

Збірник наукових матеріалів
XXXVI Міжнародної науково-практичної
інтернет - конференції
el-conf.com.ua



«ІННОВАЦІЇ НАУКИ ХХІ СТОЛІТТЯ»

18 листопада 2019 року

Частина 11



м. Вінниця

Інновації науки XXI століття, XXXVI Міжнародна науково-практична інтернет-конференція. – м. Вінниця, 18 листопада 2019 року. – Ч.11, с. 80.

Збірник тез доповідей укладено за матеріалами доповідей XXXVI Міжнародної науково-практичної інтернет - конференції «Інновації науки XXI століття», 18 листопада 2019 року, які оприлюднені на інтернет-сторінці el-conf.com.ua

Адреса оргкомітету:
21018, Україна, м. Вінниця, а/с 5088
e-mail: el-conf@ukr.net

Оргкомітет інтернет-конференції не завжди поділяє думку учасників. У збірнику максимально точно збережена орфографія і пунктуація, які були запропоновані учасниками. Повну відповідальність за достовірну інформацію несуть учасники, наукові керівники.

Всі права захищені. При будь-якому використанні матеріалів конференції посилання на джерела є обов'язковим.

ЗМІСТ

Медичні науки

<i>Авдєєнко О.І., Боярський М.Р.</i> ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ІМПУЛЬСНИХ МАГНІТНИХ ПОЛІВ НА РОБОЧИХ МІСЦЯХ ІНЖЕНЕРНО-ТЕХНІЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ПРИ ОБСЛУГОВУВАННІ УСТАТКУВАННЯ ТЕРМОЯДЕРНОГО СИНТЕЗУ	5
<i>Басанець В.К.</i> ХВОРОБА ЛАЙМА: ДІАГНОСТИКА, СТАДІЇ, ЛІКУВАННЯ.	9
<i>Бондарь В.Г., Мостовой Э.И., Саенко В.И., Калинина Е.В., Маргаринт Т.В., Ковалёва Е.Г.</i> ЛЕЧЕНИЕ ЛЕЙКОПЕНИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	14
<i>Вербова Л.М., Марущенко Л.Л., Проценко І.П., Моргун В.В., Гавриш Р.В., Марущенко М.О.</i> ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ МЕДУЛОБЛАСТОМ МОЗОЧКУ У ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП	19
<i>Кремзеров В.С.</i> РИНОК СПА-РЕАБІЛІТАЦІЇ: СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ (НА ПРИКЛАДІ ЛЬВОВА)	24
<i>Мазена Є.Ю.</i> ОЦІНКА АДАПТАЦІЙНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ СТУДЕНТІВ ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ	30
<i>Нанівська Л.М.</i> РОЛЬ ФОРМУВАННЯ ГУМАНІСТИЧНИХ ЦІННОСТЕЙ У ПРОФЕСІЙНОМУ ТА ОСОБИСТІСНОМУ СТАНОВЛЕННІ МАЙБУТНІХ МЕДИКІВ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ	32
<i>Песін Я.М., Песіна Г.А.</i> ПОШИРЕНІСТЬ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ШЛУНКУ ТА 12-ПАЛОЇ КИШКИ У ХВОРИХ В ПІЗНЬОМУ ВІДНОВНОМУ ПЕРІОДІ ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ	36
<i>Сиплива Є.Ю., Боярський М.Р.</i> ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ІМПУЛЬСНИХ МАГНІТНИХ ПОЛІВ, ЯКІ УТВОРЮЮТЬСЯ ЕЛЕКТРОГІДРАВЛІЧНИМИ УСТАНОВКАМИ НА РОБОЧИХ МІСЦЯХ ОПЕРАТОРІВ.....	39
<i>Хасхачих Д.А.</i> ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД В ЛІКУВАННІ ГІПЕРПЛАЗІЇ ЕНДОМЕТРІЯ БЕЗ АТИПІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ	42

<i>Хасхачих Д.А., Чуйко В.І.</i> СТАН МІКРОБІОЛОГІЧНОГО БІОЦЕНОЗУ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ У ПОРОДІЛЬ В ДИНАМІЦІ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ	45
<i>Хасхачих Д.А. Чуйко В.І., Гаращук Є.І. Нечаєв В.В.</i> ТАРГЕТНИЙ ПІДХІД ДО ТЕРАПІЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ЕНДОМЕТРІЯ БЕЗ АТИПІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ	50
<i>Холодова А.О., Савенко В.О.</i> ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА СПАСТИЧНУ ФОРМУ ДЦП».....	57

Політичні науки

<i>Барабаши О.В.</i> ПОЛІТИЧНИЙ ПРОЦЕС В КРАЇНАХ ЛАТИНСЬКОЇ АМЕРИКИ ТА КАРИБЬСЬКОГО БАСЕЙНУ (ЛАКБ) В КОНТЕКСТІ ДИЛЕМИ — ЕКОНОМІЧНЕ ЗРОСТАННЯ/СОЦІАЛЬНА ЗАХИЩЕНІСТЬ ..	62
<i>Жукова С., Абу Таме Бахджат Ахмед</i> ШВИДКІСНО-СИЛОВА ПІДГОТОВКА КВАЛІФІКОВАНИХ ПЛАВЦІВ З ВИКОРИСТАННЯМ ДОДАТКОВИХ (ТЕХНІЧНИХ) ЗАСОБІВ	67
<i>Усенко І.І.</i> ВПЛИВ ПОЛІТИЧНИХ ПАРТІЙ НА ІНСТИТУТИ ПУБЛІЧНОГО ВРЯДУВАННЯ ПІД ЧАС ПЕРЕХОДУ ДО ДЕМОКРАТІЇ	72
<i>Юрчак Ю.Ю.</i> РОЗВИТОК СИСТЕМИ ДЕРЖАВНОГО ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В Україні	76

ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА ІМПУЛЬСНИХ МАГНІТНИХ ПОЛІВ НА РОБОЧИХ
МІСЦЯХ ІНЖЕНЕРНО-ТЕХНІЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ПРИ
ОБСЛУГОВУВАННІ УСТАТКУВАННЯ ТЕРМОЯДЕРНОГО СИНТЕЗУ

*Авдєєнко Олександра Ігорівна,
студентка медичного факультету
Харківський національний медичний університет
Кафедра гігієни та екології №1
Боярський Мирослав Романович
Кандидат медичних наук
м. Харків, Україна*

Введення. Одним із завдань державної соціальної політики України є профілактика втрати здоров'я населенням шляхом створення безпечних умов праці на виробництві, з метою зниження професійної захворюваності та виробничого травматизму. У теперішній час проводяться пошукові дослідження отримання екологічно чистої енергії, замість енергії, яку отримують від теплових та атомних електростанцій. Однією з таких перспективних технологій є термоядерний синтез, за допомогою якого, в значній мірі, можливо вирішити, можливо вирішити дану проблему. Однак при експлуатації устаткування, яке використовується для отримання так званої холодної плазми, до робочої зони генеруються електромагнітні поля широкого діапазону частот, які можуть завдавати несприятливий вплив на організм працюючих та потребують свого вивчення з точки зору біологічної активності. Питання впливу на організм людини електромагнітних полів, які утворюються при роботі на устаткуванні термоядерного синтезу, не вивчені. Великі інтенсивності імпульсних електричних та магнітних полів можуть привести до професійної патології серед інженерно-технічного персоналу, які обслуговують зазначене обладнання.

Мета роботи. У зв'язку з вищесказаним, а також враховуючи перспективу збільшення контингенту працюючих в області вивчення фізики плазми, були проведені дослідження з вивчення умов праці інженерно-технічного персоналу, який обслуговує устаткування термоядерного синтезу. З даною

метою були проведені гігієнічні дослідження в виробничих приміщеннях одного з інститутів АН України.

Матеріали і методи. Були використані стандартні і нестандартні засоби вимірювання ІЕМП. Застосування нестандартних засобів обумовлене тим, що промисловістю серійно не випускаються вимірювальні прилади ІЕМП з певними параметрами. В таких випадках застосовувались атестовані та повірені індукційні датчики і імпульсні осцилографи типу С8-12, С8-17. Також застосовувались і серійні прилади, такі як мілітесламетр Ф-4305, Ф-4354/1, мікротесламетр Г-79, вимірювач електромагнітних полів типу ПЗ-17, ПЗ-19, ПМ-101М.

Результати та обговорення. За принципом дії термоядерна установка (ТЯУ) нагадує великий трансформатор. До первинної обмотки такого трансформатора підводиться струм, а вторинна обмотка є зачиненим тороїдальним витком вакуумної камери, який заповнений газом. При протіканні крізь первинну обмотку змінного струму у камері утворюється вихрове електричне поле, яке іонізує робочий газ. Поданий до цього газу, як до провідника, сильний струм(сотні тисяч ампер) утворює плазму, яка розігріта до високих температур. Сильне магнітне поле вторинного струму та поперечне магнітне поле, яке утворено спеціальною котушкою, утримує плазмовий шнур, не даючи йому розсипатись та впасти на стінку камери. Тривалість вказаного процесу триває долі секунди. У цей момент до робочої зони біля термоядерної установки крізь різні технологічні патрубки та вікна можуть проникнути імпульсні поля широкого діапазону частот (від постійних до надвисокочастотних). Дослідження, що проведені на робочих місцях інженерно-технічного персоналу, показали, що в режимі термоядерної установки, при якому здійснюється очистка внутрішніх поверхонь камери за допомогою електромагнітної енергії частотою 14 мГц і напругою 200 кВт (імпульсний режим), напруженість імпульсних електричних полів коливалась від 0,6 В/м до 3,6 В/м. При проведенні чистки внутрішніх стінок камери термоядерної установки “Ураган-3м” енергією надвисотної частоти потужністю 1кВт на робочих місцях обслуговуючого персоналу були зареєстровані щільність потоку енергії НВЧ від 1,5 до 501

мкВт/см². Такі значні коливання рівнів щільності потоку енергії поблизу термоядерної установки зумовлені тим, що її корпус має, як вже зазначалось, технологічні патрубки та вікна, крізь які здійснювалось проникнення до робочих приміщень електромагнітних полів. Цю обставину необхідно враховувати інженерно-технічним працівникам при виконанні трудових операцій з регулювання та налаштування технологічних вузлів термоядерної установки. У даному випадку слід враховувати доцільність використання спеціальних костюмів з металізованої тканини з капюшонами та захисними окулярами. Крім того, в даних місцях знаходження обслуговуючого персоналу необхідно обмежувати у часі його перебування згідно з ГОСТ 12.1.1006-84 "ССБТ. Электромагнитные поля радиочастот. Предельно допустимые уровни на рабочих местах и методы их контроля". Крім імпульсних електричних полів на робочих місцях обслуговуючого персоналу, вивчались рівні імпульсних магнітних полів. Дослідженнями встановлено що максимальні рівні вказаного фактора реєструвались поблизу корпусу термоядерної установки "Ураган-3м". Отож безпосередньо біля зовнішньої стінки корпусу ТЯУ імпульсні магнітні поля знаходились у межах 5920-6720 А/м. По мірі віддалення від корпусу установки рівні ІМП знижувались і на відстані 3 м дорівнювали 560 А/м. На робочому місці оператора, біля пульта керування, напруженість ІМП дорівнювала 160-480 А/м. Треба відмітити, що після роботи термоядерної установки "Ураган-3м" на другу та наступну доби в приміщенні, де розташовано зазначене обладнання, реєструвались постійні магнітні поля поблизу всіх металевих (сталевих) конструкцій та предметів: на поверхні металевих столів, що розташовані навкруги корпусу ТЯУ 56 А/м, на сидінні металевих стільців 960 А/м, біля вимірювальних приладів, які мають сталеві кожухи 416 А/м. Вимірювання ІМП проводилось також і на іншому обладнанні. Так, у виробничих приміщеннях установки "Рассвет-1" утворювалось магнітне поле з тривалістю першого півперіоду 10⁻⁵с, а тривалість усього імпульсу дорівнювала 10⁻³с. При роботі цієї установки напруженість ІМП за огорожею металевої сітки знаходились у межах 3520-6880 А/м, на робочому місці оператора 3200-3500 А/м. У виробничих приміщеннях

діагностичного стенда (ДСМ-2), що потрібен для вивчення взаємної дії низькотемпературної плазми з поверхнею конструкційних матеріалів, які використовуються при термоядерному синтезі, напруженість ІМП дорівнювала від 640 до 38400 А/м. Напруженості ІМП розподілялись у виробничих приміщеннях від джерела поле утворення наступним чином (по осі від котушки на висоті 1,3 м від підлоги): на відстані 10 см-64800 А/м, 20 см-19680 А/м, 30 см-11120 А/м, 40 см-6080 А/м, 50 см-3040 А/м, 60 см-1600 А/м, 80 см-880 А/м, 100 см-480 А/м. У металевих предметів, розташованих на робочому столі, напруженість магнітного поля дорівнювала 320 А/м.

Висновки. Таким чином, аналізуючи отримані дані, можна зробити висновок, що інженерно-технічний персонал, який обслуговує як термоядерну установку “Ураган-3м”, так і інші випробувальні стенди, у процесі виконання своїх трудових операцій зазнають впливу імпульсних електричних та магнітних полів різноманітної інтенсивності, а в період, коли “Ураган-3м” не працює, впливу наведеного постійного магнітного поля від сталевих поверхонь. Оскільки магнітні поля навколо обладнання, що генерує в навколишнє середовище імпульсні електромагнітні поля, носять неоднорідний характер, а промисловість не випускає серійно вимірювальної апаратури для оцінки вказаного фактору в виробничих умовах, на мою думку, представляє інтерес розробка нестандартних методів для визначення напруженості ІМП в будь-якій точці простору навколо обладнання.

Література:

1. Концепція оцінки професійних захворювань за категоріями їх ризику тяжкості / І.Ф. Измеров. ВА. Капцов, В.Г. Овакімов і ін. // Медицина праці та промислова екологія.-1993, -N9-10. - С.1-3.
2. Механізми реалізації виробничо-обумовлених факторів професійної захворюваності (клініко-епідеміологічне дослідження / А.Г Захаров та ін. - Харків, 2008р.-160с.
3. Кундієв Ю.І. , Чернюк В.І. , Вітте [І.Н. Вивчення професійного ризику здоров'ю - актуальна проблема медицини праці // Журнал Академії мед. наук України. -2001. - Т.7, №3.-С 550-557.

4, Пішік В.А. Лубянова І.П Професійна захворюваність в Україні (динаміка за останні 10 років, причини формування) та шляхи збереження професійного здоров'я населення // Гігієна праці: Зб. науч. тр. - Київ, 1999 року, - Вип.30, - С.13-24.

5. Боярський М.Р., Про виявлення професійних захворювань у працюючих в машинобудуванні // Здоров'я та ін.

УДК 616.99

Медичні науки

ХВОРОБА ЛАЙМА: ДІАГНОСТИКА, СТАДІЇ, ЛІКУВАННЯ

Басанець В.К.,

*студент факультету економіки,
бізнесу та міжнародних відносин
Університет митної справи і фінансів
м. Дніпро, Україна*

У наш час кліщі, незважаючи на видове різноманіття, відіграють велику роль у сучасній медицині та ветеринарії. Іксодові кліщі є переносниками збудників багатьох небезпечних захворювань людини та тваринництва. Одним з порівняно нових системних інфекційних трансмісивних захворювань людини є хвороба Лайма, або кліщовий системний борреліоз.

Хвороба Лайм — інфекційне трансмісивне захворювання, яке спричинюють спірохети роду *Borrelia*. Переносники борелій — кліщі роду *Ixodes*. Лайм-борреліоз характеризується циклічним перебігом, мультисистемністю уражень та широким поліморфізмом клінічних проявів різних стадій захворювання. [1]

Офіційна реєстрація хвороби Лайма в цілому по Україні, здійснюється з 2000 року. Перший лабораторно підтверджений випадок захворювання в області зареєстрований у 2000 році. У подальші роки реєструвались поодинокі випадки, а з 2004 року спостерігається зростання захворюваності і ця тенденція зберігається до теперішнього часу. Проте справжній рівень значно вищий, оскільки відсутність належної лабораторної бази у практичній мережі охорони

здоров'я не дозволяє провести повноцінну верифікацію діагнозу. Про це свідчать і первинні діагнози у хворих: хвороба Лайма – тільки у 26,2%, гарячка неясного генезу – у 26,2%, неврологічні захворювання – у 16,9%, захворювання сечовивідної системи – у 9,2%, дерматологічні захворювання – у 7,7%, інші – у 9,2%. Лаймська хвороба є класичним природно-вогнищевим захворюванням, що поширене на території Північної Америки, Європи, Азії, Північної Африки й Австралії. Захворюваність на ЛХ складає в різних країнах від 10 до 50 і більше випадків на 100 000 населення щорічно. У США, де ЛХ складає понад 90 % усіх зареєстрованих захворювань, що передаються членистоногими, щорічно офіційно реєструється від 12 до 40 тис. випадків захворювання на бореліоз. Тільки в 2002 р. від цього захворювання тут померло 22 особи віком від 2 до 86 років. У Європі показник захворюваності може складати до 500 випадків на 100 тис. населення.[2] Захворюваність має яскраво виражену сезонність. Перший та основний підйом захворювань в області припадає на квітень – липень (пік у червні), коли реєструється 67,4% всіх випадків хвороби Лайма, другий підйом у жовтні – 6,9% випадків захворювання. Характерним є реєстрація захворювань на протязі всього року, навіть у зимові місяці.[3] Імовірність укусу кліща і таким чином зараження хворобою Лайма найвищі в осіб, які проводять багато часу на відкритому повітрі. Більшість випадків ранньої хвороби Лайма відмічають з травня по листопад — період найвищої активності іксодових кліщів. Інкубаційний період становить 1–30 днів. Існують такі клінічні варіанти перебігу хвороби Лайма: рання локалізована, рання дисемінована та пізня хронічна стадії.

Рання локалізована стадія виникає через 1–30 днів після укусу кліща та характеризується типовим ураженням шкіри у вигляді ізольованої мігруючої еритеми у місці інюкуляції збудника. У близько $\frac{1}{3}$ випадків еритема не розвивається, що значно ускладнює своєчасну діагностику та лікування. Без лікування мігруюча еритема зберігається близько 2–3 тиж. У $\frac{1}{3}$ осіб захворювання самостійно завершується на цьому етапі, а у $\frac{2}{3}$ переходить на наступний — у ранню дисеміновану стадію.

Рання дисемінована стадія виникає через 3–10 тиж після укусу кліща, триває кілька тижнів та є результатом гематогенного розповсюдження збудника. Характеризується розвитком шкірних (доброякісна лімфоцитома, множинні мігруючі еритеми), неврологічних (запаморочення, краніальні невропатії, зокрема параліч Белла, менінгізм, менінгіт), кістково-м'язових (мігруючі артралгії, міалгії), серцево-судинних (атріовентрикулярні блокади) проявів, а також ураженням очей (кон'юнктивіт, кератит, ірит). У ранній дисемінованій стадії хворі відзначають появу лихоманки та нездужання. Таким чином, рання дисемінована стадія хвороби Лайма характеризується полісистемністю уражень з тенденцією до самостійного зникнення клінічних проявів.

Пізня, або хронічна, хвороба Лайма виникає через місяці або й роки після зараження, характеризується неврологічними та ревматологічними проявами з переважним ураженням однієї системи. Клінічні прояви хронічної хвороби Лайма зумовлені розвитком аутоімунних реакцій, а не гематогенного поширення збудника. Більшість пацієнтів із хронічною хворобою Лайма не мали мігруючої еритеми в анамнезі, тож не були вчасно обстежені та не отримували специфічного лікування.

