

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



**«НАУКОВІ ПІДСУМКИ 2018 РОКУ»**

**17 грудня 2018 року**

**Частина 13**



**м. Вінниця**

Наукові підсумки 2018 року, XXV Міжнародна науково-практична інтернет-конференція. – м. Вінниця, 17 грудня 2018 року. – Ч.13, с. 64.

Збірник тез доповідей укладено за матеріалами доповідей XXV Міжнародної науково-практичної інтернет- конференції «Наукові підсумки 2018 року», 17 грудня 2018 року, які оприлюднені на інтернет-сторінці [el-conf.com.ua](http://el-conf.com.ua)

Адреса оргкомітету:  
2018, Україна, м. Вінниця, а/с 5088  
e-mail: [el-conf@ukr.net](mailto: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, їх наукові керівники та рецензенти.

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

## ЗМІСТ

### Медичні науки

<i>Андрєєва В.С., Колесник М.Р.</i> БАКТЕРІОФАГИ: З МИНУЛОГО В МАЙБУТНЄ.....	5
<i>Гіндіна М.С.</i> МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ РІВНЯ НАВЧАЛЬНИХ ДОСЯГНЕНЬ СТУДЕНТІВ НА ЗАНЯТТЯХ З ОСНОВ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ ТА МЕДИЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ .....	9
<i>Голуб М.В., Невхорошев Є.О., науковий керівник Васильченко Ю.В.</i> КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК: ПЕРВИННИЙ ІМУНОДЕФІЦИТ, АУТОІМУННИЙ ЛІМФОПРОЛІФЕРАТИВНИЙ СИНДРОМ У ДИТИНИ 2-Х РОКІВ ...	16
<i>Дутко Г.З.</i> ДОСЛІДЖЕННЯ МІСЦЕВОГО АНТИМІКРОБНОГО ІМУНІТЕТУ РОТОВОЇ РІДИНИ У ДІТЕЙ З ОСНОВНИМИ СТОМАТОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА ОЛІГОФРЕНІЮ. ....	19
<i>Корольова М.І., Костик А.Ю., науковий керівник Сікора В.В.</i> ВИБІР ТАКТИКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ СТРИКТУР НИЖНЬОЇ ТРЕТИНИ СЕЧОВОДУ У ЖІНОК .....	22
<i>Моргун А.О., Борщ С.С., Хижняк В.В.</i> ПРО НЕОБХІДНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ ЕЛЕКТРОННОЇ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЙНОЇ СИСТЕМИ В УКРАЇНІ .....	23
<i>Островська А.М.</i> КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК: ЗАСТОСУВАННЯ КЛОПІКСОЛУ ПРИ КАТАТОНІЧНІЙ ФОРМІ ШИЗОФРЕНІЇ .....	26
<i>Пащенко В.В.</i> КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЧОЛОВІКІВ МОЛОДОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ» .....	27
<i>Репецька О.М.</i> ВПЛИВ ГІПОТИРЕОЗУ НА СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТА .....	35
<i>Хижняк В.В., Моргун А.О.</i> ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ .....	39
<i>Хомицкий Н.Е.</i> ПОКАЗАТЕЛИ СОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІИ И КРИТИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ..	42

*Хоміцький М.Є.* КОМПАРАТИВНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІКО-ЕТОЛОГІЧНИХ  
ХАРАКТЕРИСТИК ЖЕСТУ ПРИ СОЦІАЛЬНО-КОМУНІКАТИВНІЙ  
ПОВЕДІНЦІ ХВОРИХ НА ЕНДОГЕННІ ПСИХОЗИ З ЕПІЗОДИЧНИМ  
ПЕРЕБІГОМ В СТАНАХ РЕМІСІЇ / ІНТЕРМІСІЇ ..... 45

*Цап Р.В.* ОСОБЛИВОСТІ ПІДХОДУ У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТОК ІЗ  
ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ КІСТАМИ ЯЄЧНИКІВ ..... 48

*Соціологічні науки*

*Кулинич А. Ю.* МІЖНАРОДНІ ОПЕРАЦІЇ З ПРОТИДІЇ ПІРАТСТВУ ..... 50

*Солодовникова О.Ф.* «АНАЛІЗ ВЛИЯНИЯ ТРУДОВОГО КОЛЛЕКТИВА  
НА ПОВЕДЕНИЕ ИНДИВИДА» ..... 56

## БАКТЕРІОФАГИ: З МИНУЛОГО В МАЙБУТНЄ

*Андрєєва В. С., Колесник М. Р.*  
*студенти I медичного факультету*  
*Харківського національного медичного університету*  
*м. Харків, Україна*

Загальне зниження ефективності антибіотиків, збільшення загальної кількості антибіотикорезистентних штамів, та усвідомлення клінічної важливості такого явища як дисбактеріоз нашкоджують науковців на розроблення прогресивних методів захисту від патогенних бактерій. Яскравим прикладом є створення понад сто років тому бактеріофаготерапія, ефективність якої продемонстровано у 1919 року проти *Shigella dysenteriae*. Так, у 1938 році було проведено клінічне дослідження (219 пацієнтів з бактеріальною дизентерією, з яких 138 дітей та 81 дорослий). Лікування проводилось за допомогою фаготерапії, що складалася з бактеріофагів, націлених проти *Shigella flexneri*, *Shigella shiga*, *E. coli*, *Proteus* spp., *P. aeruginosa*, *Salmonella typhi*, *Salmonella paratyphi* A і B, *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp. та *Enterococcus* spp.. Суміші фагів, спрямованих проти цих бактерій, вводились орально або ректально. Загалом, у 74% досліджуваних симптоми були вилікувані повністю. Далі, у 1974 році, протягом тифоїдної епідемії когортне дослідження (18577 дітей) профілактичного втручання показало 5-ти кратне зниження захворюваності, порівняно з плацебо.[1] Однак, не дивлячись на величезні позитивні ефекти застосування фагів для лікування пацієнтів, такий тип терапії майже не застосовується, бо правила тестування препаратів у США та ЄС потребують певного, ідентичного вихідного матеріалу, що унеможливорює фаготерапію, яка наразі адаптується для кожного пацієнта окремо. [2]

Більш сучасні дослідження показали ефективність фагів проти *C. difficile*: у хом'яків, що отримали постінфекційну дозу фагів, виживання склало 11/12, в той час коли контрольна група (тварини отримали *C. difficile* та кліндоміцин) померла протягом 96 годин. [1]

Фаги - прості, дуже різноманітні організми, що складаються з нуклеїнової кислоти, вкритої протеїновою капсулою. Вони не здатні до самостійної репродукції. Помірні фаги вбудовують свій генетичний матеріал (профаг) та передаються вертикально з кожним поділом бактерії. Літичні фаги “взламують” протеїнсинтезуючу систему клітини, використовуючи її для власної репродукції, внаслідок чого клітина гине. На жаль, наразі не існує механізму, який дозволив би контролювати перехід літичного фагу в стан помірною чи навпаки. З деякого критичного моменту кількість фагів достатня, щоб їхні протеолітичні ферменти були активовані та пошкоджували пептидогліканову стінку бактерії. [3]

Класична фагова терапія спирається на використання фагів для лізису бактерій локально в місці інфікування. Біотехнологічні дослідження пропонують нові стратегії, використовуючи як фаги, так і лізуючі протеїни. Серед них найбільш обіцяючими є ізольовані, закодовані фагами літичні ферменти, функціонально близькі до антимікробних еукаріотичних ензимів лізосом. Два найбільших класи протеїнів, які працюють під час лізису бактеріальної стінки хазяїна, є трансмембранний білок холін та гідролізуючий пептидогліканову стінку лізін. Саме холін слугує тригером у літичному циклі. [3]

Варіації цих білків зумовлюють таке широке структурне та біохімічне розмаїття бактеріофагів: кожний фаг кодує декілька унікальних лізинів та холінів. Деякі з них високоспецифічні, а інші, як нещодавно відкритий лізин АВgr46, показують широкий спектр дії (міжвидовий). АВgr46 може лізувати ряд грамнегативних патогенів: *A. baumannii*, *P. aeruginosa*, та *Salmonella typhimurium*. Лізини здатні самостійно руйнувати бактеріальну стінку, в той час як холіни - ні. Саме тому лізінам приділяють багато уваги, розроблюючи антимікробні агенти: вони швидкодіючі, специфічні та неактивні щодо еукаріотичних клітин. Так, у дослідженнях на мишах, що мали бактеріємією, спричинену антибіотикорезистентними *A. baumannii*, *Streptococcus pneumoniae*, та MRSA, лізини показали вдалий результат. [3]

Також, сучасне “молекулярне” мислення дає можливість розвивати та поширювати нові методи застосування бактеріофагів: такі, як застосування

генних продуктів CRISPR/Cas. Як відомо, ці генетичні послідовності пов'язані з адаптивною імунною системою бактерій. Прикладом використання біоінженерних бактеріофагів є доставка CRISPR/Cas, запрограмованих на роз'єднання антибіотико-резистентних генів, та знищення плазмід з генами антибіотикорезистентності. Такі фаги можуть бути використаними, наприклад, на будь-яких поверхнях лікарень аби зменшити частоту та розповсюдження антибіотико - резистентних генів. [4]

На жаль, навіть на сьогоднішній день не відомо жодного дослідження, яке б досліджувало лікувальні дії фагів у великих масштабах. Проте, це не заважає використовувати цю технології для допомоги пацієнтам. Наприклад, у Бангладеші у 2009 році був проведений експеримент, під час якого успішно лікували дітей за допомогою фагів T4 від діареї, завданою *E. coli*. Також ведуться дослідження, щодо застосування фаготерапії при некрозі у хворих цукровим діабетом. Вчені з США у рамках дослідження "Phagopied" продемонстрували пальці ніг з гангреною, викликаною *Staphylococcus aureus* до та через 2 місяці лікування - їм вдалося зберегти кінцівки від ампутації. [5,с. 58] У інституті Eliava провели подібне дослідження та продемонстрували ефективність мазі, аплікованої на поверхню виразки, що складалася з *S.aureus*-направлених бактеріофагів. Всі шість пацієнтів повністю одужали. [6]

Фаготерапія станом на сьогоднішній час у країнах ЄС та США не розроблена, а от у харчовій індустрії використовують декілька комерційних препаратів для біологічного контролю бактеріальних патогенів, узгоджених з FDA за класифікацією "загально безпечні". Прикладом таких препаратів є: *Salmonella* spp., *Listeria monocytogenes*, MRSA, *E. coli* O157:H7, *Mycobacterium tuberculosis*, *Campylobacter* spp., та *Pseudomonas syringae*. Саме біоконтроль є одним із найобговорюваніших питань у сфері бактеріофагів станом на сьогодні: покращення безпеки їжі ( на різних стадіях приготування м'яса, аби зменшити зараження фруктів, молочних продуктів та ін.) Крім того, бактеріофаготипування є розповсюдженим методом лабораторної діагностики.[6]

Також, не можна не відмітити той факт, що однією з найважливіших проблем використання бактеріофагів, зокрема контролю за їхніми стадіями, залишається важкість їх характеризування, на відміну від тих самих антибіотиків. Також для застосування такого методу лікування необхідно розробляти індивідуально.

Отже, наразі схема терапії виглядає так: літичні фаги збирають для приготування “фагових коктейлів”, що містять декілька видів бактеріофагів, ефективність яких була доведена *in vitro*. [ ] Наразі активно розвивається проект створення банку фагів у місті Брауншвейг у Німеччині. За мету вчені поставили зібрати якомога більше видів фагів у одному місці. Так, вже наявні бактеріофаги проти таких штамів, як *Yersinien*, *Pseudomonaden* та *Enterococcus faecium*. [2]

Підсумовуючи, використання вірусів бактерій є перспективним, різноспрямованим та ефективним напрямком медицини майбутнього, яка активно розвивається інтегруючи різні галузі природничих наук, та обіцяє у найближчі роки доказати свою результативність.

