS.

According to the worldwide Internet rankings **Webometrics** SSU takes the **3rd place** among Ukrainian universities. It also takes the **high positions** in the **European ranking U-Multirank** that identifies most indicators of academic, extracurricular, international and other activity of SSU as being higher than the world average value.

Sumy State University is the first Ukrainian higher education institution, which has passed in 2014 an independent external audit of the **QS Company** and was given the highest points (**5 stars**) in such categories as Teaching, Engagement, Access, and E-learning.

According to the results of **Round University Ranking**, completed by one of the largest information and analytical companies in the world **Thomson Reuters**, Sumy State University takes the **671st** position among the world's universities and the **4th** position among Ukrainian universities.

In accordance with **University Ranking by Academic Performance (URAP)**, evaluating the quality of scientific and research activity of world's universities, Sumy State University holds the **7th** position among Ukrainian universities and is included in the TOP-10% universities worldwide.

According to **SCImago Institutions Rankings** Sumy State University takes the **sixth place** among Ukrainian universities and enters the **TOP-200 universities of Central and Eastern Europe**.

According to international ecological ranking **UI GreenMetric 2016** Sumy State University **takes the 65th position among the worlds universities** and **the 1st positions among Ukrainian universities**. SSU is the **1st Ukrainian university** to enter this ecological ranking.

Sumy State University belongs to **the 7% of the best universities in the world** according to the results of quality evaluation of the world universities' scientific activity based on the citation of scientists on **Google Scholar** by **Webometrics**.

SSU holds high positions in the consolidated ranking of Ukrainian universities "Osvita.ua" (**educational leader in the northern region**, the **7th** position among all the universities). SSU also enters the **TOP-3 Ukrainian universities** based on the international activity indicators according to "TOP-200 Ukraine".

The University holds the highest position among Ukrainian higher education institutions for the number of prize-winning places in All-Ukrainian competitions of students' research works and is among leaders in **All-Ukrainian Olympiads in educational disciplines, training areas and majors**.

Наукове видання

ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ: ТЕОРІЯ І ПРАКТИКА

**Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції,
присвяченої 25-річчю Медичного інституту
Сумського державного університету**

(Суми, 17–19 жовтня 2017 року)

За загальною редакцією О. О. Єжової

Художнє оформлення обкладинки А. О. Ковальнової
Редактор: О. В. Гевліч
Комп'ютерне верстання Т. П. Копитіної

Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 16,27. Обл.-вид. арк. 17,58. Тираж 100 пр. Зам. №772.

Видавець і виготовлювач
Сумський державний університет,
вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3062 від 17.12.2007.