За наявності класичної мігруючої еритеми лікування повинне бути розпочате негайно, проведення специфічної діагностики не є необхідним. У інших випадках Центри з контролю та профілактики захворювань в США рекомендують проведення двоетапної діагностики, яка включає:

- перший етап: визначення титрів IgG і IgM методом імунофлуоресцентного аналізу (ІФА). У разі наявності IgM та відсутності IgG необхідно повторити ІФА через 2 тиж. Якщо при повторному тестуванні IgG не визначатимуться, результат тесту необхідно оцінити як хибнонегативний;
- другий етап: підтвердження діагнозу методом вестерн-блот.

Рання локалізована стадія. Для лікування дорослих та дітей віком >8 років рекомендується застосування доксицикліну, амоксициліну або цефуроксиму аксетилу (антибіотики першої лінії). Антибіотики, рекомендовані для застосування у дітей <8 років, включають амоксицилін і цефуроксиму аксетил.

Рекомендована тривалість лікування становить 14 днів (діапазон: 10–21 день для доксицикліну і 14–21 день для амоксицикліну та цефуроксиму аксетилу). Зменшення вираженості мігруючої еритеми відзначається вже через кілька днів від початку лікування.

Рання дисемінована стадія. У разі відсутності специфічних неврологічних проявів та атріовентрикулярної блокади III ступеня лікування таке саме, як і при ранній локальованій стадії. При наявності неврологічних уражень ефективне застосування парентерального курсу бензилпеніциліну, цефтріаксону або цефотаксиму протягом 2 тиж. Пероральний прийом доксицикліну у подвійній дозі (200 мг 2 рази на добу) є таким самим ефективним, як і внутрішньовенне введення цефалоспоринів та пеніцилінів у пацієнтів з Лайм-асоційованим менінгітом, паралічем лицевого нерва та радикулітом. У пацієнтів з менінгітом та радикулопатією антибіотиком вибору є цефтріаксон, альтернативні препарати — цефотаксим, бензилпеніцилін. Редукція неврологічної симптоматики відбувається протягом 6 міс від початку лікування. Кон'юнктивіт і фотофобія, асоційовані з Лайм-бореліозом, не потребують специфічної терапії. При розвитку кератиту/епісклериту рекомендується застосування місцевих кортикостероїдів: короткого курсу преднізолону ацетату 1% або флуорометолону 0,1%.

Пізня хронічна хвороба Лайма. У хворих з артритом за відсутності неврологічних уражень рекомендоване застосування 28-денного курсу антибіотиків: доксицикліну, амоксицикліну або цефуроксиму аксетилу. Якщо після першого курсу антибіотикотерапії залишається легкий набряк суглобів, рекомендується проведення повторного 4-тижневого курсу антибіотикотерапії. У випадку, якщо пероральне застосування антибіотиків не призводить до зменшення клінічних проявів артриту, рекомендується застосування цефтріаксону внутрішньовенно протягом 2–4 тиж. У разі персистуючого артриту, коли внутрішньовенне введення цефтріаксону є неефективним, рекомендується проведення визначення ДНК *B. burgdorferi* методом ПЛР у синовіальній рідині. Пацієнти, які продовжують відмічати значний біль або

обмеження функції суглобів після 3–6 міс симптоматичної терапії, повинні бути проконсультовані щодо необхідності проведення артроскопічної синовектомії. У пацієнтів з неврологічними розладами, асоційованими з пізнім Лайм-бореліозом, зокрема енцефалітом/енцефалопатією, рекомендується внутрішньовенне застосування антибіотиків протягом 28 днів (антибіотик вибору — цефтріаксон). Реакція на лікування зазвичай повільна. Якщо застосування антибіотиків не призводить до видимого покращення неврологічної симптоматики, проведення повторного курсу не рекомендоване. Лікування хворих із хронічним атрофічним акродерматитом полягає у застосуванні 1-місячного курсу антибіотиків (шлях введення — пероральний): доксицикліну або бета-лактамів.

В осіб, які проживають на ендемічних щодо хвороби Лайма територіях, швидке видалення кліща сприяє зниженню ризику розвитку захворювання. Американське товариство фахівців з інфекційних хвороб в якості антибіотикопрфілактики хвороби Лайма рекомендує однократний прийом доксицикліну у дозі 200 мг (діти старше 8 років — 4 мг/кг, до 200 мг). Рутинна антибіотикопрфілактика хвороби Лайма не рекомендується.[1]

Література:

1. Хвороба Лайма: клінічна картина, діагностика та лікування [Електронний ресурс]. – 2019. – Режим доступу до ресурсу: <https://www.umj.com.ua/article/158253/hvoroba-lajma-klinichna-kartina-diagnostika-ta-likuvannya>.

2. Хвороба Лайма: причини та симптоми захворювання [Електронний ресурс]. – 2013. – Режим доступу до ресурсу: http://www.oblises.zp.ua/comment.php?n_id=672.

3. Лаймська хвороба як актуальна інтегрована проблема сучасної внутрішньої медицини [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/3014>.

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕЙКОПЕНИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Бондарь В.Г.,*д.мед.н., профессор, заведующий
кафедрой медицинской онкологии и радиологии¹,***Мостовой Э.И., Саенко В.И.,****Калинина Е.В., Маргаринт Т.В.,***ассистенты кафедры
медицинской онкологии и радиологии¹,***Ковалёва Е.Г.,***врач интерн¹**¹Донецкий Национальный медицинский университет
м. Мариуполь, Украина*

История вопроса: Одним из методов лечения рака молочной железы является химиотерапия. [4]. При выборе схемы химиотерапии этой локализации наиболее часто используются препараты антрациклинового и таксанового ряда, применяемые как в адьювантном, так и в неoadьювантном режиме. В ряде случаев, лечение осложняется лейкопенией [5]. Частота развития лейкопении зависит от многих факторов: общее состояние пациента, наличие сопутствующей патологии, возраст пациента, количество проведенных курсов химиотерапии, распространенность опухолевого процесса [1, 3]. В онкологической практике для купирования и профилактики лейкопении используют препараты – колониестимулирующие факторы (Филграстим) [2].

Цель работы: определить эффективность проводимой коррекции лейкопении после различных схем химиотерапии у больных раком молочной железы.

Материалами и методами послужили данные о 211 пациентов, которые были пролечены в онкологическом диспансере г. Мариуполя за период 6 мес с января 2019 г по июнь 2019 включительно. Характеристика больных представлена в табл. 1. Из них у 26 (12,3±2,3%) пациентов отмечена лейкопения различной степени выраженности: 1 степень – 2 пациента, 2 степень – 14 пациента, 3 степень – 7 пациентов, 4 степень – 3 пациента. При этом лейкопении у пациентов,

получивших химиотерапию в адьювантном режиме были у 8 (30,8±9,1%) пациентов, в неоадьювантном режиме - у 5 (19,2±7,7%) пациентов, в паллиативном режиме - у 13 (50,0±9,8%) пациентов. В зависимости от проведенной схемы химиотерапии отмечена такая тенденция: при схеме AC (доце-таксел + циклофосфамид) – лейкопения 1 степени возникла у 2 пациентов (в адьювантном режиме), 2 степени у 8 пациентов, среди них у 2 в АПХТ, у 2 в НПХТ, у 4 при проведении паллиативных курсов ПХТ. Фебрильная нейтропения среди 26 пациентов не встречалась.

При проведении лечения по схеме CMF (циклофосфамид + метотрексат + флуороурацил) лейкопении 1 степени не наблюдались, 2 степень была выявлена у 2 пациентов (1 пациент - адьювантный режим и 1 пациент- неоадьювантный режим), 3 степень лейкопении возникла у одного пациента в паллиативном режиме, 4 степень лейкопении возникла у одного пациента в неоадьювантном режиме (табл. 2-5).

При проведении курса химиотерапии по схеме FAC (циклофосфамид + флуороурацил+ доксорубин) падение лейкоцитов было отмечено у 2 пациентов 2 степени в адьювантном режиме введения, у одного пациента с 3 степенью лейкопении в паллиативном режиме, 4 степени лейкопении за этот период наблюдения не возникало.

При проведении схемы химиотерапии по схеме PD (паклитаксел + доксорубин) был зарегистрирован 1 случай лейкопении 1 степени тяжести в адьювантном режиме; 3 степень лейкопении возникла у 2 пациентов, при этом у одного пациента в адьювантном режиме, у второго при паллиативном курсе ПХТ, лейкопения 4 степени тяжести была отмечена у одного пациента при паллиативном режиме.

Таблица 1.

Характеристика больных с лейкопенией

Параметры	Абс. (n=26)	%
Возраст	58,28±3.6	
Локализация опухоли:		
слева	10	38,5±9,5
справа	13	50,0±9,8
двустороннее	3	11,5±6,3

поражение		
Стадия заболевания:		
I	7	26,9±8,7
IIA	4	15,4±7,1
IIB	5	19,2±7,7
IIIA	3	11,5±6,3
IIIB	2	7,7±5,2
IV	5	19,2±7,7
Режимы химиотерапии:		
Неoadьювантная ХТ	5	19,2±7,7
Адьювантная ХТ	8	30,8±9,1
Паллиативная ХТ	13	50,0±9,8
Схемы ХТ		
CMF	4	15,4±7,1
AC	10	38,5±9,5
FAC	3	11,5±6,3
PD	4	15,4±7,1
D	4	15,4±7,1
Цисплатин + гекамптин	1	3,9±3,8

При проведении химиотерапии по схеме D (доцетаксел в монорежиме) была отмечена лейкопения у 4 пациентов из них : со второй степенью лейкопении – был один пациент, у 2х пациентов возникла лейкопения 3 степени тяжести, и у 1 пациента – 4 степени тяжести. Все случаи лейкопении были выявлены в паллиативном режиме.

Таблица 2

Степень лейкопении при проведении неoadьювантного курса ПХТ

Схема ПХТ	Больных с лейкопенией	1 ст	2 ст	3 ст	4 ст
CMF	2	-	1	-	1
AC	3	-	2	1	-

Таблица 3.

Степень лейкопении при проведении адьювантных курсов ПХТ

Схема ПХТ	Больных с лейкопенией	1 ст	2 ст	3 ст	4 ст
FAC	2	-	2	-	-
PD	2	1	-	1	-
AC	3	1	2	-	-
CMF	1	-	1	-	-

Таблица 4.

Степень лейкопении при проведении паллиативных курсов ПХТ

Схема ПХТ	Больных с лейкопенией	1 ст	2 ст	3 ст	4 ст
АС	4	-	4	-	-
PD	2	-	-	1	1
D	4	-	1	2	1
FAС	1	-	-	1	-
CMF	1	-	-	1	-
Цисплатин + гекамптин	1	-	1	-	-

Для лечения больных лейкопенией применяли препараты кортико-стероидной группы, такие как: Дексаметазон, Солу-медрол (500 мг), иммуностимуляторы такие как: бластомунил (0,6 мг), а также препараты группы колониестимулирующих факторов такие как: Филстим[®] (Биофарма, Украина) 48 МЕ, Зарсио[®] (Сандоз, Австрия) 48 МЕ.

Результаты: В результате лечения из 26 больных лейкопению удалось скорректировать у 20 (76,9%) пациентов из 26 пациентов. У 6 (23,1%) пациентов после проводимого лечения лейкопения сохранялась (табл. 5).

Таблица 5.

Характеристика больных с лейкопенией

Параметры	Абс. (n=26)	Выписаны из стационара без лейкопении	
		Абс	%
Возраст	58,28±3.6	58,47	
Локализация опухоли:			
слева	10	8	30,7
справа	13	11	42,3
двустороннее поражение	3	1	3,8
Стадия заболевания:			
I	7	7	26,9
IIA	4	4	15,38
IIB	5	4	15,38
IIIA	3	2	7,69
IIIB	2	-	-
IV	5	3	11,5

Режимы химиотерапии:			
Неoadьювантная ХТ	5	5	19,2
Адьювантная ХТ	8	4	15,38
Паллиативная ХТ	13	11	42,3
Схемы ХТ			
CMF	4	4	15,38
АС	10	7	26,9
ФАС	3	2	7,69
PD	4	2	7,69
D	4	4	15,38
Цисплатин + гекамптин	1	1	3,8

Выводы:

1. Наиболее часто лейкопения встречалась у пациентов получавших курс химиотерапии по схеме АС.
2. При применении схемы химиотерапии доцетаксела в монорежиме была отмечена лейкопения только при применении в паллиативном режиме.
3. Наиболее часто возникали лейкопении 2 степени тяжести (у 14 пациентов).

Литература:

1. Christen, D ., Brümmendorf ,Т. Н., Panse, J. (2017) Leukopenia - A Diagnostic Guideline for the Clinical Routine. *Dtsch Med Wochenschr.* (23), 1744-1749.
2. Klastersky, J., de Naurois, J., Rolston, K., Rapoport, B., Maschmeyer, G., Aapro M. , Herrstedt, J., on behalf of the ESMO Guidelines Committee (2016) Management of febrile neutropaenia: ESMO Clinical Practice Guidelines *Annals of Oncology*, (27), 111–118.
3. Lam, L., Mumford, J., Keber , B., Flanagan, B. (2019) Hematologic Conditions: Leukopenia. *FP Essent.* (485), 11-16.
4. Markopoulos, C., Hyams, D. M., Gomez, H. L., Harries, M ., Nakamura, S ., Traina, T., Katz, A. (2019) Multigene assays in early breast cancer: Insights from recent phase 3 studies. *Eur J Surg Oncol.* (15). S0748-7983.
5. Zaheed, M., Wilcken, N., Willson , M. L., O'Connell, D.L., Goodwin, A. (2019) Sequencing of anthracyclines and taxanes in neoadjuvant and adjuvant therapy for early breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* (18), CD012873.

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ
МЕДУЛОБЛАСТОМ МОЗОЧКУ У ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП

Вербова Л.М.,

*д.мед.н., професор, завідувач
відділом нейрохірургії дитячого віку
ДУ «Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П.Ромоданова НАМН України»*

Марущенко Л.Л., Проценко І.П.,

*к.мед.н., лікарі-нейрохірурги
відділу нейрохірургії дитячого віку
ДУ «Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П.Ромоданова НАМН України»*

Моргун В.В.,

*к.мед.н., лікар-онколог відділення загальної хірургії із
нейрохірургічними та онкологічними ліжками Запорізької
обласної клінічної дитячої лікарні.*

Гавриш Р.В.,

*к.мед.н., завідувач відділення реанімації та інтенсивної
терапії № 3 ДУ «Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П.Ромоданова НАМН України»*

Марущенко М.О.,

*к.мед.н., доцент кафедри нейрохірургії
НМУ ім. О.О.Богомольця*

Мета дослідження аналіз результатів комбінованого лікування медулобластом мозочку (МБМ) у дітей різних вікових груп.

Матеріал і методи. Дослідження ґрунтується на ретроспективному аналізі результатів комбінованого лікування 297 дітей із МБМ, які були прооперовані у відділенні нейрохірургії дитячого віку Державної установи «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України» у 1991-2016 рр. Критерієм включення до дослідження був вік пацієнтів від 0 до 18 років, гістологічна верифікація пухлини – МБМ (код за МКХ-10 С71.6) [1, с. 808]. Хворі були розподілені на 4 групи: до I групи увійшли діти від 0 до 3 років

(n=33), до II групи пацієнти від 3 до 7 років (n=97), до III групи – від 7 до 12 років (n=114), до IV групи – пацієнти від 12 до 18 років (n=53).

Функціональний стан дітей із МБМ у до- та післяопераційному періодах оцінювався із застосуванням шкал якості життя для онкологічних хворих старше 16-ти років за Шкалою Карновського (Karnofsky D.A., 1948) [2, с. 639] та молодше 16-ти років за Шкалою Ланського (Lansky S.B., 1987) [3, с. 1653]. Так, у доопераційному періоді індекс Карновського/Ланського – КРІ/ЛРІ (Karnofsky Performance Index/Lansky Performance Index) згідно Шкали Карновського/Ланського у 48% випадків оцінено як 60-70 балів, у 45% спостережень як 50-60 балів, у 6% випадків – 30-40 балів і в 1% випадків ближче до 20 балів. При оцінці неврологічного статусу на момент госпіталізації у 265(89,2%) дітей були виявлені виражені симптоми внутрішньочерепної гіпертензії. У комплексі передопераційного обстеження КТ головного і спинного мозку без та з контрастним підсиленням проводилася у 157(52,8%) пацієнтів. МРТ головного та спинного мозку без та з контрастним підсиленням - у 192(64,6%). Найбільш часто МБМ розташовувалися у черв'яку мозочку і поширювалися у IV шлуночок - 247(83,2%) пацієнтів, у черв'яку і переважно в гемісфері мозочка – у 34 (11,5%). У 16(5,4%) спостереженнях місцем вихідного росту була тканина гемісфери мозочку із поширенням у 4-х випадках у мосто-мозочковий кут (ММК). Розміри пухлини до 3 см діагностовані у 52 (16,9%) пацієнтів, 3-5 см - у 226 (76,3%) дітей, понад 5 см - у 19 (6,8%). Солідні пухлини були виявлені у абсолютної більшості дітей 288 (96,8%), кістозні у 9 (3,2%). М1-М3 метастазування МБМ за Chang (2002) на момент первинного звернення (до операції) виявлено в 11,8% випадків.

Тотальне видалення пухлини (по перифокальній зоні росту) проведено у 104 (35%) випадках, субтотальне у 157 (52,8%), часткове видалення пухлини у 33 (11,1%) і біопсія пухлини виконана у 3 (1,1%). Упродовж 30 днів після видалення пухлини помер 31(10,4%) пацієнт.

Катамнез від 1 до 120 міс. простежено у 266 (89,5%) спостереженнях (M=30±8 міс.).

Результати та їх обговорення.

Аналіз клінічного перебігу МБМ у дітей виявив, при серединній локалізації пухлини у черв'яку мозочку із проростанням у порожнину IV-го шлуночка, що було виявлено у 247(83,2%) хворих усіх вікових груп, симптоми внутрішньочерепної гіпертензії визначалися раніше, ніж при переважно латеральному розташуванні пухлини (черв'яку та гемісфері мозочка), що спостерігалось у 34(11,6%) пацієнтів. Тривалість анамнезу у 212 (71,3%) пацієнтів із серединною локалізацією пухлини не перевищувала 3-х місяців.

У дітей старше 3-х років спостерігалось більш часте залучення у пухлинний процес стовбурових структур головного мозку у порівнянні з дітьми молодше 3-х років – 28,8% та 12,1% відповідно. У 16(5,4%) хворих переважно старше 3-х років із МБМ, розташованими у латеральних відділах ЗЧЯ (гемісфері мозочка, з та без поширення у мосто-мозочковий кут) статокординаторні розлади передували розвитку гіпертензійного синдрому, анамнез захворювання складав до 3 місяців і більше. Післяопераційні ускладнення виникли у 49(16,5%) дітей.

Із 266 хворих, у яких простежено катамнез променевої терапії (ПТ) отримав 191(64,3%) пацієнт. Поліхіміотерапія (ПХТ) була проведена у 128 (43,1%) хворого, при цьому об'єм базової, підтримуючої, високодозової ПХТ залежав від віку та групи ризику дітей із МБМ.