#### Література:

- 1) «Phage therapy: An alternative to antibiotics in the age of multi-drug resistance» Derek M Lin, Britt Koskella, and Henry C Lin World J Gastrointest Pharmacol Ther. 2017 Aug 6; 8(3): 162–173.
- 2)<https://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/infektionskrankheiten/mre/artikel/944837/antibiotikaresistenzen-phagentherapie-weg-misere.html>
- 3)“Applications of Bacteriophages in the Treatment of Localized Infections in Humans” Vera V. Morozova,\* Valentin V. Vlassov, and Nina V. Tikunova Front Microbiol. 2018; 9: 1696.
- 4)<https://international.neb.com/tools-and-resources/feature-articles/crispr-cas9-and-targeted-genome-editing-a-new-era-in-molecular-biology>
- 5) Molling K. Bakteriophagen: Viren statt Antibiotika, Spektrum spezial 2018 Jul 2: 54 - 61
- 6) Weinbauer MG. Ecology of prokaryotic viruses. FEMS Microbiol Rev. 2004;28:127–181. [PubMed]



МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ РІВНЯ НАВЧАЛЬНИХ ДОСЯГНЕНЬ СТУДЕНТІВ  
НА ЗАНЯТТЯХ З ОСНОВ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ ТА МЕДИЧНОЇ  
ТЕРМІНОЛОГІЇ

*Гіндіна М.С.,  
магістрант кафедри педагогіки факультету  
романо-германської філології  
Одеський національний університет імені І. І. Мечникова  
м. Одеса, Україна  
викладач основ латинської мови та медичної термінології  
вищої кваліфікаційної категорії,  
педагогічне звання «старший викладач»  
Кременчуцький медичний коледж  
імені В. І. Литвиненка  
м. Кременчук, Полтавська обл., Україна*

«Основи латинської мови та медичної термінології» як навчальна дисципліна вивчається студентами за спеціальністю 223 «Медсестринство» зі спеціалізації «Сестринська справа», «Лікувальна справа» та «Акушерська справа» протягом одного - двох семестрів на першому році або на першому - другому році навчання у медичному коледжі. Навчальна дисципліна ґрунтується на вивченні фонетики та морфології, анатомічної термінології, ботанічної номенклатури, хімічної номенклатури, рецептури, клінічної термінології та інтегрується з базовими та клінічними дисциплінами. Мета вивчення латинської мови спрямована на формування професійно-орієнтованої комунікативної компетентності та закладає основи знань з фармацевтичної та медичної термінології з перспективою їх подальшого використання у професійній діяльності.

Видами навчальної діяльності студентів згідно з навчальним планом є практичні заняття і самостійна поза аудиторна робота студентів (СПРС). Аудиторні заняття за методикою їх організації є практичними та передбачають:

- 1) вивчення основ граматики з латинської мови;
- 2) оволодіння навичками

читання, розуміння та двостороннього перекладу анатомічних, клінічних, фармацевтичних термінів та рецептів; 3) вивчення основ медичної термінології на базі опрацювання вправ; 4) вивчення крилатих латинських висловів та афоризмів. Ураховуючи вище зазначене, теми та їх обсяг для вивчення підібрано таким чином, щоб врахувати не лише навчальну мету дисципліни чи вихідний рівень знань студентів, а їх інтереси та пізнавальну діяльність.

Успішному засвоєнню основ латинської мови та медичної термінології студентами-медиками допомагає різноманітні форми проведення занять та діагностики рівня навчальних досягнень.

Система оцінювання успішності й зарахування окремих складових дисципліни передбачає такі елементи: поточну успішність, самостійну роботу і залік. Поточна навчальна діяльність студентів контролюється на практичних заняттях відповідно до конкретних цілей та під час індивідуальної роботи викладача зі студентами. Застосовуються такі способи діагностики рівня підготовки студентів: контрольне читання і переклад; усне повідомлення; тести, письмові роботи. Під час оцінювання засвоєння кожної теми за поточну навчальну діяльність студенту виставляються оцінки за 4-ри бальною (традиційною) шкалою з урахуванням затверджених критеріїв. Студент має отримати оцінку за кожне заняття. Але кожного року впроваджуються нові форми організації письмових робіт, нові види завдань. Велика увага приділяється виконанню завдань, що сприяють формуванню клінічного мислення майбутніх медичних працівників, враховують креативність та творчий підхід студентської молоді.

Так після подання матеріалу з теми «Вступ. Латинський алфавіт. Голосні. Дифтонги. Приголосні» студентам пропонується навести приклади відомих слів з префіксами *hyper-*, *hypo-*, *dys-*, *hydr-*, *oxy-* навіть не пов'язаних з медициною. Студенти охоче називають, крім гіпертонії та гіпотонії, гіперглікемію, гіпоглікемію (у разі, якщо хтось із рідних страждає на цукровий діабет), гіперактивність, гіподинамію, дистрофію, дистонію, гідравліку, гідрофобію,

оксид, гідроксид та інші. На закріплення матеріалу можна запропонувати скласти на дошці кросворд. Активізувати студентів можна духом змагання між рядами. Найбільш активні студенти отримують бали, які враховуються на наступному занятті при виставленні оцінок.

Для визначення рівня підготовки до уроку на другому практичному занятті крім традиційного оцінювання знання алфавіту, читання вправ, словникового диктанту двох типів: 1) викладач диктує слово із лексичного мінімуму на українській мові, а студент записує латинською мовою; 2) викладач диктує слово на латинській мові, студент записує на латинській та українській мовах, пропонуються загадки та ігри. Для фронтального опитування можна запропонувати відгадати загадку, наприклад: «Буває доброякісна й злоякісна - tumor - пухлина», «Завжди у роті, а не ковтнеш - lingua - язик» та інші, а на закріплення матеріалу - гру: «Я знаю п'ять назв хімічних елементів...», «Я знаю п'ять анатомічних термінів...», «Я знаю п'ять клінічних термінів...».

На наступних заняттях крім традиційних завдань на переклад та читання вправ, можна також запропонувати тестові завдання та розв'язування ситуаційних задач, як типових так і нетипових. Наприклад: «Ви працюєте медичною сестрою у відділенні торакальної хірургії. На якій частині тіла виконуються оперативні втручання у вашому відділенні? Відповідь аргументуйте». - Відповідь «На грудній клітці, бо thorax - грудна клітка». Або «Пацієнту з дитячим церебральним паралічем призначено церебралізін. На який орган впливає препарат?». - Відповідь «На головний мозок, бо cerebrum - головний мозок». Такі завдання залюбки виконуються студентами, тому що наближають їх до клінічних дисциплін обраної ними професії. Можна увесь навчальний матеріал розподілити на декілька блоків: 30% співвідносяться з анатоомо-гістологічним розділом програми, 30% – із клінічним, 30% – із фармацевтичним. Ураховуючи притаманне латинській мові загальнокультурне значення дисципліни, 10% питань традиційно спрямовані на перевірку знань студентів з історії розвитку латинської медичної термінології, латинських афоризмів і професійних кліше.

Утворення різних моделей анатомічних термінів найбільше дотичні до понять узгодженого та неузгодженого означення. Можна запропонувати студентам завдання з наведення прикладів парних органів: *oculus dexter* - праве око, *oculus sinister* - ліве око; *clavicula dextra* - права ключиця, *clavicula sinistra* - ліва ключиця; *atrium sinistrum* - ліве передсердя, *atrium dextrum* - праве передсердя ті інші. Завдання на переклад термінів з неузгодженим означенням, як правило викликає труднощі, наприклад: *bulbus oculi* - очне яблуко або яблуко ока; *columna vertebrarum* - хребетний стовп або стовп хребців. Наприклад, один студент наводить приклади термінів з узгодженим, а інший - з неузгодженим означенням.

Досить цікаві та різноманітні завдання наближають студентів до вивчення фармакології. Окремі теми на 100% стосуються фармацевтичної термінології. Так, для визначення рівня знань студентів з теми «Тривіальні назви лікарських засобів» пропонуються наступні види завдань: 1) підкреслити частотні відрізки у назвах лікарських засобів, вказати їх значення, записати назви українською мовою. Наприклад: *Analginum* - an- заперечення, відсутність, -alg- -біль (анальгін - знеболюючий засіб); *Fercovenum* - ферковен, містить залізо, кобальт, вводять внутрішньовенно; *Almagel* - альмагель, містить алюміній, магній, у вигляді гелю. 2) тести на знаходження правильної відповіді; 3) тести на знаходження помилкової відповіді, 4) тести на знаходження логічно зв'язаних пар; 5) перекласти рецепт з української мови на латинську; 6) перекласти рецепт з латинської мови на українську; 7) визначити, з якої рослини отримують препарат, наприклад: адонізид - з горицвіту (*Adonis* - горицвіт), піносол - із сосни (*Pinus* - сосна), папаверин - із маку (*Papaver* - мак); 8) розв'язати ситуаційну задачу, наприклад: Ви працюєте медичною сестрою у гастроентерологічному відділенні. Гастроентеролог призначив пацієнту з хронічним холециститом препарат алохол. Запишіть усі зазначені терміни латинською мовою та вкажіть їх значення. - Відповідь: *gastroenterologia* - гастроентерологія, вчення про шлунково-кишковий тракт, *gastroenterologus* - гастроентеролог, лікар, що лікує захворювання шлунково-кишкового тракту,

cholecystitis - холецистит - запалення жовчного міхура, Allocholum - алохол, жовчогінний препарат.

Прикметники у фармацевтичній термінології систематизуються:

1) у назвах лікарських форм: I групи - *tabuletta obducta* -таблетка, вкрита оболонкою, *capsula gelatinosa* - желатинова капсула, *capsula amylacea* - крохмальна капсула, *extractum fluidum* - рідкий екстракт, *extractum spissum* - густий екстракт, *extractum siccum* - сухий екстракт; II групи - *suppositorium rectale* – ректальна свічка, *suppositorium vaginale* - вагінальна свічка. Отже, для перевірки знань, вмінь, навичок доцільним є завдання на переклад та складання рецептів, при цьому слід врахувати порядок слів у рецептурному рядку.

2) у ботанічних назвах лікарських рослин: I групи - *Mentha piperita* - м'ята перцева, *Sambucus nigra* - бузина чорна, *Urtica dioica* - кропива двудомна; II - *Convallaria majalis* -конвалія травнева, *Juniperus communis* - ялівець звичайний, *Pinus silvestris* - сосна лісова та інші. Робота з гербарієм та малюнками лікарських рослин дозволяють зробити опитування більш цікавим та різноманітним.

3) у назвах лікарських засобів та препаратів: *tinctura amara* - гірка настойка, *Camphora trita* - терта камфора, *Succus gasticus naturalis* - натуральний шлунковий сік, *Elixir pectorale* - грудний еліксир. Завдання на узгодження прикметників з іменниками, тестові та завдання з рецептури можна використати для перевірки цих назв.

4) у назвах фармакологічних груп: *remedia cardiaca* - серцеві ліки, *remedia sedativa* - заспокійливі ліки та інші. Крім традиційних тестових завдань та ситуаційних задач можна запропонувати студентам розподілити зразки препаратів за групами, використовуючи знання значень частотних відрізків. Наприклад: До серцевих ліків належать *Corvalolum*, *Cardiovalenum*.

Навчальні досягнення студентів з клінічної термінології визначаються у завданнях з конструювання та декодування термінів. Наприклад: утворити термін, що означає односторонній параліч, жирова пухлина та інші. Пояснити значення термінів: *bronchitis*, *acidosis*, *carcinoma*, вказати терміноелементи. Завдання на заповнення таблиць також використовуються для діагностики

знань студентів з медичної термінології. Наприклад,

Термін	Значення терміноелементів та дублетів			
	Вода	Наука	Боязнь	Кров
hydrologia	+	+		
hydrophobia	+		+	
haematologia		+		+

Для діагностики знань студентів щодо латинсько-грецьких дублетів використовуються найрізноманітніші завдання як для усного, так й для письмового опитування: утворити терміни, пояснити значення термінів і таке інше.