Катамнез до 1-го року простежено у 231(86,8%) хворих, 1-3 роки - у 168(63,1%), 3-5 років – у 38(14,3%) і понад 5 років у 25(10%) пацієнтів. Дані дослідження виявили вплив на показники загального та безрецидивного виживання об'єму ад'ювантного лікування у різних вікових групах. Так, проведення лише хірургічного видалення МБМ, що відзначалося у 47 (15,8%) хворих переважно у I періоді спостережень медіана безрецидивного виживання (МБВ) склала 24 міс. лише у дітей 12-18 років, тоді як у більш молодших вікових групах не перевищувала 12 міс. Доповнення хоча б однією складовою ад'ювантного лікування підвищувало МБВ до 24 міс., а повне дотримання протоколу комбінованого лікування підвищувало МБМ до 36 міс, а медіану

загального виживання (МЗВ) до 36-38 міс. в залежності від віку дитини, що корелює із даними літератури [4, с. 43; 5, с. 405].

Вплив на показники МБВ гістологічного варіанту пухлини найбільш чітко прослідковувався у групах 0-3 та 3-7 років, де при «класичному» та великолітинному/анапластичному гістологічних варіантах МБВ не перевищувала 12 міс, а при десмопластичному/нодулярному складала 24 міс. у дітей 0-3 років та 38 міс. у дітей 3-7 років. У більш старших групах, де можливості проведення ад'ювантної терапії вище, суттєвого МБВ при великолітинній/анапластичній і «класичній» МБМ складала 24 міс., а при десмопластичній/нодулярній 36 міс. У дітей 3-7 років відзначено найбільш помітний вплив наявності метастазів у операційному та післяопераційному періодах тривалість і якість життя пацієнтів. За умов наявності метастазів на усіх етапах спостереження МБВ скорочувалася до 14 міс, тоді як у більш старшому віці даний чинник суттєво не впливав на МБВ, яка складала 24 міс.

При аналізі результатів комбінованого лікування дітей із МБМ різного віку у різні періоди спостережень виявлено, що діти 0-3 років обох періодів спостереження та діти 3-7 років I- періоду мали найгіршу МБВ: при частковому видаленні пухлини – 12 міс., а при субтотальному і тотальному – 24 міс.

Найвище 5-річне виживання спостерігалось у пацієнтів 12-18 років до 38% за умов повного виконання протоколів комбінованого лікування, тоді у дітей 7-11 років воно не перевищувало 22%, у дітей 3-7 років – 11%, а у пацієнтів молодшого віку 5-річний рубіж подолали 2 дитини, у яких хірургічне видалення пухлини було доповнене ПТ.

Висновки: Таким чином, аналіз віддалених результатів комбінованого лікування МБМ у дітей різних вікових груп виявив, що на віддалені результати лікування хворих можуть впливати радикальність хірургічного лікування, наявність метастазів, гістологічний тип пухлини, об'єм подальшої ад'ювантної терапії та вік хворих. Однак ступінь впливу на показники виживання кожного із цих чинників у різних вікових групах суттєво відрізняється. У дітей перших 3-х років, враховуючи особливості локалізації, переважання «класичного» та

великолітинного/анапластичного гістологічного варіантів пухлини, виявлено вищий ризик післяопераційних ускладнень та меншу ефективність та можливості у проведенні ад'ювантної терапії – МБВ у цій віковій групі не перевищує 18-24 міс, тоді як у дітей старше 3-х років 36 міс. І вище. Початковий гарний функціональний стан сприяє більш високому ІК/ІЛ у віддаленому післяопераційному періоді та відповідно забезпечує збільшення тривалості безрецидивного періоду, загальної тривалості життя та підвищення якості життя хворих.

Література:

1. Louis DN, Perry A, Reifenberger G, von Deimling A, Figarella-Branger D, Cavenee WK, et al. The 2016 WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System: a summary. *Acta Neuropathol.* 2016; 131(6):803-20. doi 10.1007/s00401-016-1545-1. PMID: 27157931.

2. Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LF, Burchenal JH. The Use of the Nitrogen Mustards in the Palliative Treatment of Carcinoma. With Particular Reference to Bronchogenic Carcinoma. *Cancer.* 1948; 1(4):634-56. doi: 10.1002/1097-0142(194811)1:4<634::aid-cncr2820010410>3.0.co;2-

3. Lansky SB, List MA, Lansky LL, Ritter-Sterr C, Miller DR. The measurement of performance in childhood cancer patients. *Cancer.* 1987; 60 (7): 1651–6. doi:10.1002/1097-0142(19871001)60:7<1651:AID-CNCR 2820600738>3.0.CO;2-J.

4. Coluccia D., Figueredo C., Isik S. et al. Medulloblastoma: Tumor biology and relevance to treatment and prognosis paradigm. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2016 May; 16(5): 43. doi:10.1007/s11910-016-0644-7.

5. Rutka JT. Malignant Brain Tumours in Children: Present and Future Perspectives. *J Korean Neurosurg Soc.* 2018 May;61(3):402–6. doi:10.3340/jkns.2018.0044. PMID:29742885

РИНОК СПА-РЕАБІЛІТАЦІЇ: СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ (НА ПРИКЛАДІ ЛЬВОВА)

*Кремзеров В.С.,
студент факультету
фізична терапія та ерготерапія
Львівський державний університет
фізичної культури ім. Івана Боберського
м. Львів, Україна*

Актуальність. Ринок SPA послуг у світі перебуває на стадії розвитку. Зростання щоденного навантаження на здоров'я приводить у SPA-заклади тисячі клієнтів у всьому світі. Дослідження Міжнародної Асоціації SPA (ISPA) в США за 2010 р. підтверджують позитивні довгострокові тенденції збільшення прибутковості та загальної кількості відвідувачів. У дослідженнях, що проводилися під керівництвом Pricewaterhouse Coopers (PwC), було встановлено, що загальний прибуток в SPA-індустрії в США на початку 2011р. становив 12,8 млрд дол, а кількість закладів, що надає спа-послуги на початку 2010р. становила 20600 (SPA Business, 2010, 2011). Слід зазначити, що в Україні також зростає кількість людей, які хочуть підтримувати гарну фізичну форму та мають потребу у відновлювальних програмах. Це і призвело до трансформації спа-закладів, зміни характеру попиту на лікувально-оздоровчі та реабілітаційні послуги [4].

Спа-послуги впливають через шкірний покрив, активізують процеси обміну речовин в організмі, покращують кровообіг, лімфообіг, виводять токсини і шлаки, зміцнюють імунну систему та нормалізують діяльність нервової системи. Таким чином відбувається відновлення організму та покращення загального самопочуття [14].

Застосування спа-послуг має не лише лікувальну дію, а й оздоровчу та відновлювальну. Актуальним постає питання щодо розширення послуг SPA згідно сучасних світових тенденцій.

Вбачаємо необхідність в аналізі сучасного стану ринку спа-реабілітації в

Україні, що є недостатньо висвітлено у науковій літературі.

Мета дослідження: обґрунтувати перспективи розвитку спа-реабілітації в Україні.

Завдання:

- вивчити генезу спа-реабілітації в Україні та світі;
- дослідити асортимент ринку послуг спа-реабілітації у Львові;
- оцінити якість надання послуг спа-реабілітації у Львові.

Об'єкт дослідження: спа-реабілітація.

Предмет дослідження: ринок послуг спа-реабілітації у Львові.

Методи дослідження:

- Аналіз, узагальнення та систематизація даних наукової та методичної літератури, мережі інтернет;
- Метод системного аналізу (аналіз та синтез, абстрагування, індукція);
- Метод опитування (анкетування);
- Методи математичної статистики.

Результати дослідження. Виходячи з того, що СПА процедури базуються на використанні води, можна стверджувати, що на сьогоднішній день вони в Україні надаються у санаторно-курортних установах, оздоровчих і медичних центрах, СПА-центрах, що знаходяться на курортах чи поза ними. Саме сучасні технології оздоровлення, розширення та доповнення існуючої системи відновлювального лікування СПА-програм, які спрямовані на профілактику і формування в населення культури душевного та психічного здоров'я, лежать в основі розвитку концепції охорони здоров'я здорової людини та її реабілітації з метою поправлення свого психічного та фізичного стану[8].

СПА-реабілітаційні послуги в Україні проводяться здебільшого в салонах краси, оздоровчих та медичних центрах, центрах фізичної реабілітації. В Україні існує такий практичний поділ СПА:

1. СПА у лікувально-оздоровчій місцевості передмістя;
2. кабінет СПА;
3. СПА-курорт,

4. міське СПА,
5. медичне СПА[3].

Щодо Спа-послуг, то в Україні разом із застосуванням готових оздоровчих СПА-засобів широко популярні такі СПА-напрямки як таласотерапія, бальнеотерапія, стоунтерапія, галотерапія, винотерапія, аромотерапія, апітерапія, фанготерапія. [1].

Клубні Спа-центри, Спа-готелі, Спа-салони. Осередком розбудови геопросторової мережі СПА-центрів клубного типу у західному регіоні країни є місто Львів. У Львові впродовж кількох останніх років активно розбудовується інфраструктура клубних СПА-центрів. Першим серед них став СПА-центр “Софія” у складі “Гранд-Готелю”, однак дедалі гострішу конкуренцію йому складають нові центри здоров’я і краси “Sharel - day SPA”, “Vipart”, “Аквамарин”, “Ріо”, “Бель Палаццо”[2]. Ці заклади пропонують серед послуг різного роду масажі, басейни, сауни, з певним терапевтичним спрямуванням, послуги косметолога, методи стоунтерапії. Ціни коливаються в залежності від пакетованих комплексів та абонементних квитків[6,9].

Що ж до цін у місті Львові на послуги СПА-реабілітації, то подекуди вони ще є вищими, наприклад ніж в містах-курортах таких як Трускавець та Моршин. [5,7].

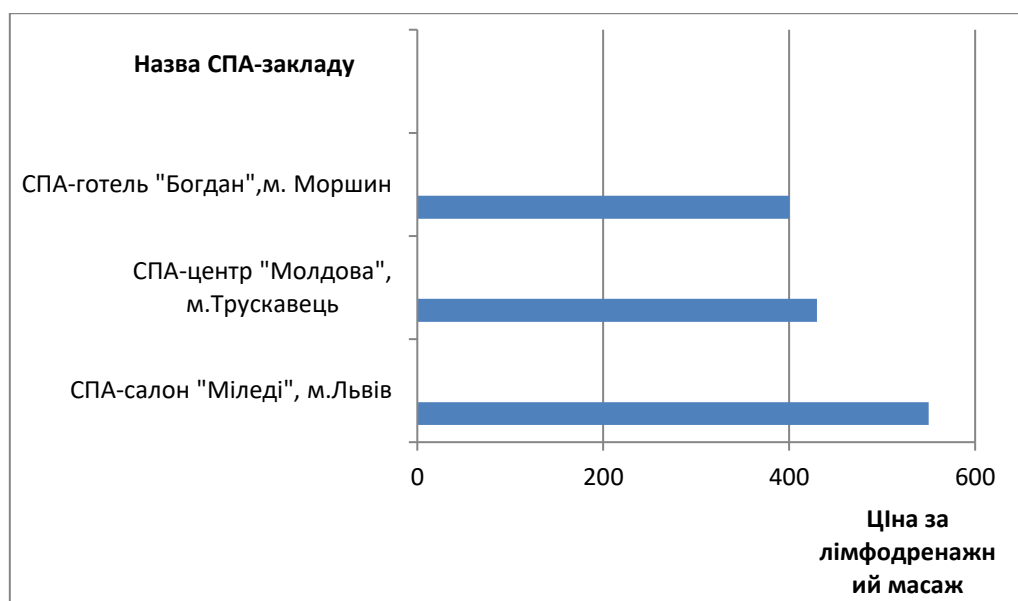


Рисунок 2. 1. Діаграма цінового діапазону на лімфодренажний масаж в СПА-закладах по різних регіонах Львова та Львівської області.

Центри фізичної, психічної, соціальної, медичної реабілітації. Цих центрів у Львові дуже багато, вони покращують, стабілизують та піднімають рівень фізичного, морального, психічного, соціального здоров'я людей, які цього потребують. Сюди належать такі установи як: «Твоє здоров'я», «Motus», «Relife», медичний центр «Norimed», «Академія Грація», «Генезис», які лікують хвороби опорно-рухового апарату, здійснюють корекцію постави, надають соціально-психологічну допомогу[4,9].

Окремий напрямок СПА-реабілітації становлять **медичні клініки**, найпопулярнішою з яких є клініка «Genesis», яка поєднує спектр медичних та «бьюті-процедур», а саме тут пропонують фізіотерапевтичні, косметичні, лікувальні процедури, релакс та детокс-програми, послуги перукарів, стилістів та вісажистів, комплекси для корекції фігури[13].

З представників медичного СПА для дітей у Львові функціонує Дитячий Кардіоревматологічний санаторій, який здійснює медикаментозну терапію серцево-судинних та ревматологічних порушень, патологій та захворювань опорно-рухової та лор-системи, різні фізіотерапевтичні процедури, оздоровлює дітей віком від 5 до 18 років.[10].

Також з представників медичного СПА у Львові є медичний центр «Озонові технології», який використовує в своїй роботі напрямок –озонотерапію, яка чинить позитивний омолоджуючий вплив. Тут пропонують свої послуги озонотерапевт, який здійснює різні медичні маніпуляції з використанням озону для покращення самопочуття та оптимізації фізіолого-біохімічних процесів на клітинному рівні, особливу увагу приковує без апаратний озоновий плазмафорез. Також тут використовують ентероозон, який застосовують для пиття, масажів, масок для обличчя. Широкий спектр засобів та методів цей медцентр надає у плані косметології, а зокрема з нетрадиційних озонотерапію у лікуванні вугрової хвороби, куперозу, старіння шкіри, рубців та випадіння волосся[11].

Висновок: Проаналізувавши, асортимент ринку СПА-послуг м. Львова, ми можемо сказати, що саме структура цього суб'єкту є достатньо-розвиненою та представлена кількома напрямками послуг СПА-реабілітації. А саме

медичного СПА, відпочинкового СПА, релаксуючого СПА. Звичайно що ж передусім ми маємо розуміти, що рівень медичного СПА у Львові є достатньо високим, в плані якості наданих послуг, стабільно-помірним згідно показника цінового діапазону. Тут широко представлені медичні центри з чіткою конкретною позицією лікування та оздоровлення певної проблематики. Центри фізичної реабілітації та СПА в основному, як ми встигли помітити, це центри, які займаються корекцією постави, проблемами опору-рухового апарату, лікують та виправляють певні порушення та патології як фізичного, так психічного та соціального характеру. І взагалі, Львів можна назвати осередком Західної України з надання послуг медичної СПА-реабілітації пацієнтам, які цього потребують, адже згідно статистичних даних 70% послуг медичної СПА-реабілітації надається саме у Львові [за даними сайту державної групи статистики України][12].

Література:

1. Герасименко В.Г. Основи туристського бізнесу: навч. посіб. / В.Г. Герасименко. – Одеса: Чорномор'я, 1997. – 160 с.
2. Кравчук І.В. Організаційно-економічний механізм управління розвитком сфери туристичних послуг: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук: спец. 08.00.03 «Економіка та управління національним господарством» / І.В. Кравчук. – Львів, 2011. – 22 с.
3. Любіцева О.О. Ринок туристичних послуг (геопросторові аспекти). – 3-є вид., перроб. та доп. / О.О. Любіцева. – К.: «Альтерпрес», 2005. – 436 с.
4. Михайло Рутинський. Інновації на ринку рекреаційних закладів: поява і розвиток СПАкурортів//Географія і туризм: європейський досвід. – Матеріали III міжнародної наукової конференції. – Львів: жовтень, 2009. – С. 150 – 153 22.
5. Окландер М.А. Проблеми формування маркетингової системи країни / М.А. Окландер. – К.: «Наукова думка», 2002. – 167 с.
6. Пендерецький О. В. Територіальна організація промислового туризму Карпатського суспільно-географічного району та основні напрямки її

вдосконалення / О. В. Пендерецький // Актуальные проблемы современной науки. К. :- 2011. – № 3. – С. 59.

7. Рутинський. Spa-курорт як інноваційний тип рекреаційних закладів і суспільно-географічні тенденції розбудови мережі spa-курортів у Західному регіоні України // http://www.nbu.gov.ua/portal/natural/vlnu/Mv/2008_24/45.pdf

8. Руденко. В. П. Географія природно-ресурсного потенціалу України. У трьох частинах: Підручник. – К.: ВД «К. – М. Академія» - Чернівці: Зелена Буковина, 1999.– с. 568.

9. Рутинський. М. Класифікація та типологія курортів// Вісник Львів. ун-ту. Серія географічна. -2007. – Випуск №34. С.236-246.

10. Санаторно-курортне лікування, організований відпочинок та туризм в Україні у 2009/10 році: Статистичний бюлетень. – Київ: Державний комітет статистики України, 2011. – с. 25.

11. Санаторно-курортне лікування, організований відпочинок та туризм в автономній республіці Крим у 2009/10 році: Статистичний збірник /За редакцією Н.О. Полонської. – Сімферополь: Головне управління статистики в Автономній Республіці Крим, 2010. – 156 с.

12. Сайт державної служби статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>.

13. Сайт готелів та санаторіїв України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://uahotels.inf>

14. СПА-журнал. [Інтернет]. 2017. [цитовано липень 2019] . Доступно на: <http://www.spa-journal.ru>.

ОЦІНКА АДАПТАЦІЙНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ СТУДЕНТІВ ВИЩОГО
НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

Мазена Є.Ю.

студент

Донецький національний

медичний університет (Лиман)

Медичний факультет № 3 (Маріуполь)

Актуальність. Від успішності адаптації студента до освітнього середовища вищого навчального закладу багато в чому залежать подальша професійна кар'єра і особистісний розвиток майбутнього фахівця. Якщо процес адаптації не відбувається вчасно, то розвиток незадоволеності навчанням у ВНЗ і порушень психічних функцій відбувається за принципом посилення зворотного зв'язку: чим більше накопичується порушень, тим більше вони посилюють процес подальшої дезадаптації. Починаються порушення з боку здоров'я.[1]

Метою дослідження є вивчення ефективності процесу адаптації студентів 1-х курсів вітчизняних та іноземних груп, 2-го курсу (МС) Донецького національного медичного університету.

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження є особливості соціально-психологічної адаптації студентів-медиків. З метою вивчення ефективності адаптаційних можливостей було проведено анкетування, інтерв'ювання студентів. Для оцінки адаптаційного потенціалу студентів використовували: опитувальник «Самопочуття, активність, настрої (САН)», методика діагностики соціальної та психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда [2]. Дослідження проводилось протягом другого семестру 2017-2018 навчального року.

Результати. Дослідженням було охоплено 100 респондентів 63% респондентів складають студенти малих міст, сел, селищ, які проживають окремо від батьків, в гуртожитку. Більш 67% студентів вказують, що це суттєво впливає на їх адаптацію в університеті. Близько 57% студентів вважають стан свого здоров'я добрим. Негативну оцінку свого здоров'я визначають до 5% вітчизняних

студентів, до 3% іноземних. Багато проблем виникає у респондентів в організації сну. Достатню тривалість сну (8 і більше годин) мають тільки 17,9%. Кожен четвертий (25,3%) витрачає на сон менше 5 годин. При цьому до 41% респондентів не мають чіткого режиму сну, засинають насилу. Важлива складова адаптації особистості «прийняття інших» була на високому рівні у 32% першокурсників, на низькому - у 2% респондентів, у 66% студентів знаходиться в межах норми. У 48% досліджуваних середній рівень показника «самосприйняття», у 46%- низький та тільки у 6% високий. Адаптаційні складові особистості, характеризуючи рівень «емоційного комфорту», на середньому рівні у 76% першокурсників, у 20%-високі та у 4%- низькі значення. У 62% студентів середній рівень «емоційного дискомфорту», у 30%- низький та у 8%- високий рівень. На підставі результатів проведених досліджень соціально-психологічної адаптації у 44%-середній рівень адаптивності, у 56%-високий рівень адаптивності.

Висновки. Аналіз результатів показав, що найтяжче адаптувалися іноземні студенти, а найлегше студенти 2 курсу (МС). Психоемоційний стан в цілому можна розцінювати як позитивний. Успішний початок може допомогти студенту в його подальшому навчанні, позитивно вплинути на процес побудови відносин, привернути до нього увагу організаторів наукових студентських товариств і лідерів різних творчих колективів і об'єднань студентів, активістів факультетського та вузівського суспільного життя[3-4].

Література:

1. Андреева Д.А. О понятии адаптации. Исследование адаптации студентов к условиям учебы в вузе. В кн.: Человек и общество. Вып. 13, 197с.
2. Абабков В., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. – СПб.: Речь, 2004. – 166 с.
3. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л.И. Анцыферова // Психол. журн. Т. 15. - 1994. - №1. - с. 318.
4. Вісник Львівського університету. Сер. "Філософські науки". 2003. Вип. – С. 433–442.

РОЛЬ ФОРМУВАННЯ ГУМАНІСТИЧНИХ ЦІННОСТЕЙ У
ПРОФЕСІЙНОМУ ТА ОСОБИСТІСНОМУ СТАНОВЛЕННІ МАЙБУТНІХ
МЕДИКІВ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ

*Нанівська Л.М.,
викладач дисципліни
«Основи загальної та медичної психології»
Самбірський медичний коледж
м. Самбір, Львівська обл., Україна*

Чільне місце у структурі ціннісних орієнтацій посідають гуманістичні цінності, в основі яких є ставлення до людини та продуктів її діяльності. Їх формування є необхідною умовою духовного та професійного становлення будь-якої особистості. Особливо це стосується майбутніх медиків, які за родом своєї діяльності мають демонструвати найвище виявлення людяності, чуйності, терпимості, відповідальності та турботи за іншу людину. «Кожна людина, яка звертається за медичною допомогою, наголошується в Етичному Кодексі медичної сестри України, має право не тільки на своєчасну і висококваліфіковану медичну допомогу, але й на чуйне, уважне відношення до себе медичної сестри, на її доброзичливість, правдивість, чесність, терпіння, безкорисливість, старанність і охайність» [5].

Однак реалії сьогодення життя, ринкові орієнтування, які ґрунтуються на законах попиту і пропозиції, інколи не тільки не сприяють, але й деформують саме поняття гуманістичні цінності. Нерідко, ринкові відносини переносяться на рівень людських етичних ставлень, коли інша людина розглядається як товар. Такі явища породжують надмірний раціоналізм, практицизм, деформують моральні якості особистості. У зв'язку з цим виникає гостра потреба у зосередженні зусиль усіх соціальних інститутів на пропаганді та утвердженні гуманістичних цінностей.

Структура гуманістичних цінностей складна і багаторівнева. Це викликано тим, що вона перебуває у тісному взаємозв'язку з іншими особистісними характеристиками людини. Інтегруючою якістю у гуманістичних цінностях є

любов, яка за твердженням Е.Фромма, знаходить своє вираження у турботі за іншу людину, відповідальності, повазі та знанні [8, с.97]. Компонентами структури гуманістичних цінностей є: пізнавальний, емоційний і поведінковий. Кожен із означених компонентів характеризується відповідними показниками та рівнями сформованості.

Сформованість гуманістичних цінностей найбільш точно можна охарактеризувати, враховуючи обізнаність особистості із ними, їх значущістю у житті людини та суспільства; її емоційно-ціннісним ставленням до гуманістичних цінностей, а також практичним втіленням їх у повсякденній діяльності.

Стан сформованості гуманістичних цінностей можна охарактеризувати трьома рівнями: низьким, середнім і високим. Низький рівень є свідченням того, що особистість знає про них лише на рівні загальних уявлень. Судження носять яскраво виражену меркантильність і диктуються рівнем задоволення егоїстичних потреб. Поведінка обумовлена почуттям самолюбства, має здебільшого егоцентричний характер. Середній рівень характеризується наявністю знань про гуманістичні цінності на рівні сформованих уявлень. Гуманістичні судження пов'язані з бажанням бути хорошими в очах значущих людей. Розвиваються такі гуманістичні почуття, як доброта, чуйність, емпатія, сором, провина, прихильність, відповідальність, обов'язок, турбота тощо. Поведінка продиктована почуттям захоплення значущими оточуючими людьми, їхнім авторитетом, бажанням бути схожими на них, отримати похвалу, почуттям сорому за негідний вчинок. Високий рівень є свідченням того, що знання про гуманістичні цінності переросли в стійкі переконання. На їх основі сформувалось почуття обов'язку перед законами суспільства. Судження, обумовлені гуманістичними нормами суспільства: "Не можу діяти антигуманно, бо це аморально". Домінують почуття чуйності, емпатії, милосердя, любові, совісті тощо. Поведінка стабільна, продиктована особистісними почуттями доброзичливості, чуйності, людяності, гідності, совісті, честі.

Одним із педагогічних шляхів формування у студентів гуманістичних цінностей є навчання. Адже саме тут вони отримують знання про навколишній

світ, про характер взаємостосунків у ньому, опановують способи його пізнання, розвивають різноманітні особистісні ресурси. Позитивний вплив навчання на формування у студентів гуманістичних цінностей обумовлений тим, що воно спрямовується на усунення комунікативних бар'єрів між світом і особистістю. В результаті засвоюються не лише норми і правила поведінки особистості, але й формуються її світогляд, ціннісні орієнтації, характер відносин з оточуючим середовищем, ставлення до людини як найвищої цінності.

У формуванні гуманістичних цінностей особлива увага повинна бути зосереджена на вихованні совісті, яка являє собою усвідомлення людиною власної гармонійності, внутрішніх моральних принципів. Кант ототожнював совість з почуттям обов'язку, а Ніцше бачив її в самоствердженні, у спроможності сказати «так своєму Я». Він вважав совість виявом раціонального оцінювання власних дій, яке ґрунтується на почуттях, а не на думках.

Гуманістичні цінності в основному зорієнтовані на ставлення до іншої людини. Проте, це не означає, що їх формування у студентів повинно обмежуватись вихованням лише любові до інших людей. Значною мірою ефективність цього процесу залежатиме від сформованості в особистості ставлення до самої себе. На жаль, ми не привчаємо (нерідко з етичних міркувань) любити особистість саму себе. Водночас психологи і педагоги вбачають великі проблеми в розвитку особистості саме в тому, що людину не привчають у процесі виховання любити себе, знати себе, прислуховуватися до себе. Зокрема, Е.Фромм стверджує, що любов до себе і до інших не є альтернативною, той, хто може любити себе, зможе любити інших [8].

Доведено, що серед засобів формування гуманістичних цінностей студентів особливу роль відіграють активні форми та методи соціального навчання: просвітницька та індивідуально-консультативна робота; моделювання та аналіз ситуацій професійного спілкування; дискусії, спрямовані на обговорення та корекцію ціннісних орієнтацій та установок студентів; практичні заняття з питань діагностики сформованості гуманістичних якостей особистості; читання і обговорення наукової та науково-популярної літератури з проблем міжособистісного і

ділового спілкування; допомога студентам у складанні та реалізації програм морального самовдосконалення; виконання спеціальних завдань під час проходження практики у медичних закладах; тренінгові заняття у групі.

Встановлено, що формування у студентів гуманістичних цінностей значно активізується, якщо у педагогічному процесі задіяти такий фактор розвитку особистості як самовиховання. Його специфіка як активної духовної діяльності особистості полягає в тому, що воно серед усіх інших факторів значною мірою спирається на індивідуальні особливості людини, її нахили та потреби.

Ефективність педагогічного впливу на формування у студентів гуманістичних цінностей значно зростає, коли виховний процес організовується на принципах самоврядування. За таких умов суттєво активізується взаємодія у системі „студент - студент“, „студент - викладач“, „студент - адміністрація навчального закладу“. Внаслідок такої взаємодії у студентів прискорюється розвиток культури спілкування, уміння не тільки відстоювати власні погляди, а й рахуватися з думкою колег, усувати стихійність у діях, загострюється почуття відповідальності за ті чи інші вчинки, глибше усвідомлюється їхня значущість.

Таким чином, педагогічна модель формування у майбутніх медичних працівників гуманістичних цінностей вміщує у собі психологічні механізми розвитку ціннісно-мотиваційної сфери особистості, педагогічні умови, які, враховуючи впливи цих механізмів і соціального оточення, визначають напрямок та інтенсивність формування гуманістичних якостей студентів, етапи протікання цього процесу, та відповідні їм зміст, форми і методи виховного впливу.

Література:

1. Бех І.Д. Цінності як ядро особистості //Цінності освіти і виховання: Наук.-метод, зб. / За заг. ред. О.В. Сухомлинської. - К., 1997.-С.8- 11.
2. Бех І.Д. Особистісно зорієнтоване виховання: Науково-метод.посібник. - К.: ІЗМН, 1998. - 204 с.
3. Білоусова В.О. Теорія і методика гуманізації відносин таршокласників у позаурочній діяльності загальноосвітньої школи. - К.: ІЗМН, 1997.-192 с.
4. Бойко А.М. Суб'єкт-суб'єктні взаємини як цінності виховання // Цінності

освіти і виховання: Наук.-метод, зб. /За заг. ред. О.В. Сухомлинської. - К., 1997. - С. 12-15.

5. Етичний Кодекс медичної сестри України // Медсестринство України. - К., 1998. - № 1. - С. 29 - 30.

6. Ващенко Г.Г. Виховний ідеал: Підручник для педагогів, вихователів, молоді та батьків. - 3-тє вид. - Полтава, 1994. - Т. 1. - 192 с.

7. Лазарук А. Цінності людини у науково-психологічному осмисленні // Психологія і суспільство - 2003. - № 2. - С. 19-38.

8. Фромм З. Искусство любить / Пер. С англ.; Под ред. Д.А.Леонтьева. - 2-е изд. - СПб.: Азбука, 2002. - 224 с.

УДК 616.33/342-002:616.8

Медичні науки

ПОШИРЕНІСТЬ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ШЛУНКУ ТА 12-ПАЛОЇ КИШКИ У ХВОРИХ В ПІЗНЬОМУ ВІДНОВНОМУ ПЕРІОДІ ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ.

Песін Я.М.

завідувач денним стаціонаром, лікар-гастроентеролог

Песіна Г.А.

завідувач неврологічним відділенням поліклініки

Комунальне некомерційне підприємство

«Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування м.Бахмут»

м. Бахмут, Україна

Вступ. Гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) - це найбільш грізне з цереброваскулярних захворювань, що посідає одне з перших місць за рівнем втрати працездатності, інвалідності та смертності [1]. Як правило, переважна більшість хворих на цю патологію має цілу низку соматичних ускладнень, і одним з доволі значущих ускладнень ГПМК є ерозивні та виразкові ураження шлунку та 12-палої кишки. Патогенез та клінічний перебіг цієї патології широко та всебічно висвітлюється [2,3], і в гострому етапі ГПМК профілактиці ерозій та виразок шлунку та 12-палої кишки і пов'язаних з ними

шлунково-кишкових кровотеч приділяється значна увага. Проте, в пізньому відновному періоді ГПМК, коли хворий лікується амбулаторно, настороженість щодо ерозивно-виразкових уражень різко знижується, а активний їх пошук здійснюється доволі рідко.

Тому **метою дослідження** стало визначення поширеності ерозивно-виразкових уражень шлунку та 12-палої кишки у амбулаторних хворих в пізньому відновному періоді ГПМК.

Матеріали та методи. До участі в дослідженні були залучені 82 пацієнти (жінок - 55, чоловіків - 27), які отримували реабілітаційне лікування після перенесеного ГПМК за ішемічним типом в неврологічному відділенні поліклініки Комунального некомерційного підприємства «Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування м. Бахмут» протягом 2017-2019 рр. Критеріями включення в дослідження були наявність перенесеного ГПМК за ішемічним типом давністю 1-1,5 роки та відсутність хронічної патології шлунку та/або 12-палої кишки в минулому. Середній вік пацієнтів склав $59 \pm 12,4$ роки. Усім хворим проводилося обстеження, що включало збір анамнезу та скарг, відеоезофагогастроуденоскопія, уреазний тест на *H.pylori* та інтрагастральна рН-метрія. Хворі, що увійшли до дослідження, не приймали інгібітори протонної помпи після стаціонарного етапу лікування (щонайменше 1 рік). Отримані результати проходили статистичний та кореляційний аналіз.

Результати дослідження. Перед початком ендоскопічного обстеження 49 хворих не пред'являли скарг з боку ШКТ, у інших 33 при детальному зборі анамнезу була виявлена наявність протягом останнього року диспептичних розладів - важкість у шлунку після їжі, печія, зниження апетиту; періодично відмічався ниючий біль в епігастрії після їжі. Під час ендоскопічного обстеження ерозії шлунку (тіла та антрального відділу) були виявлені у 5 хворих (6,0%), ерозії цибулини 12-палої кишки - у 11 хворих (13,4%). Виразок шлунку не було виявлено у жодного хворого, виразку 12-палої кишки було виявлено у 3 хворих (5%). Поєднання ерозій шлунку та 12-палої кишки спостерігалось у 2 пацієнтів (2%). Загалом, ерозивно-виразкові ураження шлунку та 12-палої кишки були

виявлені у 21 особи з обстежених 82, що склало 25,6%. Тобто, кожен четвертий з обстежених хворих мав ерозивно-виразкову патологію шлунку та/або 12-палої кишки, що не корелювала з наявністю чи відсутністю у хворих скарг з боку ШКТ під час обстеження. Не було виявлено кореляційної залежності виявлених змін слизової шлунку та 12-палої кишки зі статтю, віком, наявністю та вираженістю вогнищевої неврологічної симптоматики (слід зауважити, що ерозивно-виразкова патологія шлунку та 12-палої кишки частіше виявлялася у хворих з помірним та вираженим геміпарезом, ніж у хворих з легким геміпарезом, проте ці відмінності не були статистично достовірні). Більшість хворих з виявленою патологією була інфікована *H.pylori* (85,7% хворих з виявленою ерозивно-виразковою патологією були *H.pylori* - позитивними, 14,3% були *H.pylori* - негативними). Під час проведення інтрагастральної рН-метрії гіперацидність була виявлена у 16 хворих з ерозивно-виразковою патологією шлунку та 12-палої кишки (76,2% з усіх виявлених хворих), у інших 5 з виявленою патологією - мала місце нормальна кислотоутворююча функція шлунку.

Висновки. В результаті проведеного дослідження було виявлено, що ерозивно-виразкові ураження шлунку та 12-палої кишки зустрічаються у 25,6% хворих в пізньому відновному періоді ГПМК та не залежать від статі, віку, наявності чи відсутності у хворих скарг з боку ШКТ під час обстеження, наявності та вираженості вогнищевої неврологічної симптоматики. Більшість хворих в пізньому відновному періоді ГПМК з виявленою ерозивно-виразковою патологією шлунку та 12-палої кишки була інфікована *H.pylori* (85,7%) та мала гіперацидність (76,2%). Всі ці факти можуть бути враховані лікарями-неврологами амбулаторно-поліклінічного прийому під час лікування хворих в пізньому відновному періоді ГПМК, оцінки ризику можливих ерозивно-виразкових уражень шлунку та 12-палої кишки (який не є значно меншим, ніж на стаціонарному етапі лікування ГПМК) та проведення медикаментозної профілактики вказаної патології.

Література:

1. Зозуля І.С., Лисенко Г.І., Латоха І.О., Зозуля А.І. Сучасний стан проблеми діагностики, перебігу, лікування гострих порушень мозкового

кровообігу в поліклінічних умовах (огляд літератури) // Укр. мед. часопис. 2011. № 6(86) - XI-XII. С. 30-38.

2. Батырова А.Н., Бердалина Г.С., Тажиева А.Е., Кудабаев Е.Ш. Эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны при стрессовых ситуациях (операциях, травмах и шоке) и тяжелых заболеваниях внутренних органов (обзор литературы). // Вестник КазНМУ. 2004. № 1. С. 9-11.

3. Хохлова Е.Е., Зайратьянц О.В., Тарасова Л.Б., Шепелева Ю.А. Острое гастродуоденальное эрозивно-язвенное поражение у пожилых больных терапевтического и неврологического профиля. // Клиническая геронтология. 2013. № 3-4. С. 40-42.

Медичні науки

ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ІМПУЛЬСНИХ МАГНІТНИХ ПОЛІВ, ЯКІ
УТВОРЮЮТЬСЯ ЕЛЕКТРОГІДРАВЛІЧНИМИ УСТАНОВКАМИ НА
РОБОЧИХ МІСЦЯХ ОПЕРАТОРІВ

Сиплива Є. Ю.
студентка 3 курсу
Боярський М.Р.
канд. мед наук

Харківський національний медичний університет
Кафедра гігієни та екології № 1

Одним з перспективних напрямків технологічного використання електромагнітної енергії є та частина промислової технології, яка пов'язана з використанням імпульсної напруги для електрогидравлічної очистки заготовок та магнітної обробки металу. Вказані технологічні процеси отримали широке розповсюдження завдяки тому, що вони протікають з великою швидкістю, забезпечують високу якість обробки металів, легко піддаються автоматизації та механізації, що значно полегшує працю робітників. У той же час, вищезазначене обладнання генерує в робочий простір імпульсні магнітні поля, які можуть впливати на стан здоров'я працюючих. У зв'язку з вищесказаним, в цій роботі

були проведені дослідження параметрів імпульсних магнітних полів, які утворюються зазначеним обладнанням.

Гігієнічна оцінка умов праці операторів, зайнятих на експлуатації електрогідравлічного обладнання, виконувалась при різних технологічних процесах в умовах виробництва. Досліджувалась напруженість магнітних полів, мікроклімат, температура та відносна вологість повітря, наявність пилу, озону, окисів азоту в повітрі робочої зони, інтенсивність шуму та його спектральна характери ста.

Вимірювання напруженості імпульсних магнітних полів на робочих місцях операторів показали, що воно коливається в широких межах як при роботі обладнання, так і у пульта керування електрогідравлічної установки (ЕГУ). Напруженість магнітного поля реєструвалась від 50 до 560 А/м на робочих місцях операторів і біля обладнання (на відстані 0,5-1,0 м від 150 до 3000 А/м). Максимальні значення імпульсних магнітних полів відмічались біля пульта керування тільки у тих випадках, коли він був розташований в безпосередній близькості від робочих електродів (0,5-1,0 м).

Імпульс магнітного поля, який утворюється електрогідравлічною установкою, представляє собою затухаючі синусоїдальні коливання. У залежності від деталі, яка обробляється, параметрів контура заряду (довжина з'єднуючих проводів, розмір електродів та ін.), відмічалось коливання частоти поля від 2 до 200 кГц. Тривалість імпульсу була 3-5 періодів. Максимальна та мінімальна її величина була 1,5-2,5 мс та 0,24-0,4 мс відповідно. При тому, основна частина енергії була сконцентрована в першому періоді, а амплітуда напруги імпульсних магнітних полів останнього періоду – до 10% від амплітуди першого. Час їх повторення коливався в широкому діапазоні (від 0,5 до 10 с).