Графічні диктанти можна застосовувати майже на всіх заняттях. Наприклад, I варіант повинен відмітити дієслова I дієвідміни, II варіант - другої, III - третьої, а IV - четвертої. За таким же принципом іменники: номер варіанту відповідає номеру відміни. Цей вид письмового опитування дозволяє швидко визначити рівень знань також з фармацевтичної термінології: I варіант - жарознижуючі ліки, II варіант - знеболюючі, III варіант - місцево анестезуючі і т.д. Стосовно клінічної термінології: I варіант - опущення внутрішніх органів, II - перенесення хворобливого початку і т. д.

Вивчення крилатих латинських висловів та афоризмів слід пов'язувати не лише з медициною, а й повсякденним життям. Так основний принцип гомеопатії: *Similia similibus curantur* - Подібне лікується подібним, а девіз олімпійських ігор: *Citius, altius, fortius* - Швидше, вище, сильніше.

Тематичні виховні заходи «Брейн-ринг *Non est medicina sine lingua Latina*», «Що? Де? Коли?», які традиційно проводяться у Кременчуцькому медичному коледжі імені В. І. Литвиненка, також направлені на популяризацію знань з фундаментальної дисципліни.

Самостійна робота студентів оцінюється під час поточного контролю теми на відповідному занятті. Засвоєння тем, які виносяться лише на самостійну роботу, контролюється при підсумковому контролі.

Семестровий (залік) – це форма підсумкового контролю, що полягає в оцінці засвоєння студентом навчального матеріалу з певної дисципліни виключно на підставі результатів виконання ним усіх видів навчальних робіт, передбачених робочою навчальною програмою. Семестровий (залік) виставляється за результатами поточного контролю.

Оцінка з дисциплін, формою підсумкового контролю яких є залік, базується на результатах поточної навчальної діяльності та виражається за п'ятибальною шкалою.

Латина за своєю природою є нейтральною, транснаціональним посередником у спілкуванні і певним сховищем європейських культурних традицій. Латинська мова зараз є невід'ємною частиною наукового, духовного, адміністративного та культурного життя України. Процес запозичення латинізмів триває і досі, але інтенсивність його є значно меншою. Сьогодні знання основ латинської граматики, спеціальної лексики й основ латинського словотворчого фонду забезпечує професійну термінологічну грамотність спеціалістів різних галузей, водночас значно підвищує їх загальнокультурний рівень.

Латина і досі приваблює своєю лаконічністю, досконалістю морфологічної структури, лексичним багатством, виразністю, рухомою словотворчою структурою [1].

#### Література:

1. Беляєва О. М. Професійно орієнтоване навчання латинської мови студентів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.02 / О. М. Беляєва. – К., 2011. – 21 с.

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК: ПЕРВИННИЙ ІМУНОДЕФІЦИТ, АУТОІМУННИЙ ЛІМФОПРОЛІФЕРАТИВНИЙ СИНДРОМ У ДИТИНИ 2-Х РОКІВ

*Голуб М. В., Невхорошев Є. О.*

*Студенти медичного факультету*

*Харківський національний медичний університет*

*М. Харків, Україна*

*Науковий керівник: канд. мед. наук Васильченко Ю. В.*

*Кафедра педіатрії №2*

Актуальність: аутоімунний лімфопроліферативний синдром (АЛПС) відноситься до дефектів імунної регуляції. В основі цієї патології лежить блокування апоптозу лімфоцитів в результаті мутацій у генах системи розпізнання та внутрішньоклітинної передачі зовнішніх сигналів активації програмованої клітинної смерті Т- і В-лімфоцитів. Ця нозологічна одиниця виникає внаслідок генетичної аномалії рецептора TNF- Fas-рецептора або дефекти каспази-10, Fas-ліганду та ін. У світі описано близько 500 випадків АЛПС.

Мета дослідження: вивчити особливості перебігу АЛПС базуючись на клінічному випадку.

Матеріали та методи дослідження: клінічний аналіз історії хвороби пацієнта.

Результати дослідження: Хлопчик К., 2 роки 5 місяців, з анамнезу відомо, що дитина від першої вагітності, перебіг якої був без ускладнень; пологи у терміні 40 тижнів; маса при народженні 3500 г, спадковий анамнез не обтяжений. У віці 3 місяців діагностовано гострий ентероколіт, середньої тяжкості. Ферментопатія. Дефіцитна анемія першого ступеня. З 7-8 місяця життя у хлопчика відмічається затримка у прибавці маси тіла (гіпотрофія II ступеню). В 1 рік 4 місяці хворий К. перебував у КЗОЗ «ОДІКЛ» з діагнозом: шигельоз Зонне, гастроентероколітична тяжка форма. Диспластична кардіопатія. Гіпотрофія 3 ступеню. Ферментопатія. Дефіцитна анемія тяжкого ступеню. Гепатолієнальний синдром. За даними амбулаторної картки розвитку в подальшому зберігалась анемія різного ступеню тяжкості та гепатолієнальний синдром. 04.06.18 (2 роки



4 місяця) у дитини підвищилась температура тіла до 38 °С, без катаральних явищ, відмічалось збільшення шийних лімфовузлів. Лікувався амбулаторно, з медикаментів приймав пероральні антибактеріальні, нестероїдні протизапальні препарати. У зв'язку з персистуючою лихоманкою та анемією тяжкого ступеню (Hb 69 г/л) хворий був направлений до гематологічного відділення Комунального некомерційного підприємства "Міська дитяча поліклініка № 16" Харківської міської ради.

14.06.2018 дитина поступила до відділення в стані середньої тяжкості. Відмічалось: лихоманка, в'ялість, зниження апетиту. При огляді: шкіра бліда, наявний папульозний висип; видимі слизові блідо-рожеві, явища стоматиту. Периферичні лімфовузли (пахові, шийні, пахвові) збільшені до 1-1,5 см, при пальпації безболісні, м'яко еластичної консистенції. При аускультатії легень - дихання жорстке, хрипів немає; серця - тони ритмічні. При пальпації живіт м'який, безболісний, збільшений за рахунок гепатолієнального синдрому (печінка на 4,5 см нижче за край реберної дуги, селезінка на 3,5 см). В показниках гемограми: анемія (Hb – 82 г/л, ер. –  $3,0 \times 10^{12}/л$ , КП 0,82), тромбоцитопенія ( $33 \times 10^9/л$ ), лімфоцитоз (69%). При імунологічному обстеженні виявлена гіпергамаглобулінемія, збільшений рівень CD4, CD 8 у сироватці крові. Після результатів мієлограми були виключені гострий лейкоз, апластична анемія, мієлодиспластичний синдром, гемофагоцитарний лімфогістіоцитоз. Хвороба Гоше не мала підтвердження. Проведені бактеріологічні посіви біологічних рідин, мазки із зіву, посіви на кишкову групу, віруси гепатиту В і С (результат негативний). Антитіла до гліадину не виявлені. Лабораторні дослідження на ВЕБ та вірус простого герпесу тип 1/2 та 6 виявили позитивний результат (IgG). За даними серологічного обстеження, антитіла до ВІЛ не виявлені. При прямому мікроскопічному дослідженні LE-клітини не знайдені.

Дані КТ черевної порожнини: гепато-, спленомегалія без змін структури органів; лімфаденопатія за рахунок збільшення пахвових, шийних, мезентеріальних, пахових лімфатичних вузлів; наявність невеликої кількості вільної рідини в черевній порожнині.

У хлопчика був встановлений діагноз первинний імунодефіцит, аутоімунний лімфопроліферативний синдром, враховуючи наявність таких критеріїв: 1) хронічної незлоякісної лімфопроліферації (лімфаденопатії, гепато-, сплено-мегалії) тривалістю >6 місяців; 2) Збільшення числа CD4, CD8 та гіпергамаглобулінемія; 3) цитопенія (анемія, тромбоцитопенія);

Хлопчик отримував лікування: антибіотики (с групи глікопептидів- тейкопланін 100мг х 2 рази в/в крап. , карбапенемів- іміпенем по 150 мг х 4 рази в/в крап., фторхінолонів-Абіфлокс 125 мг х 2 рази в/в крап.), антикоагулянт- Гепарин 0.3 мл по 1 мл на фізіологічному розчині 5,7 мл 6 разів в/в струмково, гепато- та кардіопротектор Тіатріазолін по 1мл х 2 рази в/в струм., розчин глюкози 5% мл в/в крап., розчин КСІ 7.5% мл в/в крап., інгібітор протеолізу - Контривен по 2.5тис. х 4 рази в/в струм.

Ускладнення: гемопатія (анемія, тромбоцитопенія), сплено-, гепатомегалія, гіпотрофія, набряк легень, двосторонній гідроторакс, гідро перикард та поліорганна недостатність, яка і стала причиною смерті.

Прогноз хвороби переважно сприятливий.

Висновки: в данному клінічному випадку відображені особливості перебігу та складності діагностики АЛПС. Пізнє звернення і несвоєчасність лікування обумовило розвиток тяжких ускладнень, які призвели до exitus letalis.

ДОСЛІДЖЕННЯ МІСЦЕВОГО АНТИМІКРОБНОГО ІМУНІТЕТУ РОТОВОЇ  
РІДИНИ У ДІТЕЙ З ОСНОВНИМИ СТОМАТОЛОГІЧНИМИ  
ЗАХВОРЮВАННЯМИ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА ОЛІГОФРЕНІЮ

*Дутко Г.З.*

*Здобувач кафедри терапевтичної стоматології ФПДО*

*Львівський національний медичний університет*

*імені Данила Галицького*

*м. Львів, Україна*

Профілактика захворювань твердих тканин зубів та тканин пародонта у дітей є однією з актуальних проблем стоматології дитячого віку [1, с.29-35]. Особливо це стосується категорії дітей з психоневрологічними вадами. На сьогоднішній день в Україні розумова відсталість різного ступеню діагностується у 638,6 осіб на сто тисяч дітей, а серед причин первинної інвалідності з дитинства питома вага розумової відсталості складає 80–95% [2, с. 15-22].

Відомо, що відхилення психологічного розвитку дітей нерідко супроводжуються соматичними захворюваннями. В літературі висвітлена залежність стоматологічного статусу від соматичного здоров'я [3, 75-76]. В зв'язку із високою розповсюдженістю стоматологічних захворювань, зниженням захисних сил організму та складністю надання стоматологічної допомоги дітям з психоневрологічними вадами найбільш ефективним заходом для збереження функції їх зубо-щелепного апарату є профілактика стоматологічних захворювань [4, с.2-19]. Вона здійснюється шляхом формування психологічної мотивації до її реалізації та диференційованими підходами до профілактики та лікування карієсу зубів і захворювань тканин пародонта в залежності від ступеня тяжкості основного захворювання.

Головною особливістю стану екологічної системи «макроорганізм-мікроорганізми» є періодичне накопичення в ній потенціалу патогенності. Цей процес полягає в активації умовно-патогенного компонента, представники якого накопичуються в системі, виявляють експансію, проникаючи в раніше вільні

від патогенних мікроорганізмів мікробіоценози відкритих біотопів. Існує взаємозв'язок мікроекологічної та імунної системи організму, координація яких забезпечує стійкість організму у взаємодії із змінами умов існування. Це локальні реакції складного регуляторного механізму внутрішнього гомеостазу [5, с. 1-3; 6, с. 90-94].

Одним з показників стану антимікробних систем порожнини рота є лізоцим, активність якого тісно корелює з рівнем як неспецифічних, так і специфічних антимікробних факторів макроорганізму. Уреаза – це фермент, який виробляється не соматичними клітинами, а бактеріями, більшість з яких належать до патогенних та умовно патогенних видів. Активність уреазы залежить від чисельності мікроорганізмів у порожнині рота. Порушення взаємодії антимікробних систем макроорганізму з мікроорганізмами порожнини рота носить назву дисбіоз [7, с. 9-15; 8, с. 47-54].