Основним джерелом магнітних полів цього устаткування є недостатньо екрановані електроди та напругопровідні шини. Внаслідок цього, величина напруги імпульсних магнітних полів (ІМП) на робочих місцях обслуговуючого персоналу залежить від характеру технологічного процесу, конструктивних особливостей устаткування та відстань від основних джерел випромінювання.

Поряд з визначенням інтенсивності ІМП і ЕГУ проводились виміри електричних полів (ІЕП). Їх виличини були незначними (20-40 В/м), тому що вищезазначене устаткування має електростатичні екрани.

Про тривалість дії ІЕМП на організм працюючих можна судити з фотохронометричних спостережень. Установлено, що оператори під час виконання трудових операцій піддаються дії ІЕМП від 30 до 53% робочого часу. Біля пульта керування вони знаходяться 25-40% робочого часу, біля обладнання – 5-13%, де напруженість ІМП досягає 50-560 А/м та 150-3000 А/м відповідно.

Поряд з вимірами ІЕМП вивчались мікрокліматичні умови, запиленість та загазованість повітряного середовища, а також визначались різні рівні звуку та звукового тиску. Встановлено, що на робочих місцях операторів (біля пульта керування) вони, як правило, не перевищують гігієнічні норми.

На санітарно-гігієнічному обстеженні умов праці працівників, які обслуговують ЕГУ, була визначена професія оператора. Робота замінна, протягом 8-ми годин. Щоденно. Під час роботи оператори виконували наступні трудові операції: укладання заготовок в вагонетку та транспортування їх у приміщення технологічного вузла, загрузка заготовок у робочий бак, встановлення електродів відносно оброблюваних деталей та заливка бака з заготівками водою. Після підготовчих операцій, обслуговуючий персонал перевіряє захисне заземлення, налаштовує режим роботи обладнання та включає його. У цей час, оператор знаходиться за пультом керування, звідки стежить за режимом роботи устаткування по приборам, та спостерігає крізь оглядове віконце за переміщенням електродів (виконується сидячи). Періодично обслуговуючий персонал виконує очистку робочого баку від шлаку, який накопичується після очистки деталей.

Гігієнічні дослідження проводились на машинобудівних заводах України.

На основі проведених гігієнічних досліджень, можна зробити наступні висновки:

- 1) Одним з несприятливих факторів виробничого середовища на робочих місцях операторів ЕГУ є ІМП, напруга якого може досягати 3000 А/м;

- 2) 2) джерелом ІМП є робочі електроди та струмопровідні шини;
- 3) 3) величини напруженості ІМП на робочих місцях операторів залежать від типу та потужності устаткування, характеру технологічного процесу та відстані до джерела випромінювання.

УДК 616-007.61:618.14:615.357:577.171.6:612.63.03

Медичні науки

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД В ЛІКУВАННІ ГІПЕРПЛАЗІЇ ЕНДОМЕТРІЯ БЕЗ АТИПІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Хасхачих Д.А.

*доцент кафедри акушерства та гінекології, к.мед.н.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

Актуальність.

Гіперпластичні процеси ендометрія являють собою достатньо поширену патологію жіночої репродуктивної системи і в структурі гінекологічної патології їх питома вага складає 8,7 – 30,6% [1].

Незважаючи на впровадження розроблених діагностично-лікувальних методів відзначається неухильний зріст захворюваності, великий відсоток рецидивів (2,5 – 64,7%), навіть на фоні проведення патогенетично обумовленої гормональної терапії [2].

Терапія з використанням прогестинів є достатньо поширеним та патогенетично обумовленим методом лікування не атипової гіперплазії ендометрія у жінок репродуктивного віку [3]. Однак, резистентність до прогестерону є головною перешкодою для успішного консервативного лікування і залишається головною клінічною проблемою. Дослідження показують, що не тільки кількість статевих гормонів в сировотці крові, а в більшій мірі рецепція клітин ендометрія до них, в першу чергу до прогестерону (ПР) та естрогену (ЕС), відіграють значну роль у нормі і особливо в гіперплазованому ендометрії обумовлюють терапевтичний ефект.

Найчастіше гіперплазія виникає в епітеліальних клітинах ендометріальних залоз, і велика кількість даних свідчить про те, що відсутність або зменшення

експресії ПР може призвести до неспроможності лікування препаратами прогестерону та призвести до аномальної прогестерон-опосередкованої сигналізації в клітинах ендометрію [4].

Вищезазначене, обумовлює необхідність розробки нових, або удосконалення існуючих підходів до діагностично-лікувальних критеріїв даного захворювання з урахуванням сучасних даних про етіопатогенетичні механізми його виникнення, новітніх технологій морфо- і імуногістохімічних досліджень маркерів клітин в тканинах гіперплазованого ендометрія.

Мета роботи: покращити точність діагностики та ефективність патогенетичного лікування прогестинами гіперплазії ендометрію без атипії.

Дизайн дослідження.

Було проведено проспективне дослідження у 45 пацієнток репродуктивного віку (37-46 років) з аномальними маточними кровотечами, у яких за результатами гістологічного дослідження зішкрібів ендометрія була діагностована гіперплазія ендометрію без атипії. Проведене імуногістохімічне дослідження експресії рецепторів до естрогенів та прогестерону в гістологічних блоках ендометрію. Для дослідження використовували набори реагентів і моноклональних антитіл клітинних маркерів фірми LabVision, DAKO. Всі пацієнтки отримували лікування мікронізованим прогестероном в дозі 400 мг/добу в безперервному режимі на протязі 6 міс. з подальшим гістологічним дослідженням ендометрія шляхом вишкрібання порожнини матки в пізню секреторну фазу. Ефективність лікування оцінювали по гістологічній нормалізації структури ендометрія.

Результати дослідження.

У всіх жінок спостерігалася значна експресія ER в клітинах ендометрію, що обумовлювало його проліферативну активність на тлі зниження експресії рецепторів до прогестерону. По результатам дослідження жінок з відсутністю ефекту від проведеної терапії, на відміну від жінок з ефективно проведеною терапією, спостерігалася зниження експресії рецепторів прогестерона в залозах ендометрія на 65% (рис.1)

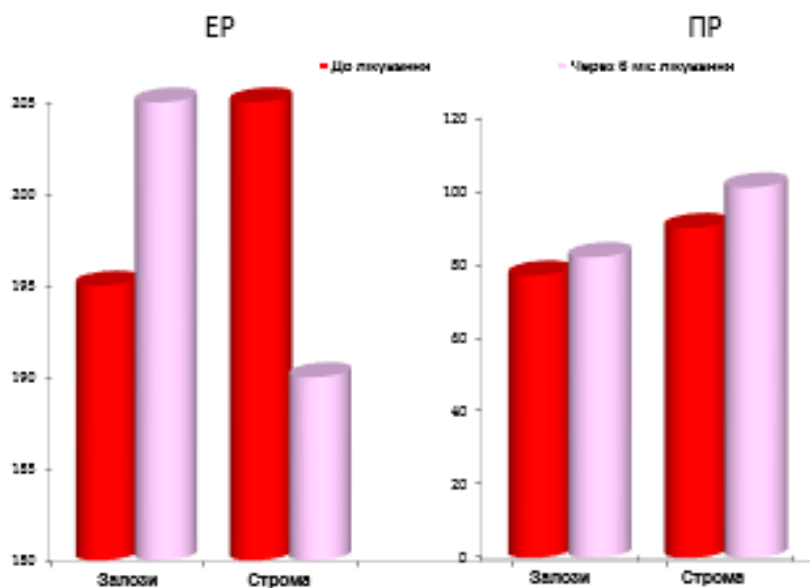


Рис. 1 Експресія рецепторів естрогенів (ER) та прогестерону (PR) до та через 6 міс. лікування прогестинами.

В результаті проведеного лікування за даними морфологічного дослідження зішкрібів ендометрія у 22 жінок (48,9%) відбулася регресія гіперплазованого ендометрія і спостерігалася гістологічна нормалізація співвідношення стромального і епітеліального компоненту. У 17 жінок (37,8%) знову була діагностована проста неатипова гіперплазія ендометрія. У 6 (13,3%) жінок була діагностована комплексна неатипова гіперплазія ендометрія, тобто спостерігалася прогресування захворювання. Таким чином, ефективність призначених прогестинів по результатах терапії на протязі 6 міс. склала близько 50%.

Висновки.

При вирішенні питання про призначення препаратів прогестерону при проведенні лікування неатипової гіперплазії ендометрія рекомендовано дослідження експресії рецепторів до естрогенів та прогестерону в клітинах ендометрія для уточнення можливості фармакологічного ефекту. Терапія гіперплазії ендометрія без атипії препаратами прогестерону не ефективна при низькій експресії рецепторів до прогестерону в залозах гіперплазованого ендометрія.

Література:

1. Clark TJ, Neelakantan D, Gupta JK. The management of endometrial hyperplasia: An evaluation of current practice. Eur J of Obstet Gynecol and Rep. Bio 2006;125:259-264
2. Dolapcioglu K, Boz A, Baloglu A. The efficacy of intrauterine versus oral progestin for the treatment of endometrial hyperplasia. A prospective randomized comparative study. Clin Exp Obstet Gynecol 2013;40(1):122-126.
3. Татарчук, Т.Ф. Медикаментозна терапія гіперпроліферативних процесів ендометрія / Т.Ф. Татарчук, О.В. Бурлака, К.О. Корінна // Ліки та життя. — 2015. — No 1. — С. 100–101.
4. Shao R¹. Progesterone receptor isoforms A and B: new insights into the mechanism of progesterone resistance for the treatment of endometrial carcinoma. EScancermedicalscience. 2013 Dec 18;7:381

УДК:618.6/.7-095:612.664

Медичні науки

СТАН МІКРОБІОЛОГІЧНОГО БІОЦЕНОЗУ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ
У ПОРОДІЛЬ В ДИНАМІЦІ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ

Хасхачих Д. А.

доцент кафедри акушерства та гінекології, к.мед.н.

Дніпропетровська медична академія

Чуйко В.І.

асистент кафедри акушерства та гінекології, к.мед.н.

Дніпропетровська медична академія

м. Дніпро, Україна

Вступ. Відомо, що при нормальному перебігу вагітності відбуваються істотні зміни в імунній системі жінок, що полягають у її пригніченні та зростанні активності факторів, що блокують реакції клітинного імунітету. Ці зміни є закономірними, тому що сприяють тривалому співіснуванню двох генетично різних організмів (матері і плоду) і забезпечують нормальний перебіг вагітності та пологів. Усі показники імунологічної реактивності організму породіллі

відновлюються близько 7 діб після пологів [1, с.1087]. На цьому імунологічному фоні у породіллі починається процес лактації, який може супроводжуватися патологічними станами - лактостазом та призводити до розвитку маститу. Післяпологовий мастит діагностується у 2-11% випадків жінок з лактацією [2, с.54]. В багатьох дослідженнях було встановлено, що у мікробіоценозі молочних залоз вагітних перед пологами з частотою 26.5% - 64.7% присутні представники сапрофітної та антагоністичної мікрофлори - *Aerococcus viridans* у кількості 10^2 - 10^4 КУО\мл. Отримані штами *Aerococcus viridans* мали високу здатність до продукції пероксида водню [3,с.124].

У зв'язку з цим нами була визначена мета - вивчити мікробіологічний стан у різних ділянках шкіри молочних залоз породілля на протязі 7 діб і встановити динамічні зміни якісного та кількісного стану мікробної флори на протязі післяпологового періоду, а також вміст *Aerococcus viridans*, як одного з виражених бактерій-антагоністів патогенної флори.

Матеріали та методи.

Обстежені 54 породіль на першу, третю та 5-7добу післяпологового періоду, що мали фізіологічні пологи, з відсутністю екстрагенітальної патології, гострих та хронічних інфекційних захворювань, які виключно годували грудьми . Для взяття матеріалу використовували метод змивів-зішкребів по Вільямсону та Клігману в модифікації С.І.Климнюка і С.І.Ситника [4,с.98] з двох ділянок молочної залози: *areola mammae* та *papilla mammae*, а також виконувався висів молозива та молока. Ідентифікація бактеріальної флори проводилась колориметричною системою для дослідження фірмою "Liofilchem"(Італія). Культури аерококів ідентифікувались за додатковими критеріями: ростом на селективно-індикаторному середовищі та біохімічною активністю на середовищах з солями селена та телура, лактатоксидазною, супероксиддисмутазною активністю [5, с.12]

Результати дослідження та їх обговорення.

Мікробіологічний аналіз показав, що мікробіоценоз шкіри молочної залози у породіль був представлений різноманітною коковою та паличковою флорою (табл. №1).

Таблиця 1.

Вміст мікрофлори молочних залоз породіль у різні терміни післяпологового періоду (n=54)

Мікроорганізми досліджені з молочних залоз	1 доба				3 доба				5-7 доба			
	Areola mammae		Papilla mammae		Areola mammae		Papilla mammae		Areola mammae		Papilla mammae	
	аб.	%±m	аб.	%±m	аб.	%±m	аб.	%±m	аб.	%±m	аб.	%±m
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	6	33.3±10.3	14	66.7±10.3*	7	38.9±11.5	14	72.2±10.5	6	40.0±12.6	14	93.3±6.5*+
<i>Staphylococcus saprofiticus</i>	6	28.6±9.7	5	23.8±9.3	6	33.3±11.1	8	44.4±11.7	7	46.7±12.9	12	80.0±10.3*+
<i>Staphylococcus aureus</i>	5	23.8±9.3	4	19.0±8.6	2	11.1±7.4	-	-	-	-	1	6.7
<i>Micrococcus sp.</i>	3	14.3±7.6	7	33.3±10.3	5	27.8±10.6	6	33.3±11.1	4	26.7±11.4	6	40.0±12.6
<i>Enterobacter aerogenes</i>	2	9.5±6.4	2	9.5±6.4	1	5.5±5.4	-	-	1	6.7	-	-
<i>Enterobacter hafnia</i>	2	9.5±6.4	1	4.8	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Enterobacter cloacae</i>	1	4.8	1	4.8	-	-	-	-	1	6.7	1	6.7
<i>E. colli</i>	4	19.0±8.6	3	14.3±7.6	3	16.7±8.8	1	5.5±5.4	1		2	13.3±8.8
<i>Candida sp.</i>	1	4.8	-	-	1	5.5±5.4	-	-	1	6.7	-	-
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	3	14.3±7.6	3	14.3±7.6	2	11.1±7.4	1	11.1±7.4	-	-	-	-
<i>Bacillus subtilis</i>	3	14.3±7.6	2	9.5±6.4	3	16.7±8.8	2	11.1±7.4	5	33.3±12.2	6	40.0±12.6+
<i>Bacillus licheniformis</i>	1	4.8	-	-	1	5.5±5.4	1	5.5±5.4	3	20.0±10.3	2	13.3±8.8
<i>Aerococcus viridans</i>	5	23.8±9.3	7	33.3±10.3	5	27.8±10.6	16	88.9±7.4*+	6	40.0±12.6	13	86.7±8.8*+

Примітка: * - $p < 0,05$ у порівнянні із висіванням мікроорганізмів з різних ділянок молочних залоз у кожен день післяпологового періоду.

+ - $p < 0,05$ у порівнянні із висіванням мікроорганізмів з різних ділянок молочних залоз на 1-2 добу післяпологового періоду.

Усього було виділено 13 штамів мікроорганізмів (*Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus saprofiticus*, *Staphylococcus aureus*, *Micrococcus* sp та *Aerococcus viridans*, ентеробактеріальна - *Enterobacter* sp., *E. coli*, *Klebsiella pneumonia*, *Bacillus* sp., дрожеподібні гриби – *Candida* sp.). Високий відсоток висівання визначався серед представників кокової мікрофлори. Найбільший відсоток складали *Staphylococcus epidermidis* до 93.3% , *Staphylococcus saprofiticus* – 80%, *Micrococcus* sp. – 40% та *Aerococcus viridans* – 86,7%. В переважній більшості випадків (60-80%), збудником післяпологового маститу є *Staphylococcus aureus*, який висівався у жінок в післяпологовому періоді у 24% випадків. Значно рідше виявлялись інші мікроорганізми: стрептококи групи А та В, ентеробактеріальна мікрофлора, яка при проведенні даних досліджень була представлена *Enterobacter* sp., *E. coli* и *Klebsiella pneumonia* [6, с.25] . Серед паличкової флори великий процент висівання набували у породіль *Bacillus* sp. (до 40%). *Bacillus* sp. є аеробними спороутворюючими бактеріями з високою антагоністичною активністю, поява яких трактується, як компенсований стан мікробіоценозу молочної залози завдяки видовим спектром аеробних спороутворюючих бацил [7,с.464]. На 1-2 добу післяпологового періоду у породіль мало місто висівання з більшою частотою ентеробактеріальної флори та *Staphylococcus aureus*. З різних ділянок молочної залози висівались *Staphylococcus aureus* до 23,8% випадків, *Enterobacter* sp.- 9,5%, *E. coli*- 19%, *Klebsiella pneumonia* – 14,3%. В перші дні післяпологового періоду достовірно вище відмічалось висівання тільки *Staphylococcus epidermidis* з різних ділянок молочної залози породіль.

У динаміці післяпологового періоду на 3-4 добу відмічалось підвищення висівання кокової флори з молочної залози: *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus saprofiticus*, *Micrococcus* sp. Вірогідно частіше відмічалось зростання висівання *Aerococcus viridans* з ділянки *papilla mammae* у порівнянні з 1-2 доби післяпологового періоду. Частота висівання *Bacillus* sp. на 3-4 добу після пологового періоду суттєво не змінювалась. Висівання ентеробактеріальної флори та *Staphylococcus aureus* на 3-4 добу зменшувалась, що було обумовлено елімінацією цих мікроорганізмів з мікробіоценозу молочної залози на фоні розвитку лактації у породіль.

На 5-7 добу післяпологового періоду вірогідно вище було висівання з різних ділянок молочних залоз *Staphilococcus epidermidis*, *Staphilococcus saprofiticus* та *Aerococcus viridans*. В динаміці післяпологового періоду у породіль на 5-7 добу ,у порівнянні з першими днями післяпологового періоду, вірогідно зростало висівання *Staphilococcus epidermidis* (з 33,3% до 93,3%), *Staphilococcus saprofiticus* (з 28,8% до 80%), *Aerococcus viridans* (з 23,8 до 86,7%) та *Bacillus subtilis* (з 14,3% до 40%). На фоні зростання цих мікроорганізмів відмічалась елімінація, здебільш з *papilla mammae*, таких мікроорганізмів, як *Enterobacter aerogenes* , *Enterobacter hafnia*, *Klebsiella pneumonia*, та зменшувалось висівання *E. colli*, *Staphilococcus aureus*.

Висновки.

На початок післяпологового періоду та формуванні лактації, у породіль на шкірі молочних залоз висівалися здебільш умовно- патогенні мікроорганізми, які найбільш часто є причиною розвитку лактаційних маститів (*Staphilococcus aureus*, *Enterobacter sp.*, *E. colli*, *Klebsiella pneumonia*). В подальшому у мікробіоцинозі молочних залоз породіль відбуваються зміни мікробіологічного стану, які супроводжуються зростанням представників нормальної мікрофлори. Динамічна стабільність мікробіоцинозу молочної залози підтримується також і за рахунок інтродукції представників роду *Bacillus*. Мікробіологічний стан молочних залоз породіль без осередків інфекції складає кокова флора, до якої відноситься і *Aerococcus viridans*. Кокова флора, крім *Staphilococcus aureus*, є флорою нормобіозу, яка забезпечує здоровий стан шкіри молочних залоз у жінок після пологів. З плином часу у післяпологовому періоді має місце збільшення колонізації молочних залоз сапрофітною та антагоністично активною коковою мікрофлорою, здебільш в ділянках *papilla mammae*. Вищезгадана тенденція відбувається паралельно із зменшенням колонізації різних ділянок молочної залози *Staphilococcus aureus* та Грам- негативними ентеробактеріями. В динаміці після пологового періоду у породіль має місце висівання аеробних спороутворюючих бацил, особливо з *papilla mammae*, що можливо трактувати як компенсаторний механізм нормалізації мікробіоценозу данної ділянки молочної залози.