Для вивчення стану місцевого антимікробного імунітету ротової порожнини було обстежено 24 дітини з олігофренією, хворих карієсом і хронічним катаральним гінгівітом (основна група) і 20 дітей з карієсом і хронічним катаральним гінгівітом без психоневрологічної патології (порівняльна група). Отримані дані порівнювали із значеннями 20 здорових дітей, що увійшли у контрольну групу. У ротовій рідині дітей груп обстеження досліджували активність лізоциму і уреазы та ступінь дисбіозу.

Результати проведених досліджень продемонстрували наступне: середнє значення активності лізоциму у ротовій рідині дітей основної групи складало  $33,76 \pm 3,33$  мг/л, що було у 1,3 рази меншим від значення групи порівняння ( $44,78 \pm 5,15$  мг/л,  $p < 0,01$ ) та у 1,9 рази нижчим, ніж у групі контролю ( $59,27 \pm 6,14$  мг/л,  $p < 0,01$ ). Натомість, референтне значення активності уреазы у ротовій рідині розумово відсталих дітей  $9,24 \pm 1,66$  нкат/л було найвищим, у 1,7 рази перевищувало даний показник у дітей без психоневрологічної патології ( $5,58 \pm 0,86$  нкат/л,  $p < 0,01$ ) та у 3,5 рази переважало аналогічне значення активності уреазы у ротовій рідині здорових дітей ( $2,63 \pm 0,51$  нкат/л) із достовірністю  $p < 0,01$ . Виявлено найвищий ступінь дисбіозу ротової порожнини у дітей-

олігофренів з основними стоматологічними захворюваннями ( $6,27 \pm 1,13$ ) при  $2,95 \pm 0,21$  у дітей без затримки розумового розвитку та нормі 1,00. Підсумовуючи результати проведених досліджень, можна стверджувати про значні порушення місцевого антимікробного імунітету ротової порожнини у дітей із затримкою розумового розвитку, що є несприятливим прогностичним критерієм щодо їх стоматологічного статусу. Вищевказане потребує розробки лікувально-профілактичних заходів, які адекватно запобігатимуть розвитку стоматологічних захворювань у даної категорії дітей.

#### Література:

1. Давыдов Б.Н. Стоматологические заболевания у детей (эпидемиология, профилактика, лечение). // Тверь.– 2000.–215с.
2. Булахова Л.А. Детская психоневрология/ Л.А. Булахова // Киев.– 2010.– 495 с.
3. Вейсгейм Л.Д. Состояние вопроса о влиянии соматических заболеваний на клинику и лечение пародонтитов / Л.Д. Вейсгейм, Е.В. Люмкис // Новое в стоматологии. – 2004. – № 6. – С. 75–76.
4. Афанасьева Л.Р. Оценка клинического состояния и возможностей профилактики заболеваний тканей периодонта у детей с нарушением развития интеллекта /Л.Р. Афанасьева// Автореф. дис. к.мед.н. –2000.–19с.
5. Белоклицкая Г.Ф., Позднякова Л.И. Иммунологические показатели как прогностические и диагностические тесты при воспалительных заболеваниях пародонта // Вісник стоматології. – 1995. – №1(2). – С.1– 3;
6. Булгакова А.И. Влияние состояния местного иммунитета десны и ротовой полости на течение хронического пародонтита // Новое в стоматологии. – 2001. – № 10. – С. 90– 94.
7. Обгольц А.А Микроорганизмы и иммунная система // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – 1980. – №2. – С.9– 15.
8. Morse Donald R., George R., Schacterle, Lawrence Furst, Tohn V Esposito, Mark Laudenburg. Stress, relaxation and saliva: relationship to dental caries and its prevention. // Annals of dentistry, 1983, №.2. – P.47–54.

## ВИБІР ТАКТИКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ СТРИКТУР НИЖНЬОЇ ТРЕТИНИ СЕЧОВОДУ У ЖІНОК

**Корольова М.І., Костик А.Ю.**  
студентки медичного інституту  
**Науковий керівник – доцент Сікора В.В.**  
Сумський Державний Університет  
м. Суми, Україна.

**Актуальність.** Стрикттури нижньої третини сечоводу у жінок є досить частою патологією. Вона може виникнути внаслідок травм (гінекологічні чи урологічні втручання та операції), запальних процесів, інфекцій сечостатевої системи (бруцельоз, шистосомоз), туберкульозу, пролежнів, що формуються через камені, радіаційного ураження, а також внаслідок променевої терапії при лікуванні раку прямої кишки або жіночих статевих органів.

**Мета:** визначити від чого залежить вибір тактики оперативного лікування стриктур нижньої третини сечоводу у жінок.

**Матеріали та методи.** Було проаналізовано 26 історій хвороб пацієнтів урологічного відділення КУ СМКЛІ №1 за період з 2014 по 2016 рік, яким були проведені різноманітні варіанти оперативного лікування стриктур нижньої третини сечоводу. Всі пацієнти були жіночої статі. Вік варіював від 34 до 69 років. Пацієнти поділені на IV групи. I групу склали 6 пацієнтів зі стриктурою нижньої третини сечоводу завдовжки  $\leq 5$  мм, II групу - 8 пацієнтів зі стриктурою від 6 до 30 мм, розташованої на відстані більше 5 см від місця впадіння сечоводу в СМ, III групу - 10 пацієнтів зі стриктурою до 20 мм, розташовану на відстані 5 і менше см від місця впадіння сечоводу в СМ, IV - 2 пацієнтів зі стриктурою завдовжки більше 30 мм.

**Результати дослідження.** У даних пацієток зі стриктурою нижньої третини сечоводу були виконані наступні види операцій: ендуретеротомія – у 6 пацієнтів I групи, (23%), уретероуретероанастомоз – у 8 пацієнтів II групи

(31%), уретероцистоанастомоз – у 10 пацієнтів III групи (38%) і цистоуретеро-пластика по Воарі – у 2 пацієнтів IV групи (8%).

**Висновки.** Проаналізовані дані історій хвороби дають підстави вважати, що вибір методу оперативного лікування стриктур нижньої третини сечоводу у жінок залежить від протяжності стриктури та місця її розташування відносно СМ.

Література: архів історій хвороб пацієнтів урологічного відділення КУ СМКЛ №1 за період з 2014 по 2016 рік

---

УДК 340.6

Медичні науки

## ПРО НЕОБХІДНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ ЕЛЕКТРОННОЇ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЙНОЇ СИСТЕМИ В УКРАЇНІ

*Моргун А.О.<sup>1</sup>, Борщ С.С.<sup>1</sup>, Хижняк В.В.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Судово-медичні експерти Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи.*

*<sup>2</sup>Доцент кафедри судової медицини та медичного правознавства ім. засл. проф. М.С. Бокаріуса Харківського національного медичного університету, канд. мед. наук, доцент*

Протягом 2018 р. в Україні за ініціативою профільного міністерства охорони здоров'я розгорнуто обговорення і впровадження у роботу медичних закладів України електронних медичних інформаційних систем (далі – ЕМІС) [1]. У підпункті 4 пункту 2 Порядку функціонування електронної системи охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411, зазначено: «електронна медична інформаційна система – інформаційно-телекомунікаційна система, яка дає змогу автоматизувати роботу суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, створювати, переглядати, обмінюватися інформацією в електронній формі, у тому числі, з центральною базою даних (у разі підключення)».

На думку А. Пироженко [2], генерального директора і співзасновника медичної інформаційної системи Health24, «медична інформаційна система (скорочено МІС) – одна з необхідних ІТ-технологій в сучасній медицині. Насамперед, система МІС призначена для автоматизації клінічних напрямків роботи медичних працівників – впроваджує електронні медичні картки (ЕМК) пацієнта, організовує ефективну комунікацію між усіма учасниками лікувально-діагностичного процесу. Поясню на прикладі, працюючи онлайн, більше не потрібно дублювати та заносити данні в інші документи для обміну з іншими лікарями та адміністрацією. Данні пацієнта, перебіг лікування, призначення та рецепти доступні онлайн, проте виключно тому, хто має доступ на таке ознайомлення. Тобто, МІС зменшує, а місцями і повністю виключає рутинні операції з оформлення медичної документації (ведення медичної практики), тим самим підвищує якість та інформативність медичних документів. Фактично, дозволяє зняти з лікаря, медичної сестри та медреєстратора непрофільне навантаження, або істотно його знизити. Так, кожен учасник більше часу приділяє своїй безпосередній роботі – спілкується з пацієнтом, надає медичну допомогу або повноцінно керує медичним закладом на основі об'єктивної та достовірної інформації. Медична інформаційна система створює електронні структури для лікарні, відділень та кабінетів, а також здатна об'єднувати декілька медичних закладів в єдину електронну систему. Клінікам зручно мати електронну реєстратуру онлайн, вести загальолікарняні бази пацієнтів у хмарі, моніторити та планувати графік роботи лікарів. Унікальна хмарна web-платформа зберігає, передає та веде облік електронних рецептів та призначень. Такий сервіс як медична інформаційна система збільшує лояльність та викликає довіру пацієнтів, оскільки лікар оперативно володіє інформацією та ділиться нею з пацієнтом через мережу Інтернет чи роздруковує одразу на прийомі. Зручний онлайн-зв'язок з клієнтами, а також партнерськими страховими та фармацевтичними компаніями теж економить час та зусилля на шляху лікування. Разом з тим, електронна медична система підвищує надійність, достовірність, а отже і якість медичної інформації, та наданих медичних послуг.



Мета повідомлення – обґрунтування необхідності впровадження електронної судово-медичної інформаційної системи в Україні.

Наразі закінчується період автономних медичних комп'ютерних систем, що створюються окремими медичними підрозділами і закладами для вирішення своїх внутрішніх задач. Настає період ЕМІС, що характеризується електронною взаємодією між собою як структурних підрозділів, так і медичних закладів.

Електронні судово-медичні інформаційні системи (далі – ЕСМІС) в Україні представлені лише фрагментарно і розрізнено на базі деяких підрозділів обласних бюро судово-медичної експертизи. Не існує ні повноцінного електронного зв'язку між підрозділами, зокрема, і адміністрацією бюро судмедекспертизи з цими підрозділами. Про електронний обмін судово-медичною інформацією між бюро судмедекспертизи з одного боку і медичними закладами і МОЗ України – з іншого боку, мова взагалі не йде.

Нами пропонується розробка і впровадження в поточну судово-медичну практику ЕСМІС на базі Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи в якості пілотного проекту МОЗ України. Основне методологічне підґрунтя ЕСМІС опрацьовано колективом авторів у відповідній монографії «Удосконалення роботи судово-медичної служби України» [3]. У післямові цієї монографії зазначено: запропоновані нами способи вирішення нагальних проблем в судово-медичній службі повинні мати наслідком суттєве оновлення судово-медичної служби та навернення її на затребуваний суспільством соціально корисний шлях. В першу чергу, це реалізація повною мірою принципу незалежності експерта, неупередженості в роботі, об'єктивності та повноти всіх видів експертиз (не тільки судово-медичних) [3, с. 97]. Крім того, це стане належним підґрунтям страхової медицини тощо.

#### Література:

1. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF/ed201804-25#n280> (01.12.2018 р. 23:51).

2. Пироженко А. Навіщо потрібна медична інформаційна система / А. Пироженко. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://biz.nv.ua/ukr/experts/artem-pirozhenko/navishcho-potribna-medichna-informatsijna-sistema-2489-085.html> (01.12.2018 р. 00:39).

3. Удосконалення роботи судово-медичної служби України : монографія / За заг. ред. А.О. Моргуна та В.В. Хижняка. – Харків: ФОП Бровін О.В., 2018. – 161 с.

---

Медичні науки

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК: ЗАСТОСУВАННЯ КЛОПІКСОЛУ ПРИ КАТАТОНІЧНІЙ ФОРМІ ШИЗОФРЕНІЇ

**Островська А. М.**

*студентка II медичного факультету*

*Харківський національний медичний університет*

*м. Харків, Україна*

Актуальність. Поширеність захворювання на шизофренію у популяції становить близько 1%. Кататонічна форма зустрічається у 1-3% всіх хворих на шизофренію.

Мета: вивчення впливу клопиксолу на перебіг кататонічної форми шизофренії.

Хвора М., 23 роки, мешканка м. Харкова, була госпіталізована до психіатричного стаціонару в стані психічного збудження. Хвора була агресивною, кричала, гримасувала, спостерігалася ехопраксія, ехолалія, часто – вебінгерації, неологізми. Хвора демонструвала активний негативізм, намагалася спричинити собі шкоду у вигляді подряпин.

Була призначена комплексна терапія, до складу якої входив клопиксол, нейрорептик з групи похідних тіоксантену. Препарат був введений внутрішньом'язово в дозі 0,1 г. Через дві доби хвора почала приймати таблетовану форму в дозі 0,04 г один раз на добу (постійно).

При огляді через один місяць у пацієнтки агресії, імпульсивності не було, неологізми, вебінгерації не зустрічались. Ехопраксія – незначна. Активного негативізму не спостерігалось.

Висновки. При застосування клопиксолу спостерігається позитивна динаміка – значно зменшились прояви кататонічної форми шизофренії, почався період ремісії.

---

УДК 61

Медичні науки

«КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЧОЛОВІКІВ МОЛОДОГО ВІКУ,  
ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ  
КИШКИ, НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ»

*Пащенко В.В.,  
магістрантка, кафедра фізичної реабілітації та здоров'я людини  
Луганський національний університет імені Тараса Шевченка  
м. Старобільськ, Україна*

Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки є важливою проблемою сучасної медицини. Точної статистики про ступінь поширеності виразкової хвороби немає. Однак наявні дані вказують на високий відсоток хворих на дане захворювання. Актуальність проблеми виразкової хвороби визначається тим, що вона є основною причиною інвалідності 68,2% чоловіків, 30,9% жінок від числа усіх хворих на захворювання органів травлення. Збільшення термінів ремісії захворювання, профілактика ускладнень, максимальне відновлення працездатності хворих на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки можливо тільки при комплексному підході до лікування. Особливості перебігу даного захворювання, часті рецидиви, що вимагають тривалого протирецидивного і профілактичного лікування, визначають необхідність більш широкого використання засобів фізичної реабілітації на поліклінічному етапі та вивченні її впливу на секреторну функцію шлунка.

**Мета роботи.** Науково обґрунтувати, розробити та оцінити ефективність

програми фізичної реабілітації при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки на поліклінічному етапі.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати сучасні підходи до призначення засобів фізичної реабілітації при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки.

2. Дослідити особливості скарг хворих, секреторної функції шлунка, антропометричних показників, тонуусу вегетативної нервової системи (ВНС), гемодинамічних показників (артеріального тиску (АТ), частоти серцевих скорочень (ЧСС) у хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки перед початком реабілітаційних впливів.

3. Розробити програму фізичної реабілітації для хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки, яка включає лікувальну фізичну культуру (ЛФК), дієтотерапію, аутогенне тренування та лікувальний масаж.

4. Оцінити ефективність розробленої програми фізичної реабілітації на підставі вивчення динаміки досліджуваних показників хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки у ході реабілітаційного процесу.

Наукова новизна отриманих результатів:

- доповнені та розширені дані літератури про стан секреторної функції шлунка, особливості тонуусу вегетативної нервової системи при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки та необхідність врахування ступеня порушення секреторної функції шлунка і тонуусу вегетативної нервової системи при призначенні засобів фізичної реабілітації хворим на виразкову хворобу;

- доповнені теоретичні дані про вплив запропонованих засобів фізичної реабілітації на функціональний стан серцево-судинної, вегетативної нервової систем на поліклінічному етапі відновного лікування обстеженого контингенту хворих на підставі оцінки їхньої ефективності;

- розроблено й обґрунтовано застосування диференційованої програми фізичної реабілітації для хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки, в основу якої покладено застосування ранкової гігієнічної гімнастики, лікувальної гімнастики та самостійних занять із застосуванням загаль-

норозвиваючих фізичних вправ, коригуючих вправ для хребта і дихальних вправ з урахуванням тонусу ВНС, що виконуються в спокої та при ходьбі; лікувального масажу за методикою П.Б. Єфіменко (2013); аутогенного тренування і дієтотерапії;

- доповнені дані про антропометричні показники, стан секреторної функції шлунка, функціональний стан серцево-судинної та вегетативної нервової систем хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки.

Виразкова хвороба - хронічне, з рецидивуючим перебігом і схильне до прогресування захворювання, одним з найбільш важливих ознак якого є утворення в стінці шлунка або дванадцятипалої кишки в період загострень виразкового дефекту, який загоюється через запалення, з клінічними синдромами і симптомами порушення біомеханіки, секреції і всмоктування органів шлунково-кишкового тракту, симптоматично співвідносними з об'ємом, локалізацією, характером і стадією розвитку патологічного процесу, порушеннями в стані систем нейро-гуморальної регуляції, залученням до патологічного процесу інших органів травлення, що призводить до розвитку ускладнень, які загрожують життю хворого. При виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки застосовуються методики ЛФК В.М. Сокрут, В.М. Казковий і О.С. Поважної, І.І. Пархотик, С.М. Попова, В.А. Єпіфанова та ін. Але, в існуючих методиках лікувальної фізичної культури не враховується взаємозв'язок між рівнем секреторної функції шлунка, активністю відділів ВНС та особливостями психоемоційної сфери хворих, що не дозволяє корегувати рівень кислотоутворення шлунка на довготривалий час і, тим самим, подовжити фазу ремісії захворювання.

Для аналізу ефективності застосування програм фізичної реабілітації при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки нами застосовувалися відповідні методи дослідження: проведення, аналіз і узагальнення даних загального стану, анамнезу захворювання і антропометричних показників хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки; аналіз і узагальнення результатів дослідження секреторної функції шлунка; визначення та аналіз гемодинамічних

показників, функціонального стану ВНС; лікарсько- педагогічне спостереження в процесі занять ЛФК; методи математичної статистики.

Нами було проведено первинне обстеження чоловіків, які страждають на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки, на базі КУ «кРТМО»,. Під нашим спостереженням перебувало 30 чоловіків у віці від 21 до 35 років з діагнозом: Виразкова хвороба, неактивна фаза. Рубцево-виразкова деформація цибулини дванадцятипалої кишки. Підвищена секреторна функція шлунка. Вони були довільно розділені на дві групи: основну (15 хворих) і контрольну (15 хворих). Середній вік хворих основної групи становив  $33,9 \pm 0,8$  років, контрольної -  $34,4 \pm 0,6$  років. Тривалість захворювання - від 2 до 4 років. За кількістю хворих, віком, наявністю супутньої патології основна і контрольна групи були однорідні. Курс фізичної реабілітації хворих основної і контрольної груп тривав протягом 4 місяців. Пацієнтам основної групи проводилися реабілітаційні заходи за авторською програмою фізичної реабілітації, пацієнтам контрольної групи - за програмою фізичної реабілітації для хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки (І.І. Пархотик).

Первинне дослідження проводилося перед початком курсу фізичної реабілітації. За кількістю і характером скарг групи хворих були однорідні. При порівнянні антропометричних показників у хворих обох груп статистично значущих відмінностей ми не виявили. ІМТ у хворих обох груп був у межах нормальних значень, але у 13,3% хворих ОГ та у 6,7% хворих КГ ми відзначили знижену масу тіла, що свідчить про порушення обміну речовин внаслідок зниження всмоктувальної функції шлунка.

При первинному дослідженні результатів рН-метрії шлунка у хворих обох груп переважали явища гіперацидності в поєднанні з безперервним кислототворенням, що є причиною прогресування та загострень виразкової хвороби.

Дослідження гемодинамічних показників показало, що у хворих обох груп спостерігалися нормальні значення ЧСС та АТ були в межах нормальних значень. Отримані дані вегетативного індексу Кердо вказують на зрушення вагусно-симпатичного балансу в бік ослаблення симпатичного і домінування па-

расимпатичного тонусу у хворих обох груп, що є однією з причин підвищення секреторної функції шлунка

З метою нормалізації секреторної функції шлунка та подовження фази ремісії виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки нами була розроблена і застосована в основній групі хворих комплексна програма фізичної реабілітації, що включає лікувальну фізичну культуру, масаж, аутогенне тренування і дієтотерапію. ЛФК проводилася у формі ранкової гігієнічної гімнастики, лікувальної гімнастики, самостійних занять. Основою комплексів лікувальної гімнастики і самостійних занять були загально-розвивальні вправи, коригуючі вправи для хребта і дихальні вправи з урахуванням тонусу ВНС, що виконуються хворими в спокої і при ходьбі протягом трьох частин заняття - підготовчої, основної та заключної. На поліклінічному етапі для хворих основної групи ми застосовували лікувальний масаж за методикою П.Б. Єфіменко. У хворих контрольної групи на поліклінічному етапі фізичної реабілітації застосовувалася ЛФК і лікувальний масаж за методикою І.І. Пархотик, елементи аутогенного тренування і дієтотерапія.

Через чотири місяці застосування засобів фізичної реабілітації в загальному стані хворих обох груп відбулися певні зміни, а саме - зменшилася кількість скарг у пацієнтів, а саме - в ОГ на 59,4%, в КГ - на 36,1%.

Досліджуючи повторні антропометричні показники ми відзначили збільшення маси тіла та індексу маси тіла в обох групах, що свідчить про нормалізацію всмоктувальної функції шлунка і нормалізацію обміну речовин внаслідок застосування засобів фізичної реабілітації. Порівняльна характеристика антропометричних показників свідчить про наявність статистично значущих відмінностей між повторними показниками маси тіла та ІМТ в основній і контрольній групі.

При повторному дослідженні у хворих ОГ та КГ ми спостерігали нормалізацію кислото-утворюючої функції шлунка натще і стимульованої. Але в ОГ нормаацидність натще мала місце у 100% хворих, в КГ - у 33,3% хворих; в ОГ нормаацидність при стимуляції спостерігалася у 100% хворих, в КГ - у

73,3% пацієнтів. При порівнянні повторних показників рівня кислотоутворення в тілі шлунка натще та після стимуляції в обох групах ми виявили статистично значуще поліпшення показників в основній групі в порівнянні з контрольною, що свідчить про більш стійку нормалізацію кислото утворюючої функції шлунка під дією запропонованої авторської програми фізичної реабілітації в основній групі хворих.

При повторному дослідженні гемодинамічних показників ми відзначили в ОГ і КГ збільшення (в межах нормальних значень) артеріального тиску, що свідчить про збільшення скорочувальної здатності міокарда.

При повторному дослідженні вегетативного статусу ми виявили врівноваженість обох відділів ВНС у 60,0% хворих основної групи і у 33,3% хворих групи контролю. При повторному обстеженні хворих з парасимпатикотонією в ОГ не виявлено. У КГ при повторному обстеженні парасимпатикотонія спостерігалася у 40,0% хворих.

На висновках і практичних рекомендаціях дозволяйте не зупинятися, вони відображені в роботі.

#### Література:

1. Абрамов В.В., Клапчук В.В., Магльований А.В., Смирнова О.Л. Лікувальна фізкультура та спортивна медицина. Дніпропетровськ, 2005. 124 с.
2. Амосова Е.Н., Бабак О.Я., Зайцева В.Н. Внутренняя медицина: учебник для студентов высших медицинских учебных заведений III-IV уровней аккредитации: в 3-х т. Т.1. Киев, 2008. С. 509-547.
3. Арунин Л.И. Качество заживления гастродуоденальных язв: функциональная морфология, роль методов патогенетической терапии // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2006. № 5. С.1-5.
4. Бабов К.Д., Блиндер М.А., Богданов М.М. Немедикаментозное лікування в клініці внутрішніх хвороб. Київ, 1995. 528 с.
5. Белоголовский Г.Г. Массаж. Москва, 2007. 635 с.
6. Березов В.М., Васильев В.М., Дзись Є.І. Пропедевтика внутрішніх хвороб: підручник. Полтава, 2004. 419 с.