Література:

1. Акушерство: национальное руководство / под. ред. Э.К.Айламазян, В.И. Кулаков, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой/ - М.: «Гэтар-Медиа», - 2007.-1200с.
2. Riordan J.M., Nichols F.H. A Descriptive Study of Lactation Mastitis in Long-Term Breastfeeding Women.- Journal of Human Lactation.- 6(2),- P.53-58.
3. Чуйко В.І, Юргель Л.Г., Гарагуля І .С та інші . Вміст *Aerococcus viridans* у мікробіоценозі молочних залоз вагітних перед пологами// Дерматология, косметология, сексопатология. Научно-практический журнал, - Днепропетровск, 2007.- С.124-127
- 4.Климнюк С.И., Сытник С.И. Устройство для забора проб микрофлоры кожи // Бюлл. - 1989.- № 48.- С. 98.
5. Кременчуцкий Г.Н., Юргель Л.Г., Шарун О.В. и др. Методы выделения и идентификации грамположительных каталазонегативных кокков. Методические рекомендации. - Киев. – 2009.- 19 с.
- 6.Муравьева Л.А., Александров Ю.К. Оперативное лечение лактационного гнойного мастита в сочетании с ГБО-терапией // Хирургия.- 2002- № 5.- С. 21-26.
- 7.Costerton J.W., Cheng K.J., Geesey G.C. et al. Bacterial biofilms in nature and disease // Ann. Rev. Microbiol. - 1999. - V. 41. - P. 435 – 465.

УДК 616-007.61:618.14:615.357:577.171.6:612.63.03

Медичні науки

ТАРГЕТНИЙ ПІДХІД ДО ТЕРАПІЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ЕНДОМЕТРІЯ БЕЗ АТИПІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Хасхачих Д.А. Чуйко В.І.

Гарашук Є.І. Нечаєв В.В.

Кафедра акушерства та гінекології

ДЗ “Дніпропетровська медична академія МОЗ України”

м. Дніпро, Україна

Гіперпластичні процеси ендометрія являють собою достатньо поширену патологію жіночої репродуктивної системи і в структурі гінекологічної патології їх питома вага складає 8,7 – 30,6% [1, с.100].

Не зважаючи на впровадження розроблених діагностично-лікувальних методів відзначається зростання захворюваності у жінок репродуктивного віку. Спостерігається великий відсоток рецидивів 2,5–64,7%, навіть на фоні проведення патогенетично зумовленої гормональної терапії гіперплазії ендометрія [2, с.31-43].

Відомо, що більшість хворих з гіперпластичними процесами ендометрія зазнають гормонального лікування з застосуванням препаратів прогестерону, ефективність якого залежить насамперед від молекулярних характеристик ендометрія, які опосередковують його відповідь на супресивні агенти, але достатньо високий відсоток рецидивів свідчить про наявність гормонально резистентних форм гіперплазії ендометрія, що свідчить про наявність іншого патогенетичного механізму розвитку гіперплазії.

Найбільш поширена терапія з застосування препаратів прогестерону іноді видається не ефективною, що може бути пов'язано з наступними факторами: неправильне формування прогестеронових рецепторів, що розвивається в результаті нестачі або відсутності впливу естрогенів в першу і в другу фази МЦ, що призводить до дисфункції рецепторів плазматичних мембран і мітохондріального апарату клітин ендометрія, таким чином, навіть при достатньої кількості прогестерона в крові спостерігається його недостатність. Зміни концентрації і чутливості естрогенових рецепторів (ЕР) та прогестеронових рецепторів (ПР) коливаються від наявності патологічного процесу в слизовій оболонці матки. Всі перераховані фактори можуть призводити до зниження експресії рецепторів статевих гормонів при ГЕ [3].

Перевірені роками методи діагностики, які починаються зі збору анамнезу, включають достатньо інформативне ультразвукове дослідження, гістоскопію та морфологічне дослідження, повинні бути доповнені сучасними молекулярними технологіями насамперед імуногістохімічним дослідженням. Воно дозволяє отримати цінну інформацію про так званий молекулярний профіль гіперплазованого епітелія, який є індивідуальним для кожної хворої [4. С 122-124].

На даний час не існує доступних критеріїв для прогнозування чутливості рецепторів до гормонів, так як дані літератури про зміст ER і PR при GE вкрай суперечливі [5. с.1272–1278.].

Вище зазначене обумовлює необхідність розробки нових або вдосконалення існуючих підходів до діагностично-лікувальних критеріїв даного захворювання з урахуванням сучасних даних про етіопатогенетичні механізми його виникнення, новітніх технологій морфо і імуногістохімічних досліджень в тканині гіперплазованого епітелія.

Мета дослідження

Покращення якості лікування GE без атипії у жінок репродуктивного віку на основі використання таргетного підходу з урахуванням клініко-морфологічних та імуногістохімічних даних. Дослідити вплив експресії рецепторів естрогенів та прогестерону в гіперплазованому ендометрії без атипії у жінок репродуктивного віку на ефективність проведеної терапії.

Матеріали та методи

Проведено проспективне дослідження у 60 пацієток репродуктивного віку (35-46 років) з аномальними матковими кровотечами (АМК). За результатами гістологічного дослідження зішкрібів ендометрія у 45 пацієток була діагностована гіперплазія ендометрія без атипії, які склали основну групу дослідження. Ця група була поділена на 2 підгрупи за рівнем експресії прогестеронових рецепторів: 1 група з низьким рівнем і 2 група з високим рівнем. Контрольну групу склали 15 жінок репродуктивного віку, у яких за результатами дослідження була виявлена трансформація ендометрія відповідно фазі менструального циклу. Всі пацієнтки отримували лікування мікронізованим прогестероном в дозі 400 мг/добу в безперервному режимі протягом 6 місяців з подальшим гістологічним дослідженням ендометрія шляхом зішкрібання порожнини матки в пізню секреторну фазу та повторним імуногістохімічним дослідженням експресії PR. Ефективність терапії оцінювали за морфологічним критерієм. Задовільним результатом лікування вважалося відновлення фізіологічної трофіки ендометрія.

Дослідження рецепторів прогестерону проводилось імуногістохімічним методом в лабораторії імуногістохімії ДДМА. Для цього біоматеріал зішкрібів порожнини матки фіксували в 10% розчині забуферованого формаліну протягом 12-24 годин, і після стандартної обробки заливали в парафін. Імуногістохімічне дослідження рецепторів прогестерону проводили стрептавидин-біотин-пероксидазного методом на серійних парафінових зрізах товщиною 5 мкм за допомогою моноклональних антитіл (фірма «ДАКО») з попереднім високотемпературним демаскуванням антигенів в тканинах шляхом кип'ятіння в 0,01 М цитратному буфері під тиском в скороварці. Далі зрізи інкубували з нормальною неімунною сироваткою, первинними (специфічними) антитілами, вторинними біотинілірованими антитілами і зі стрептавидин-біотин-пероксидазним комплексом. Виявлення пероксидази проводили за допомогою діаміно-бензидина (фірма «ДАКО»). Прояв реакції контролювали під мікроскопом протягом 3 хв з наступним промиванням у дистильованій воді, дозabarвленням гематоксилином Майєра, дегідратацією зрізів і зануренням в канадський бальзам [6. С 558].

Позитивним результатом вважалось специфічне забарвлення ядер в коричневий колір. Кількісна оцінка ступеня експресії рецепторів прогестерону проводилася за системою Histochemical score (H-score) [7. С 711-714].

Система підрахунку проводилася за інтенсивністю імуногістохімічної забарвлення, що оцінюється за 3-х бальною шкалою і відсотку забарвлених клітин. Підрахунок проводився в трьох когортах по 100 клітин в різних полях зору об'єктивом $\times 40$. Інтенсивність забарвлення оцінювалася таким чином:

0 - немає фарбування, 1 - слабе фарбування, 2 - помірне і 3 - сильне фарбування.

Формула підрахунку:

$$H\ score = \sum P_i \times i,$$

де:

P_i - відсоток клітин, забарвлених з різною інтенсивністю,

i - інтенсивність фарбування, виражена в балах від 0 до 3.

Про ступінь експресії рецепторів прогестерону судили по результату H-score: 0-100 - низька, 101 і більше - висока

Значимість відмінностей оцінювали за критерієм Стюдента, вважаючи статистично достовірним значення $p < 0,05$. коефіцієнти кореляції розраховували за методом Пірсона, відмінності вважали достовірними при $p < 0,001$.

Результати дослідження.

Експресія рецепторів статевих гормонів в основній групі залежала від морфологічних і функціональних властивостей залозистого епітелію. При наявності великої кількості кістозно-змінених залоз з сплосченим індіферентним епітелієм рівень рецепторів був нижче, ніж в ділянках ендометрія з морфологічно нормальною будовою залозистого компонента. Таким чином, звертала на себе увагу мозаїчність експресії рецепторів до стероїдних гормонів, як клітинами епітелію залоз, так і клітинами строми.

Таблиця 1

Експресія рецепторів естрогенів та прогестерону у жінок з ГЕ без атипії до та після лікування мікронізованим прогестероном, H-score, M±m

Показник	ЕР залози	ЕР строма	ПР залози	ПР строма
Контроль	54,36±0,13	91,4±8,6	174±10,1	240,5±13,6
ГЕ до лікування	203,7±14,44*	155±16,82*	145,1±6,22*	173,8±15,50*
ГЕ після Лікування	73,67±16,89*	113,83±20,48*	195,17±15,13	210,17±15,72*

*- показник статистично достовірний відрізняється від норми ($p < 0,05$)

В табл.1 наведені дані дослідження експресії рецепторів за показником H-score у жінок з морфологічно підтвердженою ГЕ до, та після терапії мікронізованим прогестероном на протязі 6 місяців. Ступінь експресії статевих гормонів відповідала високим показникам H-score. Так, середнє значення ЕР склало 179,2±6,5 ($p > 0,05$), та середнє значення ПР 159,45±4,9 ($p > 0,05$). Звертає на себе увагу збільшення експресії ЕР в 1,7- 4 рази як залозах так і в стромі в порівнянні контрольною групою, що обумовлювало його проліферативну активність з формуванням ГЕ ($p < 0,001$). Кількість ПР була

меншою в основній групі, в залозах на 17% та в стромі на 28% в порівнянні з контролем. Під впливом гормонального лікування через 6 міс. відбулося зменшення експресії ER в залозах практично в 3 рази в залозах та на 28% в стромі. В той же час, на фоні гормонального лікування збільшилася експресія ПР як в залозах, так і в стромі в 1,3 рази ($p < 0,001$).

За результатами дослідження жінок з відсутністю ефекту від проведеної терапії, на відміну від жінок з ефективно проведеною терапією, спостерігалось зниження експресії рецепторів до ПР на 45% (рис.1). У незміненому ендометрії нами виявлено достовірне переважання ER над ПР як в залозах, так і в стромі ендометрія ($p < 0,001$).

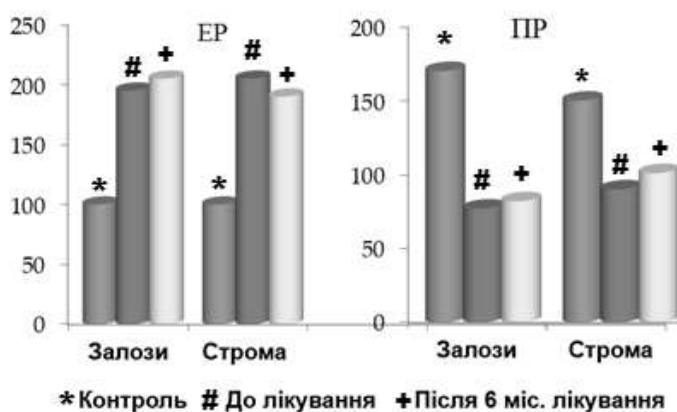


Рис. 1. Експресія рецепторів ER та ПР за показником H –score до та через 6 міс. лікування мікронізованим прогестероном в групі жінок з низькою експресією ПР.

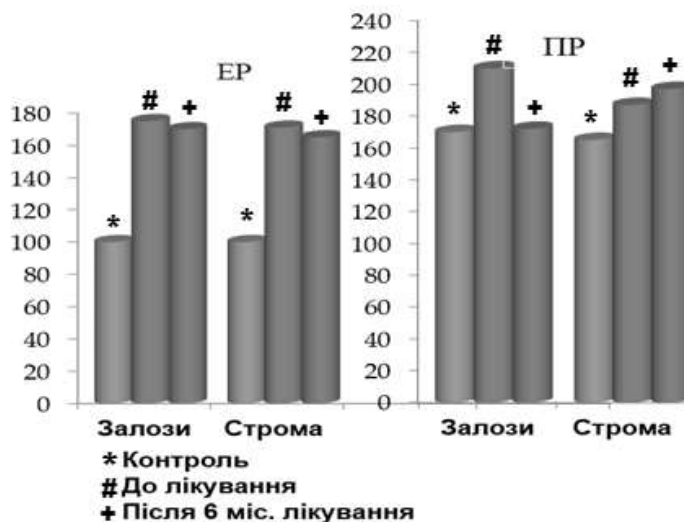


Рис. 2. Експресія рецепторів ER та ПР за показником H –score до та через 6 міс. лікування мікронізованим прогестероном в групі жінок з високою експресією ПР.

При порівнянні показників експресії рецепторів статевих гормонів в гіперплазованому ендометрії з високою експресією ПР та їх рівнем в незміненому ендометрії в проліферативну фазу циклу, було встановлено наступне: концентрація ER в залозах в 1,8 рази ($p < 0,001$), а в стромі в 2,5 рази ($p < 0,001$) при гіперплазії нижче, ніж в ендометрії фази проліферації. При порівнянні експресії ПР не виявлено значущих відмінностей при гіперплазії ендометрія і ендометрієм фази проліферації пацієток в контрольній групі (рис.2).

Висновки

Проведені дослідження показали, що при вирішенні питання про лікування гіперплазії ендометрія без атипії рекомендовано дослідження експресії рецепторів до прогестерона в тканині ендометрія для таргетизації підходу та уточнення можливості фармакологічного ефекту. Терапія гіперплазії ендометрія без атипії препаратами прогестерона не ефективна при низькій експресії рецепторів прогестерона в тканині ендометрія.

На основі цього, можна виділити групу жінок з прогестерон резистентною формою гіперплазії, які потребують застосування інших методів лікування.

Література:

1. Татарчук, Т.Ф. Медикаментозна терапія гіперпроліферативних процесів ендометрія / Т.Ф. Татарчук, О.В. Бурлака, К.О. Корінна // Ліки та життя. — 2015. — № 1. — С. 100–101.

2. Григоренко А.Н. Гиперплазия эндометрия: вопросов больше, чем ответов /А.Н. Григоренко, А. Б. Гордийчук // Репродуктивна гінекологія.- 2017.- №3(35).- С.31-43.

3. Shao R. Progesterone receptor isoforms A and B: new insights into the mechanism of progesterone resistance for the treatment of endometrial carcinoma /Shao R. // Ecancermedicalscience. - 2013 Dec 18;7:381

4. Dolapcioglu K. The efficacy of intrauterine versus oral progestin for the treatment of endometrial hyperplasia.A prospective randomized comparative study / K. Dolapcioglu, A. Boz Baloglu, A. Clin // Exp Obstet Gynecol 2013;40(1):122-126.

5. . Clark TJ. The management of endometrial hyperplasia: An evaluation of current practice. / T.J. Clark, D. Neelakantan, J.K. Gupta // Eur J of Obstet Gynecol and Rep. Bio 2006;125:259-264 Endometrial intraepithelial neoplasia /ACOG Committee Opinion. №641 //Obstet Gynecol, 125(2015): 1272–1278.

6. Хариет Э.Р. Иммуноцитохимия: электронная микроскопия / Э.Р. Хариет, К.С. Гаттер //Молекулярная клиническая диагностика. Методы: Пер. с англ. / Под ред. С. Херрингтон, Дж. Макги.– М.: Мир, 1999. – 558 с.

7. McClelland R.A. A multicentre the reliability of steroid receptor immunocytochemical assay quantification /R.A. McClelland, D. Willson, R.

Медичні науки

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА СПАСТИЧНУ ФОРМУ ДЦП»

Холодова Аліна Олександрівна

магістрант 2 курсу ЛНУ ім.ТарасаШевченка

кафедра «Фізичної реабілітації та здоров'я людини»

В.О. Савенко

почесний професор, кандидат медичних наук

м.Кремінна. Луганська область. Україна

ВСТУП

Актуальність. Проблема реабілітації дітей, які страждають на дитячий церебральний параліч (ДЦП), протягом багатьох років привертає до себе особливу увагу. Реабілітація спрямована на корекцію порушень у фізичній сфері. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я з початку 2000 року по теперішній час реєструється від 13 до 15 випадків ДЦП на 1000 новонароджених, при цьому по частоті на перший план виходять спастичні форми. Зростаюча кількість інвалідів робить проблему їх реабілітації та соціальної адаптації особливо актуальною.

Ситуація з дітьми відображає загальну тенденцію погіршення здоров'я населення країни. За офіційними даними, основними причинами дитячої

інвалідності є: хвороби нервової системи та органів чуття - 52,45 (випадків на 10 000 дітей у віці до 15 років); психічні розлади - 31,2 випадку, з них 21,88 – розумова відсталість; вроджені аномалії розвитку - 28,2 випадків на 2015-2018 рік.

Оптимальним способом вирішення проблеми інвалідності, є реабілітація дітей з раннього віку. Для ефективного вирішення проблеми необхідний пошук нових технологій реабілітаційної діяльності.

Фізична реабілітація по праву займає провідне місце в соціальній інтеграції та комплексної реабілітації осіб з інвалідністю з церебральними паралічами, оскільки є природно-біологічним методом терапії. Протягом багатьох років як вітчизняними, так і зарубіжними дослідниками були запропоновані різні засоби фізичної реабілітації осіб з інвалідністю з церебральними паралічами.

В останні роки в якості засобу реабілітації все активніше використовують іпотерапію. Іпотерапія - є не що інше, як форма лікувальної фізичної культури (ЛФК), де як інструмент реабілітації виступає кінь, процес верхової їзди і фізичні вправи, що виконуються людиною під час верхової їзди .

Унікальність іпотерапії в тому, що завдяки впливу ритмічно впорядкованого моторного і сенсорного навантаження на пацієнта, при його тісному контакті з конем досягається стабільно виражений ефект.

І. Штраус відзначає різноманіття біомеханічних впливів в поєднанні з емоційним ефектом, одержуваних при заняттях іпотерапією, неможливо досягти при використанні інших засобів фізичної культури.

Науковою розробкою проблематики використання верхової їзди та кінного спорту з метою реабілітації хворих займаються вітчизняні і зарубіжні вчені.

Мета дослідження: обґрунтування та складання методики застосування засобів фізичної реабілітації в комплексі з іпотерапією, в процесі розвитку рухових функцій як основи для реабілітації дітей раннього віку зі спастичною формою ДЦП.