7. Вакуленко Л.О. Лікувальний масаж. Тернопіль, 2006. С. 346-357.
8. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / под ред. А.М. Вейна. Москва, 2000. 752 с.
9. Вербов А.Ф. Азбука массажа. Москва, 2006. С. 328-355.
10. Верткин А.Л., Машарова А.А. Лечение язвенной болезни в современной клинике // Лечащий врач. 2000. № 8. С. 14-19.
11. Внутренние болезни / под ред. проф. Г.И. Бурчинского. 4-е изд., перераб. и доп. Киев, 2000, 656 с.
12. Внутрішні хвороби. Внутрішні хвороби / за ред. М.С. Расіна. Полтава, 2002. 344 с.
13. Диференціальний діагноз і лікування хворих: підручник / за ред. Є.О. Воробйова, М.А. Дудченка, В.М. Ждана. Полтава, 2004. 368 с.
14. Внутрішні хвороби: підручник і за ред. І.М. Ганджі, В.М. Коваленка. Київ, 2002. 990 с.
15. Внутрішня медицина / під ред. Н.М. Середюк. 3-є вид., стереотипне. Київ, 2010. С. 439-457.
16. Воронов М.В. Психосоматика: практическое руководство. Киев, 2002. С. 125-141.
17. Гафиятуллина Г.Ш., Омельченко В.П., Евтушенко Б.Е., Черникова И.В. Физиотерапия. Москва, 2010. 260 с.
18. Граевская Н.Д., Долматова Т.И, Спортивная медицина. Москва, 2004. 304 с.
19. Гренкова Т.А., Селькова Е.П. Риски передачи инфекции при проведении эндоскопических исследований // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2010. № 10. С. 59-63.
20. Гурин В.Н., Дмитриев А.С., Голуб Д.М. Вегетативная нервная система в регуляции функций. Минск, 1989. 269 с.
21. Денисов Н.Л., Самедов Б.Х., Саржевский В.О. Helicobacter рулогі: и частота рецидивирования язвенной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1997. № 5. С. 24-25.

22. Долинiна М.М., Дорошенко О.В., Назарова I.I., Дорошенко I.B. Дихання в оздоровчій фізичній культурі. Київ, 2010. 94 с.
23. Дубровский В.И. Лечебная физическая культура. Москва, 1999. 538 с.
24. Дубровский В.И. Массаж. Москва, 1999. 496 с.
25. Дубровский В.И. Спортивная медицина. 3-е изд., доп. Москва, 2006. С. 226-229.
26. Дубровский В.И., Дубровская А.В. Физическая реабилитация инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья: учебник для высш. и сред. учеб. заведений по физич. культуре. Москва, 2010. 448 с.
27. Епифанов В.А. Атлас профессионального массажа. Москва, 2014. 384 с.
28. Епифанов В.А. Восстановительная медицина: учебник. Москва, 2012. 304 с.
29. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура: учеб. пособие для студентов. 2-е изд., перераб. и доп. Москва, 2012. 568 с.
30. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура: учебное пособие для Вузов. Москва, 2006. 439 с.
31. Єфіменко П.Б. Техніка та методика класичного масажу: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів фізичного виховання, 2-е вид., перероб. й доп. Харків, 2013. 382 с.
32. Венигородская Л.А., Лазебник Л.Б., Таранченко Ю.В. Клинико-диагностические особенности заболеваний органов пищеварения у больных с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы// Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2003. № 5. С. 139-140.
33. Илларионов В.Е., Симоненко В.Б. Современные методы физиотерапии. Москва, 2007. 254 с.
34. Калищук-Слободин Т.Н. Тревожные и депрессивные состояния глазами невролога // Новости медицины и фармации. 2008. № 7(240). С. 11-12.
35. Калмиков С.А. Фізична реабілітація при захворюваннях органів

травлення: навчальний посібник. Харків, 2016. 222 с.

36. Калмикова Ю.С. Комплексна фізична реабілітація при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки. Харків, 2013. 35 с.

37. Кольяшкин М.А. Лечебное питание. Ростов на Дону, 2009. 254 с.

38. Лобанков В. М. Популяционная тяжесть язвенной болезни: определяющие факторы // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2010. № 11.С. 78-83.

39. Маев И.В. Современные представления о заболеваниях желудочно-кишечного тракта, ассоциированных с *Helicobacter pylori* Терапевтический архив. 2006. Т. 64, № 2. С.10-15.

40. Містулова Т.Є. Математичні методи в теорії та практиці спорту: навчальний посібник. Київ, 2004. 90 с.

41. Мосина Л.В., Матвеева Л.В., Митина Е.А., Гераськин А.Е. Особенности стрессовых эрозивно-язвенных повреждений желудка и тонкой кишки // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2009. № 12. С. 49-53.

42. Мухін В.М. Фізична реабілітація. Київ, 2005. 471 с.

---

УДК 616.314 - 425.16 – 07.22

Медичні науки

## ВПЛИВ ГІПОТИРЕОЗУ НА СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТА

**Ренецька О.М.**

*асистент кафедри стоматології ІПО*

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»*

*м. Івано-Франківськ, Україна*

Ендокринні захворювання, зокрема, гормональний дисбаланс, відіграють важливу роль у розвитку та перебігу захворювань пародонта. Відомо, що саме стан і взаємодія основних регуляторних систем (нервової, ендокринної та імунної) визначає гомеостаз організму і його реакцію на будь-який патогенний вплив [1, с.102-108]. Ряд авторів відносить захворювання щитоподібної залози до факторів ризику виникнення і подальшого прогресування захворювань пародонта

[2, с.34-37]. На думку Шнейдер О.Л., захворювання щитоподібної залози створюють сприятливий фон для розвитку пародонтиту, у той час як на важкість ураження тканин пародонта може впливати інтенсивність обмінних порушень при дистиреозах [3, с.2-25]. Поряд з цим є дані про більш значне, ніж в популяції, поширення пародонтиту при гіпотиреозі. Крім того, відзначається залежність вираженості процесу від тяжкості та тривалості гіпотиреозу. При вивченні поширеності захворювань пародонта пародонтит виявлений у 100 % хворих з гіпотиреозом [4,с.47-51]. У порівнянні з гіпертиреозом достовірно збільшення пародонтального індексу виявлено в експерименті у тварин з гіпотиреозом. При дослідженні функціональної активності щитоподібної залози у пацієнтів із захворюваннями пародонта при важких формах пародонтиту частіше відзначалася гіпофункція щитоподібної залози. При експериментальному гіпо-та гіпертиреозі встановлена залежність важкості ураження пародонта від стану неспецифічної резистентності, яка істотно знижується при гіпотиреозі. Дослідження в експерименті пародонтального комплексу у лабораторних тварин констатувало розвиток більш ранніх і виражених патологічних запально-деструктивних змін при гіпотиреозі порівняно з гіпертиреозом [5, с. 2-20]. Така ж залежність простежувалася і при клінічній оцінці ураження пародонта у хворих з дисфункцією щитоподібної залози. Крім того, визначена закономірна залежність показників стану пародонта і гігієни порожнини рота від тяжкості гіпо- та гіпертиреозу, а також залежність стану пародонта від рівня неспецифічної резистентності організму. Виявлено більш швидке пригнічення неспецифічної резистентності організму при гіпотиреозі [6, с. 2315-2328]. При гіпофункції щитоподібної залози встановлені особливості генезу захворювань пародонта, які полягають у прогресуючому пригніченні окисно-відновних процесів, дифузному ураженні гістогематичних бар'єрів з різким порушенням їх проникності, розвитку набряку навколишніх тканин, наростанням тканинної гіпоксії, зниженням перфузії. За захворювання пародонта на тлі гіпотиреозу характеризуються розвитком хронічного уповільненого запального процесу, що поєднується з вираженим зниженням обміну кальцію в кістковій тканині альвеолярного відростка щелеп. У хво-

рих з післяопераційним гіпотиреозом відмічено виражені запальні зміни в тканинах пародонта з утворенням глибоких кісткових кишень, кровоточивістю десен, серозно-гнійним ексудатом, рецидивуючим перебігом. Патологічний процес у тканинах пародонта на початкових етапах розвитку захворювання набував тенденції до хронічного пролонгованого перебігу, а також супроводжувався інтенсивним відкладенням зубного каменю, збільшенням у порівнянні з тиреотоксикозом пародонтальних індексів ІГ, РМА, КПП та потреби в наданні комплексної стоматологічної допомоги [7, с. 49-53].

Виявлена залежність ураження пародонта від ступеня вираженості тиреоїдної дисфункції і глибини порушень кальцій-фосфорного обміну. Так, навіть при медикаментозній компенсації гіпотиреозу виявлено зниження рівня співвідношення кальцій / фосфор у слині і сечі, переважання патології пародонта з надмірним утворенням зубних відкладень. За даними науковців, у хворих з гіпотиреозом найчастіше зустрічалися кровоточивість ясен, зміна складу слини і зубного нальоту, патологічна рухливість зубів, розвиток пародонтиту, патологія твердих тканин зубів. Виявлена чітка залежність захворювань порожнини рота від функціонального стану щитоподібної і паращитоподібних залоз [8, с.2-24; 9, с. 849–858].

Аналіз фахової літератури свідчить про значний вплив гіпофункції щитоподібної залози на різні органи і системи організму, включаючи пародонтальний комплекс.

#### Література:

1. Бондарь Т. Н. Особенности антителогенеза при экспериментальном гипотиреозе / Т. Н. Бондарь // Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія: біологія. – 2009. – Вип. 10, № 878. – С. 102–108.

2. Зв'язок захворювань пародонту з загальносоматичною патологією / О. М. Немеш, З. М. Гонта, І. В. Шилівський, А. П. Скалат // Новини стоматології. – 2006. – № 2. – С. 34–37.

3. Шнейдер О. Л. Клинико–лабораторное обоснование комплексного лечения пародонтита у больных первичным гипотиреозом : автореф. дис. на соис-

кание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 "Стоматология" / О. Л. Шнейдер – Екатеринбург, 2008. – 25 с.

4. Москвина Т. С. Эффективность лечения пародонтита у больных с нарушением функции щитовидной железы / Т. С. Москвина // Стоматология. – 2001. – № 1. – С. 47–51.

5. Римар С. С. Особенности течения воспалительной патологии пародонта у крыс с гипотиреозом : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 "Стоматология", спец. 14.00.16 " Патологическая физиология" / С. С. Римар. – Новосибирск, 2003. – 20 с.

6. Okosieme O. E. Thyroid hormone replacement: current status and challenges / O. E. Okosieme // Expert Opin. Pharmacother. – 2011. – Vol. 12, № 5. – P. 2315–2328.

7. Фадеев В. В. Современные принципы диагностики и лечения гипотиреоза / В. В. Фадеев, Т. Б. Моргунова // Терапевтический архив. – 2004. – Т. 76, № 10. – С. 49–53.

8. Конопля Е. Е. Стоматологический статус и кальциево–фосфорный обмен у больных с патологией щитовидной и паращитовидных желез (Медицинские последствия аварии на ЧАЭС) : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 "Стоматология"/ Е. Е. Конопля.– М., 2002.– 24 с.

9. Pinto A. Management of patients with thyroid disease. Oral health considerations / A. Pinto, M. Glick // JADA. – 2002. – Vol. 133, № 7. – P. 849–858.

## ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

*Хижняк В.В.<sup>1</sup> Моргун А.О.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Доцент кафедри судової медицини та медичного  
правознавства ім. засл. проф. М.С. Бокаріуса  
Харківського національного медичного університету,  
канд. мед. наук, доцент*

*<sup>2</sup>Судово-медичний експерт Харківського  
обласного бюро судово-медичної експертизи.*

Робота судово-медичної служби має певні особливості під час застосування воєнного стану в окремих областях України, який затверджено Верховною Радою України на підставі Указу Президента України від 26 листопада 2018 року № 393 «Про введення воєнного стану в Україні» [1].

Стаття 1 закону України «Про правовий режим воєнного стану» наводить визначення цього поняття [2]: воєнний стан – це особливий правовий режим, що вводиться в Україні або в окремих її місцевостях у разі збройної агресії чи загрози нападу, небезпеки державній незалежності України, її територіальній цілісності та передбачає надання відповідним органам державної влади, військовому командуванню, військовим адміністраціям та органам місцевого самоврядування повноважень, необхідних для відвернення загрози, відсічі збройної агресії та забезпечення національної безпеки, усунення загрози небезпеки державній незалежності України, її територіальній цілісності, а також тимчасове, зумовлене загрозою, обмеження конституційних прав і свобод людини і громадянина та прав і законних інтересів юридичних осіб із зазначенням строку дії цих обмежень.

На перший погляд правовий режим воєнного стану є винятково новим статусом країни. Але при вдумливому вивченні цього явища стає зрозумілим, що сутністю його є підтримання у робочому стані всіх сфер діяльності країни та приведення їх у постійну готовність для реагування на агресію. Специфіка

правового режиму воєнного стану для суспільства полягає у застосуванні низки особливих способів його підтримання.

Тому мета нашого повідомлення – показати основні особливості роботи судово-медичної служби під час правового режиму воєнного стану в Україні.

Зазначені особливості ми поділяємо на: територіальні, часові, організаційні, методологічні, законодавчі та інші.

Ці особливості діють не постійно, а виникають лише у випадках масових жертв цивільного населення і/або в збройних силах України на всій території або частині її.

Маючи тимчасовий характер, наступною особливістю роботи судово-медичної служби є досить тривалий період (тижні, місяці) доопрацювання судово-медичного матеріалу вже після закінчення правового режиму воєнного стану. Це обумовлено методами роботи судово-медичної лабораторії та необхідністю правильного оформлення судово-медичної документації в залежності від задач, які ставлять правоохоронні органи.

Наразі збройні сили України не мають у своєму складі судово-медичних підрозділів (з 2013 р.), а ці послуги їм надають цивільні територіальні комунальні заклади охорони здоров'я – обласні бюро судово-медичної експертизи.

Під час масових жертв цивільного населення і/або в збройних силах України перед судовими медиками виникають специфічні задачі: сортування останків загиблих та їх ідентифікація [3, с. 80-89]. Вони посідають перше місце серед всіх інших задач. Цивільна судово-медична служба не готова до виконання цих заходів у постійному режимі.

Раніше ми неодноразово пропонували свій досвід і пропозиції щодо відтворення на сучасному рівні судово-медичної служби у збройних силах України [3, с. 34-39]. Наша пропозиція мала на увазі на базі чинних патологоанатомічних відділень військово-медичних центрів України провести об'єднання патологоанатомічної і залишків судово-медичної служб в системі міністерства оборони України, а також розширити штати таких відділень у кожному військово-регіоні. На нашу думку доцільним є створення на базі існуючих підрозділів



патологоанатомічної служби збройних сил України підрозділів під назвою «Патологоанатомічна і судово-медична лабораторія» у складі військово-медичних центрів ЗСУ, яким би делегувати повноваження проведення досліджень і експертиз у повному обсязі щодо невідновних втрат.

Наступна особливість роботи судово-медичної служби під час правового режиму воєнного стану полягає в тому, що гібридний характер можливих військових операцій з будь-якого боку буде супроводжуватися застосуванням надсучасних видів озброєння і оборони. А діагностика і наслідки дії такої зброї судовими медиками не вивчені. Тому докази застосування надсучасної зброї на державному і міжнародному рівнях будуть не повні та не досить вагомі. Для подолання таких проблем, на наш погляд, необхідне створення інноваційного рівня нової державної спеціалізованої судово-медичної установи «Центральний науково-дослідний інститут судово-медичних експертиз» [3, с. 33].

Таким чином, існує низка особливостей роботи судово-медичної служби під час правового режиму воєнного стану в Україні, які потрібно вивчити і застосувати відповідні заходи для повноцінної роботи судово-медичної служби у зазначених умовах.

#### Література:

1. Опубліковано текст закону про воєнний стан (Заголовок з екрану). Корреспондент.net, 26 листопада 2018, 23:58 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://ua.korrespondent.net/ukraine/politics/4037074-opublikovano-tekst-zakonu-pro-voiennyi-stand> (16.12.2018 р., 23:03).
2. Про правовий режим воєнного стану: закон України. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/389-19> (16.12.2018 р. 23:01).
3. Удосконалення роботи судово-медичної служби України : монографія / За заг. ред. А.О. Моргуна та В.В. Хижняка. – Харків: ФОП Бровін О.В., 2018. – 161 с.

## ПОКАЗАТЕЛИ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ И КРИТИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

*Хомицкий Н.Е.,*

*Доцент кафедры психиатрии, психотерапии, общей и  
мед.психологии, наркологии и сексологии*

*Запорожский государственный медицинский университет,  
г. Запорожье, Украина*

В течение первых лет после дебюта эндогенного психоза точность клинической диагностики имеет определяющее значение как для выбора адекватной программы лечебно-реабилитационных мероприятий, так и для дальнейших прогнозов в отношении социальной, профессиональной и личностной состоятельности пациентов [1,2]. Ярким примером тому служит диагностика шизофрении. Данное обстоятельство обуславливает актуальность поиска новых подходов к диагностике шизофрении среди других нозологических вариантов эндогенных психозов. Известно, что шизофренический процесс характеризуется наличием специфической личностной изнеженности и нарастающей социальной дезадаптации как при эксацербации заболевания, так и вне психотического эпизода, вплоть до формирования специфического личностного дефекта. Таким образом, изучение личностных особенностей пациентов, страдающих шизофренией, а также показателей адаптивности углубит представление о данной нозоформе и повысит качество диагностики.

### **Цель исследования**

Изучение личностного профиля и типов отношения к болезни у пациентов, страдающих шизофренией.

### **Материалы и методы исследования**

На базе Запорожской областной клинической психиатрической больницы (ЗОКПБ) нами было обследовано 96 пациентов (46 мужчин и 50 женщин) с диагнозом параноидная шизофрения с эпизодическим типом течения. Диагности-

ка вышеуказанных заболеваний осуществлялась согласно критериев Международной классификации болезней Десятого пересмотра (МКБ-10).

Методами настоящего исследования выступали катamnестический, клинико-психопатологический, психодиагностический, а также методы системного и клинико-статистического анализа. Комплексная оценка личностного профиля, включающего индивидуальные персонологические, конституциональные, характерологические и поведенческие особенности, проводилась на основании результатов прохождения тестирования по методике Миннесотского многопрофильного личностного опросника (ММРІ). Тип отношения к болезни, и уровень адаптивности определялись при помощи Личностного опросника Бехтеревского института (ЛОБИ). Для минимизации искажения полученных результатов под воздействием актуальных болезненных переживаний обследование контингентов проводилось в период ремиссии при условии редукции психотической симптоматики. Профили пациентов, определяемых при помощи методик ММРІ и ЛОБИ, представляют собою интегральные клинические выводы, полученные на основании анализа числовых значений по отдельным субшкалам, что в конечном итоге позволяет рассматривать финальные заключения обеих методик как качественные показатели.

### **Результаты и их обсуждение**

Профили ММРІ обследованных пациентов характеризовались следующими отличительными чертами. Как показатель аутизации выступало изолированное – в 22 случаях (22,9%) или сочетанное – в 38 случаях (39,6%) повышение значений по 0 и 8 шкалам. Резкий пик по 4-й шкале определялся у 18 пациентов (18,7%) второй группы, указывая на психопатизацию, импульсивность личности, конфликтность, причем 4 случая (4,2%) повышения по 4-й шкале сочетались с пиковыми значениями 2-й шкалы, что свидетельствовало о высокой суицидальной готовности у пациентов. Данные асоциальные тенденции в совокупности с проявлениями аутизации идентифицировались нами как дезадаптивный паттерн. Высокие значения 6-й и 7-й шкал при снижении профиля по 2-й шкале у 26 пациентов (27,1%) говорило в пользу наличия псевдоневротических

бредовых переживаний (псевдоневротический паттерн). Примечательно также, что профили 8-и пациентов (8,3%) обнаруживали высокое отрицательное значение разницы по шкалам F-K, указывающее на стремление к диссимуляции имеющихся болезненных переживаний (диссимулятивный паттерн).

Исследование контингентов при помощи ЛОБИ показало следующие результаты. Характеристика типов отношения к болезни, сформированных у пациентов второй группы, отличалась тем, что наиболее часто, а именно – в 46 случаях (47,9%) встречался смешанный неврастенически-ипохондрический тип с паранойяльными включениями (у 18 пациентов; 18,8%) и без таковых (у 28 пациентов; 29,2%). Несколько реже, в 32 случаях (33,3%) в качестве доминирующих радикалов определялась комбинация параноидного и меланхолического. Апатический тип отношения к болезни был характерен для 12 исследуемых (12,5%); еще 6 пациентов (6,3%) обнаруживали анозогностически-паранойяльный тип отношения к болезни. При этом психическая дезадаптация, обусловленная интрапсихической направленностью реагирования на болезнь, в различной степени выраженности была выявлена в 42-х случаях (43,8%).

Установленные патоперсоналогические трансформации позволили сформулировать гипотезы о наличии сопряженности ряда признаков, выявляемых в профиле личности по ММРІ и в типах отношения к болезни ЛОБИ.

Дезадаптивный паттерн, выраженный в виде высокого уровня аутизации, склонности к психопатизации, импульсивности, суицидальных тенденциях, определяемых по профилю ММРІ, у пациентов с эпизодической шизофренией, имеющих аффективную симптоматику в структуре психотических эпизодов, коррелировал с выраженностью социальной дезадаптации на почве преобладания интрапсихической направленности реагирования на болезнь, идентифицируемой посредством ЛОБИ ( $\chi^2=6,566$ ;  $p<0,01$ ). Указания на вероятность присутствия псевдоневротических бредовых переживаний, полученные при интерпретации результатов анкетирования по миннесотскому опроснику, тесно перекликается с преобладающими неврастенически-ипохондрическим ( $\chi^2=16,622$ ;

p<0,01) и параноидно-меланхолическим ( $\chi^2=31,662$ ; p<0,01) типами отношения к болезни. **Выводы**

В ходе настоящего исследования был проведен личностных особенностей и типов отношения к болезни у пациентов, страдающих шизофренией, что позволило выявить ряд закономерностей. Ведущий механизм дезадаптации при шизофрении – интрапсихический. Преобладание аутизации личности среди пациентов, страдающих шизофренией, сочетается с тревожно-невротическими чертами, определяющими ведущий механизм бредаобразования.

### **Список литературы**

1. Impaired emotion regulation in schizophrenia: evidence from event-related potentials / W P. Horan, G. Hajcak, J. K. Wynn [et al.] // Psychol Med. – 2013. – Vol. 43 (11). – P. 2377-2391.
2. Thaler N. S. Social cognition and functional capacity in bipolar disorder and schizophrenia / N. S. Thaler, G. P. Sutton, D. N. Allen // Psychiatry Research. – 2014. – Vol. 220 (1-2). – P. – 14-309.