Завдання дослідження

1. Визначити рівень рухових функцій і формування навичок у дітей зі спастичною формою дитячого церебрального паралічу.
2. Розробити методику
3. Зміна рівня рухових функцій і навичок побутового самообслуговування у дітей зі спастичною формою дитячого церебрального паралічу в результаті застосування засобів іпотерапії в процесі педагогічного експерименту.

Гіпотеза полягає в припущенні про те, що застосування іпотерапії, як основи в фізичній реабілітації дітей зі спастичною формою дитячого церебрального паралічу, робить позитивний вплив на розвиток рухових функцій, що лежать в основі формування навичок побутового само обслуговування.

Методи дослідження: аналіз спеціальної літератури з досліджуваної проблеми, антропометрія, педагогічне спостереження, контрольні тестування, обробка та аналіз отриманих результатів.

Об'єкт дослідження - фізична реабілітація дітей зі спастичною формою дитячого церебрального паралічу.

Предмет дослідження: засоби іпотерапії, що дозволяють створити основу для соціально-побутової реабілітації дітей зі спастичною формою дитячого церебрального паралічу за рахунок розвитку необхідних рухових функцій.

Організація дослідження. Дослідження реалізовувалося у місті Кремінна. Спочатку здійснювався аналіз джерел літератури з питань вивчення ДЦП у дітей. Потім була розроблена методика занять з фізичної реабілітації із застосуванням іпотерапії. За допомогою педагогічного експерименту виявлялась ефективність розробленої методики.

ВИСНОВКИ

Аналіз результатів дослідження рухових функцій і навичок побутового самообслуговування дітей зі спастичною формою ДЦП показав, що пацієнти мали різні ступені рухових порушень. У зв'язку з цим, середня оцінка ступеня клінічних проявів до початку експерименту дорівнювала 2,2 балами.

Розроблено методику занять з фізичної реабілітації із застосуванням засобів іпотерапії для дітей 2 - 3 років зі спастичною формою дитячого церебрального паралічу. Методика включає в себе 3 етапи проведення занять з виконанням вправ на коні, спрямованих на:

- нормалізацію патологічного м'язового тону;
- формування правильного рухового стереотипу;
- стимуляцію тактильної і пропріоцептивної чутливості;
- розвиток моторики рук і зменшення дизартрії;
- підвищення рівня рухових функцій, що сприяє соціально-побутової реабілітації дітей з даним захворюванням.

Проведений педагогічний експеримент показав, що середня оцінка стану рухових функцій у дітей зі спастичною формою ДЦП до проведення курсу іпотерапії склала 2,0 бала, оцінка ступеня соціально-побутової адаптації - 1,7 балів, оцінка мовних порушень - 2,3 балів, комплексна оцінка ступеня тяжкості клінічних проявів - 2,2 балів. Низька ступінь соціально-побутової адаптації була обумовлена віком хворих дітей і невеликою тривалістю освоєння навичок, а також зайвої опікою з боку батьків. Висока оцінка мовних порушень була пов'язана з регулярним навчанням хворих дітей в процесі занять іпотерапією і у логопеда.

Порівнюючи отримані результати по закінченню експерименту можна зробити висновок про те, що в більшості показників тестування була досягнута позитивна динаміка:

- ✓ оцінка рухових функцій збільшилася на 25%;
- ✓ комплексна оцінка ступеня тяжкості клінічних проявів - на 22%.

разом з тим показники ступеня соціально-побутової адаптації зросли на 35%, а мовних порушень на 26%.

Література:

1. Абальмасова, Е.А. Лікування вроджених та диспластичних деформацій опорно-рухового апарату у дітей та підлітків /Е.А. Абальмасова. - Ташкент: Медицина, 1979. - 179с.

2. Баранова, А.А. Фізіологія росту і розвитку дітей та підлітків: практич. руков. А.А.. Баранова, Л.А. Щеплягіна. - М .: ГЕОТАР-Медіа, 2006. - С.281-321
3. Бородич, Л.А. Заняття плаванням при сколіозі у дітей і підлітків: кн. для вчителя Л.А.. Бородич, Р.Д. Назарова. - М .: Просвещение, 1988. - 77С.
4. Васечкин, В.І. Лікувальний масаж В.І.. Васечкин. - М .: АСТ-ПРЕСС книга, 2005. - С.210-214
5. Еникеев, А.Р., Ахмадеева Е.Н., Єнікеева З.М. Роль факторів ризику в розвитку і прогресуванні сколіозу у дітей та підлітків // Педіатрія. - 2008. - том 87. - № 1 - С.84-87
6. Железняк, Ю.Д. Основи науково-методичної діяльності у фізичній культурі і спорті: навч. посібник /Ю.Д. Железняк, П.К. Петров. - М .: «Академія», 2009. - С.115-119, С.258
7. Закревський, Л.К. Клініка і лікування вроджених сколіозів Ортопедія і травматологія. - 1969. - № 4. - 38с.
8. Казьмін, А.І. Сколіоз А.І. Казьмін, І.І. Кон, В.Є. Біленький. - М .: Медицина, 1981. - 272с.
9. Красикова, І.С. Сколіоз. Профілактика і лікування. І.С. Красикова. - СПб .: Корона-принт, 2008. - 192с.
10. Ловейко, І.Д. Лікувальна фізична культура у дітей при дефектах постави, сколіозах і плоскостопість /І.Д. Ловейко. - Л .: Медицина, 1982. - С.57-61
11. Ловейко, І.Д. Лікувальна фізична культура при захворюваннях хребта у дітей /І.Д. Ловейко, М.І. Фонарьов. - Л .: Медицина, 1988.

ПОЛІТИЧНИЙ ПРОЦЕС В КРАЇНАХ ЛАТИНСЬКОЇ АМЕРИКИ ТА
КАРИБСЬКОГО БАСЕЙНУ (ЛАКБ) В КОНТЕКСТІ ДИЛЕМИ —
ЕКОНОМІЧНЕ ЗРОСТАННЯ/СОЦІАЛЬНА ЗАХИЩЕНІСТЬ

Барабаш О. В.,

докторант, ХНПУ ім. Г. С. Сковороди

м. Харків, Україна

Поряд зі ствердженням тези, до якої часто звертається Ноам Хомський, що Латинська Америка є певним полігоном для запровадження і відпрацювання нових, експериментальних за сутністю технологій політичного та економічного характеру, на нашу думку, має право і міркування — саме в цьому регіоні найбільш виразно, соціально-амплітудно проявляються риси актуалізації проблемності майбутнього, окреслюються тенденції загальносвітових змін. Так, навіть за умов змістовної волатильності [1], результативної поляризації, та високого ступеня непередбачуваності усіх складових політичного процесу — про що свідчать хід і дані політико-виборчої кампанії в регіоні, великого циклу, який “підсумували” вибори Президента Аргентинської Республіки, і загалом, усі поточні політичні події, можна виділити *puntos clave de concentración del significado de la perspectiva* (ключові пункти зосередження щодо позначування перспективи).

1. Країни Латинської Америки та Карибського Басейну (ЛАКБ) після періоду поступового проникнення й закріплення окремих інститутів демократичного політичного режиму і, перш за все, саме у зв'язку зі впровадженням демократичного електорального законодавства (що на певний час знизило як фактичну кількість, так й ймовірність державних переворотів з подальшим зламом політичної системи), вступили в фазу демократичної рецесії, поширення стратегій поза-інституційного протистояння політичних акторів, поновлення вуличних протестних технологій в політичному процесі (Венесуела, Болівія, частково і секторально — Чилі, Перу). В цьому контексті захист завоювань демократії в регіоні розглядається в контексті необхідності

консолідованого відстоювання демократії в світі й зменшення ризиків для її майбутнього існування. [2] Загалом ситуація, за даними опитування Latinobarometro 2018, та 23 щорічної конференції [3] індикативна, виражена і симптоматична — відзначається почуття втоми від демократії, задоволеність демократією знизилась з 44% до 24 % населення регіону, є широко представленими громадянський спротив та гнів по відношенню до політики й політичної еліти, рівень легітимності політичних партій і законодавчих органів оцінюється, відповідно, на рівні 13% та 21%. Токсична комбінація настроїв і факторів в регіоні, зрештою, роблять достатньо високою вірогідність конфронтаційних сценаріїв розвитку й ведуть до зниження порогів соціально-прийняттого в політичних процесах у напрямку прийняття насилля як складової політичної боротьби. Тільки Коста-Ріка та Уругвай, зрештою, визнаються повними демократіями і не викликають стурбованості щодо розвитку подій в цих країнах.

2. На фоні проблем розвитку світової економіки та переорієнтації щодо політекономічних стратегій на національному рівні, загалом, змістовний центр щодо бачення перспектив зміщується від бінарності демократія — тоталітаризм до змістовної площини яка пов'язана з факторами економічного зростання та соціальною захищеністю. Економічна складова сучасних світових, у тому числі політичних процесів, визначається однією з ключових. *The world today seems almost suddenly awash in change. Economies struggle everywhere, the Middle East is in flames, and national borders seem to mean less than ever before.* [4, с. 18] За концептуалізації у США нинішнього стратегічного політико-економічного курсу як Nation Developmentalism [5, с. 169] та запереченням неоліберального розвитку часів президентства Барака Обами з подальшим виходом на боротьбу ще 4 стратегій, серед яких є представленим навіть демократичний соціалізм Берні Сандерса, країни ЛАКБ демонструють варіації своєї стратегічної зорієнтованості і мають вирішувати дилему економічного зростання, що представляється: або узагальнений статистичний матеріал з покращеними показниками (Жаїр Болсонару — лідер Бразилії — багато в чому слідує у фарватері слідом за курсом США і стилем самого Дональда Трампа), або і за

вимірів достатньої соціальної захищеності населення (Андрес Мануель Лопес Обрадор у Мексиці заявив про омани лібералізму та впроваджує широкі соціальні програми щодо підвищення якості освіти, безоплатності її та медицини, тощо [6]). Якщо ж запускається достатньо радикальний лівий за змістом сценарій перерозподілу соціальних благ (Венесуела, Нікарагуа, Болівія [7]), що порушує системні параметри ведення бізнесу за ліберальними стандартами, проглядається відтік капіталу, зниження показників розвитку й подальші проблеми економічного характеру. Після поразки президента Маурісіо Макрі на виборах в Аргентині, з обранням достатньо радикальних лівих поглядів лідера Альберто Анхеля Фернандеса, майже відразу обвалилась місцева грошова одиниця аргентинський песо, очікуються кризові явища в колись одній з найсильніших економік регіону, що вже тривалий час (особливо з початку 21 ст.) переживає важкі часи. Втім і слідування стратегії лібералізму, або популярній за часів ще до Рональда Рейгана радикальній версії індивідуалізму з виходом держави з площини соціальних гарантій держави по відношенню до громадян — лібертаріанству — сповнене ризиками несвоечасності й результативної програшності на фоні того ж національного розвитку. Як відзначає представник академічних кіл Лондона Алекс Каллінікас: “Парадокс навіть не в тому, що неолібералізм у кризі, а в тому, що це й до сьогодні офіційна доктрина економічної політики у більшості країн.” [8]

Загалом на фоні програм боротьби з бідністю та соціальною нерівністю, що впроваджуються на рівні ООН, досліджень капіталізму 21 ст. Тома Пікетті з аналітикою щодо виявлення основ соціальної нерівності та представлення заходів її подолання [9], оголошення лауреатів Нобелівської премії 2019 Абхіджита Банерджі та Естер Дюфло, які займались рандомізованими польовими дослідженнями щодо дієвих засобів боротьби з бідністю (Їх висновок: найбільш ефективні з них — якісна освіта та медицина), проблема алгоритму спів-існування економіки зростання й інститутів соціального захисту набуває значення однієї з ключових. “Сучасний капіталізм все одно працює не дуже добре... зберігається невідрефлексована неоліберальна політика в

структурах, де здійснюється влада...” [8] Багато в чому подальший розвиток подій і в світі і в регіоні, в тому числі щодо варіації рішення цієї проблеми, буде залежати від тієї парадигми розвитку, що буде визначена в найближчі рік-два у США у зв'язку і з виборчою кампанією Президента США, а, втім, і з загальною зорієнтованістю по відношенню до майбутності усього істеблішменту. Можливо у цьому допоможе й рефлексія з приводу питання, яке акцентовано актуалізує Алекс Каллінікас: “Цікаве питання — це не чому Трамп виграв, а чому Клінтон прогнала. Вона працювала до цього 20-30 років, у неї у якості попередника був популярний президент. І тут причина в тому, як мало політичний й економічний істеблішмент робить задля рішення масштабних проблем.” [8] Зрештою, США можуть зустрітися з новітнім викликом, що вже яскраво проявився в ЛАКБ — необхідністю реалізації перерозподільних програм, реалізацією соціальних проектів і вдосконаленням капіталізму. “Чудово, якщо Сандерс переможе, але це буде кошмар, як тільки він потрапить до Білого дому. Автори американської конституції не були дурнями: вони передбачили такий дизайн системи, щоб не дати народній більшості запуснути перерозподільні програми.” [8]

Література:

1. Winners Never Quit, Quitters Never Grow: Using Text Mining to Measure Policy Volatility and Its Link with Long-Term Growth in Latin America* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/29220/WPS8310.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. A Century Of Ideas: Battleground Of Perception: Countering Threats To Free And Open Societies Tuesday, June 4, 2019. Hauck Auditorium, Stanford University [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.hoover.org/events/century-ideas-battleground-perception-countering-threats-free-and-open-societies>
3. The 23rd Annual Conference of the Development Bank of Latin America WASHINGTON, D.C., USA PUBLISHED: 12/09/2019 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.idea.int/news-media/news/23rd-annual-conference-development-bank-latin-america>

4. A World Awash in Change. George P. Shultz [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.hoover.org/sites/default/files/research/docs/george_shultz_blueprint_for_america_aworldawashinchange.pdf

5. Atkinson R. D., Lind M. National Developmentalism: From Forgotten Tradition to New Consensus / Robert D. Atkinson, Michael Lind // American Affairs. – 2019 Volume III, – №2 (Summer 2019): – P. 165–191.

6. AMLO protesta como nuevo presidente de Me'xico; inicia la Cuarta Transformacio'n [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://noticieros.televisa.com/ultimas-noticias/amlo-presidente-mexico-protesta-como-nuevo-presidente-mexico-inicia-cuarta-transformacion/>

7. Платошкин. Переворот в Боливии. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.youtube.com/watch?v=yxXMpfZx8-U>

8. Алекс Каллиникос: «Грета Тунберг не читала Маркса, но быстро этому учится» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.colta.ru/articles/society/22696-aleks-kallinikos-greta-tunberg-ne-chitala-marksa-no-bystro-etomu-uchitsya>

9. World Inequality Report 2018 Executive Summary [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://wir2018.wid.world/files/download/wir2018-summary-english.pdf>

ШВИДКІСНО-СИЛОВА ПІДГОТОВКА КВАЛІФІКОВАНИХ ПЛАВЦІВ З ВИКОРИСТАННЯМ ДОДАТКОВИХ (ТЕХНІЧНИХ) ЗАСОБІВ

Жукова С.,

магістрант навчально-наукового олімпійського інституту

Абу Таме Бахджат Ахмед,

PhD., Іорданія

Драгунов Л.,

к.п.н., доцент кафедри історії та

теорії олімпійського спорту

навчально-наукового олімпійського інституту

Національного університету

фізичного виховання та спорту України

м. Київ, Україна

Актуальність теми. Рівень розвитку сучасного спорту в світі характеризується виключно високими спортивними досягненнями, постійним зростанням конкуренції на міжнародній спортивній арені, що обумовлює необхідність постійного пошуку нових шляхів: вдосконалення підготовки спортсменів [3, 4, 6].

Проблема підвищення ефективності спеціальної фізичної підготовки кваліфікованих спортсменів є, з одного боку, достатньо вивченою і добре розробленою, з іншого – найбільш ефективною областю дослідження [1, 2, 3, 4].

Останнім часом в підготовці кваліфікованих спортсменів особлива увага приділяється спеціальній фізичній підготовці і, насамперед, тій області, яка стосується використання різних додаткових (технічних) засобів і пристосувань, здатних надавати більш глибокий і вибірковий вплив на спеціальну підготовленість спортсмена, що забезпечує високий рівень спортивних результатів [1, 2, 3, 4, 5].

Досить сказати, що кваліфіковані плавці провідних в спортивному відношенні країн світу приділяють до 20-25% загального тренувального часу спеціальної роботі на суші з використанням різних тренажерів та інших технічних засобів, що становить 250-350 годин на рік [1, 2, 3, 4].

Разом з тим, досвід практики і результати аналізу спеціальної літератури останніх років показують, що однією з серйозних проблем спеціальної підготовленості плавців є проблема реалізації рухового потенціалу, сформованого в процесі занять на суші в умовах спортивного залу, в специфічних умовах тренувальної і змагальної діяльності плавця у воді. Зростаючий рівень силових якостей в результаті роботи на суші далеко не завжди забезпечує підвищення рівня швидкісно-силових можливостей і витривалості при виконанні швидкісно-силової роботи спеціального характеру у воді. Відомо, що кінцевою метою силової підготовки плавців є досягнення високих показників сили і потужності рухів при виконанні саме основних рухових дій, характерних для плавання [1, 2, 3, 4].

Крім того, згідно з даними спеціальних досліджень (Сайгін М.І., 1983), тривалість періоду, під час якого відбуваються пристосувальні перебудови динамічної і просторово-часової структури рухів до нового рівня фізичних можливостей, триває не менше ніж 10-12 тижнів, що істотно ускладнює ефективне виконання тренувальної роботи на необхідному рівні.

Проблема ускладнюється ще й тим, що існуючі додаткові (технічні) засоби, що використовуються безпосередньо у воді, недостатньо відпрацьовані і систематизовані, застосовуються без науково обґрунтованої методики їх комплексного використання з урахуванням роботи на суші.

Тому стає очевидною доцільність проведення досліджень з метою підвищення ефективності тренувального процесу на основі вдосконалення методики комплексного розвитку спеціальних фізичних якостей з використанням різних додаткових (технічних) засобів і пристосувань у воді.

Робоча гіпотеза. При здійсненні справжніх досліджень нами було висунуто припущення про те, що одним із дієвих способів підвищення рівня спеціальної фізичної підготовки плавців може бути спрямоване використання додаткових (технічних) засобів у воді, що стимулюють прояв якостей і здібностей, які обумовлюють рівень спеціальної працездатності при плаванні.

Метою роботи було підвищення рівня спеціальної фізичної підготовки

плавців-спринтерів шляхом спрямованого розвитку комплексу здібностей, які обумовлюють рівень спеціальної працездатності при виконанні роботи циклічного характеру в рамках тренувальних занять і мікроциклів підготовки.

Наукова новизна досліджень обумовлена розробкою та систематизацією засобів спеціальної фізичної підготовки, що виконуються на суші і у воді, на основі врахування їх переважної спрямованості і характеру впливу на основні складові спеціальної підготовленості при виконанні роботи циклічного характеру; визначенням оптимального поєднання, обсягу і місця вправ різної переважної спрямованості в тренувальних заняттях і мікроциклах підготовки при вдосконаленні швидкісно-силових здібностей і спеціальної витривалості плавців-спринтерів.

Практична значимість роботи полягає в розробці методики комплексного розвитку окремих рухових якостей і здібностей в рамках спеціальної фізичної підготовки шляхом спрямованого розвитку силових якостей на суші, що сприяють максимальному прояву швидкісних можливостей при плаванні.

Розроблені теоретичні положення і представлені практичні рекомендації можуть бути використані в процесі підготовки плавців-спринтерів як на заключних етапах багаторічної підготовки, так і на етапах становлення спортивної майстерності.

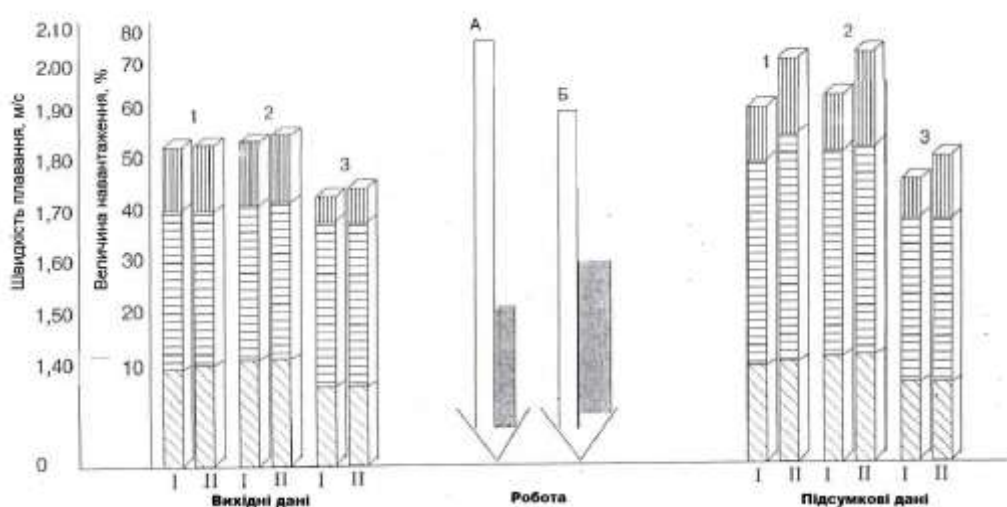


Рис. 1. Співвідношення рівня спеціальної працездатності, що проявляється плавцями I-ї та II-ї груп в серіях контрольних вправ, які виконуються до і після проведення педагогічного експерименту.

Умовні позначення: I - контрольна група;

II - експериментальна група;

1, 2, 3 - серії контрольних тестів;

Величина роботи (%)

A – плавання з використанням технічних засобів і пристосувань – 20%;

Б – плавання з використанням технічних засобів і пристосувань – 35%;

Плавання у звичайних умовах – 80 %

Плавання у звичайних умовах – 80

Співставляючи різні показники спеціальної підготовленості плавців I і II груп, можна відзначити позитивну тенденцію змін протягом всього дослідження. Такий стан дозволяє зробити висновок, що використовуваний підхід щодо комплексного вдосконалення окремих рухових якостей у рамках тренувальних занять швидкісно-силової спрямованості позитивно впливає на підвищення рівня спеціальної витривалості і: можливості до реалізації силових можливостей.

Таким чином, аналіз результатів проведених досліджень показав ефективність підходу до вдосконалення методики комплексного розвитку окремих рухових якостей на основі забезпечення раціонального поєднання навантажень різної переважної спрямованості і чергування в них вузько спрямованих засобів, які виконуються на суші та у воді, що створюють оптимальні умови для прояву швидкісних і швидкісно-силових якостей, а також можливостей спеціальної витривалості, які обумовлюють рівень дистанційної швидкості плавання у рамках тренувальних занять і мікроциклів підготовки.

ВИСНОВОК

1. Узагальнюючи дані, отримані на різних етапах роботи, можна зробити висновок, що обґрунтований підбір і поєднання вправ швидкісно-силової підготовки плавців у воді при направленому вдосконаленні окремих здібностей в програмах тренувальних занять і мікроциклів підготовки не тільки створюють умови для оптимального функціонального стану організму, але і дозволяють виконувати вправи на високому рівні інтенсивності, що призводить до суттєвого підвищення рівня спеціальної працездатності плавців в специфічних умовах плавання.

2. Аналіз і узагальнення даних про диференційоване вдосконалення окремих здібностей в тренувальних заняттях дали можливість визначити раціональне поєднання спеціальних і спеціально-підготовчих вправ різної переважної спрямованості.

В цілому можна сказати, що тренувальні заняття повинні бути побудовані таким чином, щоб засоби, спрямовані на розвиток силових якостей як на суші, так і у воді, сприяли максимальному прояву швидкісних можливостей і рівня спеціальної витривалості в специфічних умовах спортивного плавання. При цьому найбільш ефективним є така побудова тренувальних занять, де основний обсяг коштів впливу виконується в такій послідовності: вправи, спрямовані на розвиток вибухової сили (на суші); вправи, спрямовані на підвищення силових можливостей - вибухової сили і силової витривалості (у воді); вправи, спрямовані на підвищення спеціальної витривалості (у воді). Вправи, спрямовані на розвиток швидкісних здібностей; вправи, спрямовані на розвиток швидкісно-силових здібностей; вправи, спрямовані на розвиток швидкісної витривалості (у воді).

Таким чином, використання розробленого підходу до побудови мікроциклів з широким використанням різноспрямованих швидкісних і швидкісно-силових вправ спеціально-підготовчого характеру і раціонально підібраних тренувальних занять дозволить інтенсифікувати тренувальних процес і підвищити його якість.

Реалізований підхід в процесі підготовки спортсменів сприяв підвищенню показників рівня спеціальної працездатності в окремих швидкісних і швидкісно-силових вправах і їх серіях.

Таким чином, проведені нами дослідження дозволяють зробити висновок, що реалізований нами підхід щодо розвитку окремих рухових якостей на основі забезпечення оптимального поєднання навантажень різної переважної спрямованості і раціонального чергування в них вузько коштів створюють необхідні умови для прояву здібностей, які обумовлюють рівень швидкісного плавання, що в цілому призводить до підвищення інтенсифікації тренувального

процесу і значного підвищення рівня спеціальної працездатності і плавців-спринтерів.

Література:

1. Вайцеховский СМ. Система спортивной подготовки пловцов к олимпийским играм: автореф. дис. ... д.пед.наук. М.; 1985; 52 с.
2. Маглишо ЭУ., Платонов ВН. Спортивное плавание. Путь к успеху в 2-х книгах. К.; Олимп. литература; 2011.
3. Платонов ВН. Двигательные качества и физическая подготовка спортсменов. К.; Олимп. литература; 2019; 658 с.
4. Платонов ВН. Система подготовки спортсменов в олимпийском спорте. Общая теория и ее практические приложения: в 2 кн. / В.Н. Платонов. – К.: Олимпийская литература, 2015; Кн. 1; 680 с.
5. Платонов ВН. Периодизация спортивной тренировки. Общая теория и ее практические приложения. – К.: Олимпийская литература, 2013. Кн. 1; 624 с.
6. Bompa TO. Periodization of strength. The new wave in strength training // Veritas Publishing inc., 1995; P. 279.

УДК 321.01

Політичні науки

ВПЛИВ ПОЛІТИЧНИХ ПАРТІЙ НА ІНСТИТУТИ ПУБЛІЧНОГО ВРЯДУВАННЯ ПІД ЧАС ПЕРЕХОДУ ДО ДЕМОКРАТІЇ

Усенко І.І.,

*слухачка Навчально – методичного центру
післядипломної освіти та підвищення кваліфікації*

*Дніпровського національного
університету імені Олеся Гончара
м. Дніпро, Україна*

У сучасному світі політичні партії досить часто впливають як на економічні процеси, соціальні явища та навіть на міжнародні відносини, так і на органи державної влади. Вони є одним із фундаментальних інститутів сучасного суспільства, тому розгляд питання впливу політичних партій на

інститути публічного врядування є актуальною темою, особливо якщо говорити про країни, в яких відбувається перехід від авторитаризму до демократизму.

Партії є найбільш універсальною політичною формою громадської організації, що спеціально пристосована для політичної діяльності в умовах представницької демократії. І доки існуватимуть останні, будуть існувати і партії. Саме на партійній основі формуються уряди, і будь-який політичний режим, що претендує на легітимність, ґрунтується на консенсусі й представництві, не може обійтися без партій. У той же час варто зазначити, що політичні партії мають виконувати ті ролі, що потребує від них демократичний режим, а також позитивно впливати на розвиток управлінських процесів. [1, с.123].

Більшість країн мають велику кількість політично активних груп. Основною відмінністю політичної партії від усіх інших організацій є наявність такої мети, як заміщення посад державної влади своїми представниками. Саме партії є тією ланкою, що пов'язує різноманітні елементи суспільства та окремого громадянина з владними структурами [2, с. 323]. Тому в умовах реформування значної частини секторів в системі публічного управління важливим є розгляд питання впливу політичних партій на розвиток політико-адміністративних процесів, а також їх взаємодії з гілками влади. У свою чергу результати дослідження можна використати для підвищення результативності функціонування політико-адміністративного управління, що тільки підтверджує важливість опрацювання зазначеної проблематики.

Відповідно до чинного законодавства функції та завдання політичних партій мають дещо суспільний характер. На думку Л. Гонюкової, одним із головних функціональних завдань політичних партій є акумулювання суспільних інтересів та сприяння їх організованому і цілеспрямованому просуванню в процесі прийняття політичних рішень [3, с. 121]. По суті, в цьому і проявляється державницький характер політичних партій.

На сьогодні саме структуровані та багатофункціональні політичні партії вважаються рисою високорозвиненого і цивілізованого суспільства. За цієї причини партії існують у більшості країн та в усіх політичних системах.

Політичні партії активно залучаються до формування державної політики та управління. Рівень впливу на процеси управління залежать від декількох факторів, а саме:

- форми правління;
- типу виборчої системи.

Таким чином, залежно від форми правління, а вона може бути президентською, змішаною чи парламентською, визначається місце та роль парламентських фракцій під час створення уряду, а також окреслюється рівень впливу на взаємовідношення гілок влади у державі.

Залежно від типу виборчої системи (мажоритарної, пропорційної чи змішаної) відбувається визначення своєрідних рамок, відповідно до яких обмежується участь громадян у демократичних процесах країни, а також ролі партій в організації роботи парламенту.

Варто також зазначити, що трансформація механізмів взаємодії державних процесів та політичної системи потребує визначення на конституційному рівні статусу влади загалом і розподілу повноважень між її гілками для поліпшення стану політико-адміністративних процесів. Для того, щоб досягти високого рівня ефективності управління, політичні партії у своїй діяльності мають дотримуватись певних управлінських принципів, які на сьогодні не визначено законами чи Конституцією України. Проте у своїх працях Л. Гонюкова виокремлює такі основні варіанти базових і в той же час обов'язкових для партій управлінських принципів: значущість, послідовність, інформованість, зворотний зв'язок [4, с. 209].

Відзначимо, що будь-який процес управлінського характеру формується з виконання послідовних дій. Через те суб'єкт процесу завжди має, в першу чергу, визначити цілі своєї діяльності, а по-друге, окреслити етапи досягнення таких цілей. Тому важливо керуватись своєрідним синтезом принципів «бачення кінцевого результату» і виконання поточних завдань, і не нехтувати принципом наступності. Але варто наголосити, що напрямки практичної діяльності обираються саме залежно від вимог розвитку суспільства і буденних потреб людей, а не від власних бажань політичних діячів.

Поступово все більш чітко відзначається тенденція до зміни функції політичних партій у громадянському суспільстві, сучасній політичній системі, а значить і в державній владі. Можна навіть стверджувати, що від партій протягом останніх років найчастіше вимагалось виконання більше комунікативної функції, ніж боротьба за владу. Хоча позачергові вибори народних депутатів України у 2019 році показали, що у будь-яких тенденцій є виключення, адже саме під час цих виборів налагодження контактів та зворотного зв'язку між громадськістю та владою стали невід'ємною частиною активного суперництва за владні повноваження в цілому.

Отже, політичні партії займають провідне місце у політичній та владній системі. Недосконалість інституту політичних партій, невизначеність на законодавчому рівні функцій та принципів партій може призвести до недостатньою дієздатності держави, адже втрачається зворотний зв'язок між ними та контроль над політичними процесами. До того ж без розвиненої системи політичних партій не може існувати сучасна, прогресивна, демократична країна.

Література:

1. Концептуальні засади взаємодії політики й управління: навч. посіб. / авт. кол.: Е. А. Афонін, Я. В. Бережний, О. Л. Валевський та ін.; за заг. ред. В. А. Реб-кала, В. А. Шахова, В. В. Голубь, В. М. Козакова. – К.: НАДУ, 2010 – 300 с.
2. Бессонова М., Бірюков О., Бондарук С. та ін. Основи демократії: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / за заг. ред. А. Колодій. – Київ: Ай Бі, 2002. – 684 с.
3. Гонюкова Л. Політичні партії як інститут державної політики та управління: теоретико-методологічний аналіз: монографія / Лілія Гонюкова; за наук. ред. д-ра політ. наук Л. Є. Шкляра. – К.: НАДУ, 2009. – 392 с.
4. Гонюкова Л. Участь політичних партій у політико-управлінській діяльності держави [Електронний ресурс] / Л. Гонюкова // Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентіві України. – 2009. – Вип. 2. – С. 204-211. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpnadu_2009_2_23.

РОЗВИТОК СИСТЕМИ ДЕРЖАВНОГО ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В УКРАЇНІ

*Юрчак Ю.Ю.,
студент Інституту
адміністрування та післядипломної освіти
Національного університету «Львівська політехніка»
м. Львів, Україна*

Станом на сьогодні найскладнішою справою є формування нової політичної і управлінської еліти. Безумовно, її слід створювати з «нуля» – з молодого покоління людей, які незаангажовані старою політичною системою і системою державного бюрократичного управління. Актуальним питанням є розроблення системи формування публічних службовців. Цілком очевидно, що необхідно рухатися одночасно декількома напрямками реалізації цього процесу:

1. Науковці повинні забезпечити майбутню політичну і управлінську еліту чітко сформованою науковою парадигмою публічного управління. При цьому, варто чітко відмежувати її від існуючої парадигми державного управління. Без цього формування нової еліти виглядає досить проблематично, оскільки саме науковці мають стабілізувати процес вдосконалення змісту публічного управління. Оновлені інститути мають бути створені на основі оновлених системних конструкцій, що не сприймаються частиною суспільства із застарілим мисленням або поведінкою, що орієнтована на застарілі норми (наприклад, хабарництво). Звідси виходить відкритий або прихований супротив перетворенню старих інститутів на нові, можливо навіть через їх повне руйнування.

2. Наукова парадигма публічного управління має бути покладена в основу освітнього процесу з підготовки політиків і управлінці за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» і формування у них новітніх професійних компетенцій, знань, навичок і вмінь.

3. Взаємодія науки, освіти і практики публічного управління та

адміністрування забезпечить трансформацію системи державного управління в систему публічного управління з середини через залучення до політичного і управлінського процесу нової генерації політиків і управлінців на всіх рівнях соціальної структуризації суспільства [1].

Правила, закони, процедури можуть закріплювати як позитивні так і негативні зміни, тобто можуть бути зорієнтовані на прогресивний розвиток системи публічного управління і суспільства в цілому або шкодити йому. У зв'язку з цим виникає потреба перевірки змісту інституціональних заходів з точки зору їх спрямованості. Таку перевірку доцільно здійснювати за допомогою аналізу їх впливу на стан державно-управлінських відносин.

Розвиток публічного управління може відбуватися різними шляхами:

- перерозподіл повноважень і відповідальності (фактично демократизація державно-управлінських відносин);
- підвищення ступеню представлення і реалізації інтересів учасників; комплексне удосконалення по усіх напрямках;
- трансформації практично усіх компонентів системи публічного управління - функцій, структури, методів, технологій, рівня і характеру кваліфікації працівників.

Дослідження і корекції потребують не тільки вертикальні і горизонтальні зв'язки в системі «Влада» Це стосується відносин між державою і громадянським суспільством, між державою і Людиною, між системою державного управління і системою місцевого самоврядування, між керівником і підлеглими у будь-якій установі тощо. Запровадження нового терміну «публічне управління», який поєднує державне управління та місцеве самоврядування, не змінило існуючий стан взаємин між установами, що відносились до цих різних систем, як і раніше, органи місцевого самоврядування відіграють другорядну роль і відчувають значний владний тиск з боку системи державного управління (в менший мірі це стосується великих міст). Традиція високого рівня централізації влади виявилася дуже міцною і потрібно докласти багато зусиль і теоретикам і практикам для її подолання і забезпечення реального просування українського суспільства по

шляху становлення і розвитку демократії [2].

Перспективи розвитку публічного управління в Україні:

- ринково-ліберальний, сформульований в концептуальних моделях нового менеджменту, оновленого управління, який спирається на ринкову модель, байдужу до політики, у якій громадянин з'являється в образі споживача або клієнта;
- ліберально-комунітаринський, який розвивається в концепції "політичних мереж" і спирається на розвиток структурних взаємовідносин (договірних) між політичними інститутами держави й суспільства, а також таких, що визнають рівність громадян, як і інших суб'єктів мережі;
- демократичного громадянства, яке спирається на особливе "рецептивне управління", що покликане служити громадянинові, а не клієнтові (споживачеві) [3].

Тільки тоді, коли в Україні буде проаналізовано та виділено головні пріоритети для удосконалення державного управління та розпочато впровадження їх в життя, наприклад, через розроблення концепції публічного управління в Україні, стане можливим не тільки становлення публічного управління, а й його розвиток.

Концепція публічного управління повинна ґрунтуватися на реальних демократичних цінностях правової держави, запровадженні нової ідеології, у якій пріоритетним є реалізація прав і свобод громадян у спільній діяльності з державними інститутами. Метою концепції публічного управління має стати поетапне створення такої системи публічного управління, яка забезпечить формування сучасної, ефективної та результативної системи управління та дасть можливість Україні стати на один рівень з країнами розвиненої демократії. Наступним кроком має стати перегляд законодавчої бази у сфері державного управління, урахувавши існуючий досвід розвинених країн західних демократій, які за короткий термін досягли певних результатів.

Процес реформування різних гілок влади частково починався, але зміна політичних партій у топ-менеджменті влади вносила свої корективи, які його

гальмували. Щоб на майбутнє уникнути помилок та прорахунків потрібно розробити стратегію розвитку країни на перспективу без права перегляду. Цей процес вже потрібно розпочати і рухатися "крок за кроком", максимально абстрагуючись від різних політичних впливів.

У цій стратегії обов'язково має бути враховано концепцію публічного управління і закон про публічну службу України та інші законодавчі акти. При цьому слід урахувати пропозиції теоретиків-науковців, практиків-управлінців з обов'язковим урахуванням міжнародного досвіду та залученням громадської думки. Основною метою є наближення влади до громадян, з наданням їм можливість на практиці реалізовувати свої права. Це буде перший крок держави назустріч своїм громадянам, що забезпечить у вітчизняному суспільстві вдосконалення діяльності державних інститутів та відкриє шляхи до розвитку публічного управління.

Література:

1. Мартиненко В.М. Публічне управління XXI століття – наукова парадигма становлення нового світового порядку та формування нової генерації політичної і управлінської еліти / В. М. Мартиненко. – Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2003. – 220 с.

2. Мельтюхова Н.М. Удосконалення державно-управлінських відносин як основа інституціоналізації процесу реформування публічної влади: / Н. М. Мельтюхова. – Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2010. – 204 с.

3. Аль-Атті І. В., Публічне управління: сутність і визначення / І. Аль-Атті // Аспекти публічного управління. – 2018. – Т. 6. – № 8. – С. 35-41.