---

УДК (066) 7205343

Медичні науки

## КОМПАРАТИВНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІКО-ЕТОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЖЕСТУ ПРИ СОЦІАЛЬНО-КОМУНІКАТИВНІЙ ПОВЕДІНЦІ ХВОРИХ НА ЕНДОГЕННІ ПСИХОЗИ З ЕПІЗОДИЧНИМ ПЕРЕБІГОМ В СТАНАХ РЕМІСІЇ / ІНТЕРМІСІЇ

***М. Є. Хоміцький***

*канд. мед. наук, доцент каф. психіатрії,  
психотерапії, загальної та медичної психології,  
наркології та сексології,  
Запорізький державний медичний університет,  
Україна.*

Вивчення клінічних відмінностей при ендегенних психозах з епізодичним перебігом більшою мірою орієнтовано на симптоматику початку та подальших загострень захворювання, яка є поліморфною, та характеризується динамічним

синдрома кинезом. Клінічні аспекти ремісії, а саме клініко-етологічний аспект (вивчення соціально-комунікативної поведінки) залишаються найменш дослідженими та потребують вивчення з метою чіткого відокремлення від інших нозологічних одиниць. Слід згадати, що при проведенні діагностики психозів ще Еміль Крепелін рекомендував враховувати не одну з ознак, а сукупну характеристику усієї семіотики та динаміку захворювання.

### **Метою нашого дослідження є**

На підставі порівняльного аналізу клініко-психопатологічних, клініко-катамнестичних, клініко-етологічних та медико-соціальних характеристик ендогенних психозів з епізодичним перебігом виявити нозоспецифічні постманіфестні патоперсонологічні трансформації

**Контингенти та методи.** На базі Запорізької обласної клінічної психіатричної лікарні було обстежено 244 пацієнти. Серед яких 67 пацієнтів з афективними розладами (група 1) – (АР), 81 особа із встановленим діагнозом «шизоафективний розлад» (група 2) та 96 пацієнти з діагнозом «шизофренія, параноїдна форма, епізодичний тип перебігу» (група 3). Діагностика вищезазначених захворювань здійснена згідно Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду. Клініко-етологічний метод було застосовано для вивчення структури та типології невербальної поведінки, а також кількісного аналізу з використанням глосарію, складеного V.P. Samokhvalov та O.E. Samokhvalova (2011).

### **Результати та їх обговорення**

Соціокомунікативна поведінка за допомогою жесту, мала такі відмінності. Пацієнти з АР частіше використовували жест-звернення до співбесідника, жест з фіксацією на животі, жест-відсторонення. Також група 1 демонструвала аутогрумінг ділянки носа та прикривання обличчя руками. Жестикуляція пацієнтів з ШАР була асоційована з використанням жесту-указання. Пацієнти з шизофренією демонстрували аутогрумінг ділянки шиї та гру пальцями. Отримані результати та дані статистичної обробки наведено в таблиці 1.

**Таблиця 1.**

*Клініко-етологічні характеристики соціально-комунікативної поведінки (жест вільною рукою)*

Канал та елемент комунікації	Група 1 - АР (N=67)		Група 2 - ШАР (N=81)		Група 3 – шизофренія (N=96)		t
	Абсолютна кількість випадків, осіб	Кількість випадків, %	Абсолютна кількість випадків, осіб	Кількість випадків, %	Абсолютна кількість випадків, осіб	Кількість випадків, %	
Жест-указання	2	3,0	<b>11</b>	<b>13,6*</b>	3	2,9	p<0,05
Жест-звернення до співбесідника	<b>9</b>	<b>13,4**</b>	1	1,2	2	2,1	p<0,01
Жест з фіксацією на животі	<b>11</b>	<b>16,4*</b>	4	4,9	4	4,2	p<0,05
Жест-відсторонення	<b>12</b>	<b>17,9*</b>	4	4,9	5	5,2	p<0,05
Прикривання руками обличчя або його частин	<b>11</b>	<b>16,4*</b>	3	3,7	2	2,1	p<0,05
Жести аутогрумі-нгу: ніс	<b>7</b>	<b>10,4*</b>	1	1,2	2	2,1	p<0,05
Жести аутогрумі-нгу: шия	7	10,4	8	9,9	<b>2</b>	<b>2,0*</b>	p<0,05
Гра пальцями	0	0,0	1	1,2	<b>10</b>	<b>9,8*</b>	p<0,05

Примітки: \* – ознаки з достовірними розбіжностями при множинному порівнянні 1, 2 та 3-ї груп з рівнем статистичної достовірності p<0,05;  
 \*\* – ознаки з достовірними розбіжностями при множинному порівнянні 1, 2 та 3-ї груп з рівнем статистичної достовірності p<0,01;

## **Висновки**

В дослідженні проведено порівняльний аналіз та виявлено відмінності невербальних характеристик використання жесту при соціально-

комунікативній поведінці хворих на ендогенні психози з епізодичним перебігом в станах ремісії / інтермісії. Клініко-етологічні характеристики соціокомунікативної поведінки мають нозоспецифічні відмінності та є підтвердженням наявності стійких нозоспецифічних трансформацій патоперсонологічного кола. У пацієнтів з АР в стані клінічної ремісії наявні невербальні ознаки субклінічних тривожно-депресивних проявів: жест-звернення до співбесідника ( $p < 0,01$ ) жест з фіксацією на животі ( $p < 0,05$ ), жест-відсторонення ( $p < 0,05$ ). Пацієнти, що страждають на ШАР, демонструють жест-указання ( $p < 0,05$ ). Знайшли своє підтвердження отримані раніше дані про невербальний маркер емоційно-вольового зниження при шизофренії, а саме – жест «гра пальцями» ( $p < 0,05$ ).

---

УДК 619.

Медичні науки

## ОСОБЛИВОСТІ ПІДХОДУ У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТОК ІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ КІСТАМИ ЯЄЧНИКІВ

*Цап Ростислав Вікторович*

*Студент медичного факультету*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

*м. Ужгород, Україна.*

Тенденція до росту за останні роки пухлин яєчників знаходиться в межах 6 -25%, у підлітковому віці їхня частка складає до 10%, у репродуктивному віці – до 80%. У патогенезі даних утворів головну роль відіграють порушення нейрогуморальної регуляції та продукція гормонів яєчників, як наслідок — порушуються процеси фолікулогенезу. Основною тактикою ведення даних пацієнток є спостереження та застосування гормональних препаратів, однак вони мають багато протипоказань та ускладнень, тому використанню фітопрепаратів приділяється особлива увага.

**Мета дослідження:** дослідити ефективність фітотерапії у лікуванні функціональних кіст яйників у жінок репродуктивного віку.

**Матеріали та методи дослідження:** Було досліджено 38 жінок з ФКЯ у віці 25–40 років. Всім хворим було проведено клініко–лабораторне, гормональ-



не, ультразвукове дослідження. 13 пацієнток лікувались за допомогою гормонального лікування (група порівняння) та 18 хворим була призначена фітотерапія із використанням препарату тазалок по схемі. 7 жінок склала контрольна група. У всіх жінок були скарги на втому, слабкість, порушення сну, дієздатності та порушення менструального циклу. Під час ультразвукового дослідження було встановлено наявність пухлиноподібного утвору яєчників від 45 до 55 мм.

**Результати дослідження та їх обговорення:** Аналізуючи отримані проведені досліджень нормалізація менструальної функції виявлена у 15 жінок основної групи (83,3%) у порівнянні з групою порівняння — 9 (69,2%). За даними клініко–лабораторного, гормонального та ультразвукового досліджень, було видно позитивну динаміку застосування фітопрепарату. У всіх хворих основної групи відновився нормальний менструальний цикл та зникли скарги, покращилося загальне самопочуття. У 4-х пацієнтів групи порівняння виник побічний ефект при застосуванні гормональної терапії, завдяки чому виникла потреба відміни препаратів. Усім пацієнтам, які отримали лікування препаратом тазалок, було проведено ультразвукове дослідження, де патології яєчників не виявлено.

**Висновки:** Таким чином, отримані дані, діагностичні дослідження та проведення лікування за допомогою фітопрепарату можуть усунути прогресування функціональних кіст яєчника у жінок репродуктивного віку.

#### Література:

1. Акушерство - учебник - Г.М. Савельева, В.И. Кулаков, А.Н.Стрижаков
2. Гинекология: учебник - Савельева Г.М.
3. Акушерство та гінекологія. В. Запорожан

*студентка Полтавського юридичного інституту  
Національного юридичного університету  
імені Ярослава Мудрого  
м. Полтава, Україна*

Актуальність даного дослідження полягає у тому, що піратство несе загрозу не лише окремим державам, а й всій міжнародній безпеці. Такі дії призводять до негативних наслідків як в економічній, соціальній, так і у політичній сфері, зокрема через те, що зростає напруга між країнами у зв'язку з перешкодами у морському судноплаванні. Ця проблема стосується і України, оскільки велика кількість українських моряків знаходяться на судах, які перебувають під юрисдикцією різних держав. Також необхідно з'ясувати чи сприяла наша держава у діяльності цих операцій. На доктринальному рівні увага питанню стосовно міжнародних операцій проти піратства майже не приділяється, у зв'язку з чим існує потреба узагальнити найпоширеніші думки науковців та дослідити найважливіші міжнародні операції.

Основними документами у боротьбі з піратством є Конвенція про відкрите море 1962 р., Конвенція з морського права 1982 р., а також численні Резолюції Ради Безпеки ООН та Рекомендації Міжнародної морської організації.

Міжнародні операції по боротьбі з піратством є різновидом миротворчих операцій, під якими розуміють дії, які здійснюються для встановлення, підтримання миру та реалізації інших гуманітарних цілей [1, с. 92]. Такі заходи відповідно до Статуту ООН можуть здійснювати регіональні організації, зокрема ЄС, ОБСЄ, НАТО [2].

Засоби, які застосовують при виконанні операцій проти піратства, поділяють на дві основні групи. Перша включає дії з виявлення та усунення причин такого явища, друга – безпосереднє припинення проявів морських розбоїв та ліквідацію їх наслідків. Остання включає в себе комплекс заходів, спрямованих на захист, рятування та покарання [3, с. 390]. Кожна із груп, існуючи ізольовано

одна від одної, не зможе призвести до позитивних результатів, тому при здійсненні міжнародних операцій застосовуються всі засоби для подолання такого явища як піратство.

Науковці звертають увагу на те, що в Конвенції про відкрите море піратство матиме місце лише у разі його вчинення у відкритому морі або ж за межами юрисдикції будь-якої держави, у той час як морські розбої вчиняються у внутрішніх, архіпелажних водах тощо. Також як недолік відзначають те, що захоплення судна особами, які вже на ньому перебували, не підпадає під поняття піратства в розумінні Конвенції 1962 р. [4, с. 18]. Але, якщо детальніше досліджувати міжнародні акти у цій галузі, необхідно звернути увагу на Конвенцію про боротьбу з незаконними актами, спрямованими проти безпеки морського судноплавства 1988 року, у якій ст. 6 закріплює, що відповідальність за злочини, передбачені цим документом, настає також у разі їх вчинення на території певної держави, включаючи територіальне море. Також зазначена Конвенція охоплює під злочином проти безпеки морського судноплавства і протиправні дії тих осіб, які весь час перебували на цьому судні [5]. З огляду на це, можна частково погодитись з наявністю недоліків Конвенції про відкрите море, оскільки разом з іншими актами питання щодо піратства врегульоване повною мірою.

Аналізуючи міжнародні операції у боротьбі з піратством, необхідно звернути увагу на Резолюцію 1816 (2008) Ради Безпеки, яка закликала держави об'єднати свої зусилля для протидії такому явищу у зв'язку з тогочасними численними актами піратства в Сомалі [6]. Можна відзначити, що саме з цього акту розпочалася співпраця країн у цій сфері.

Найуспішнішою з операцій стала операція НАТО «Океанський Щит», яка продовжувалась протягом 2009-2016 років. Учасники наділялись широким колом повноважень, зокрема здійснювали спостережні, розвідувальні заходи, супровід комерційних суден, переслідування, затримання піратських кораблів тощо [7].

Операцію неодноразово продовжували, доки не було мінімізовано навіть шанси на відновлення збройних нападів на судна. У декларації, прийнятій на саміті НАТО в Чикаго 2012 року, учасники відзначали, що їх задовільняє те, що «Океанський Щит» продовжено до 2014 року, і це допоможе досягти кінцевого результату [8]. Хоча з 2012 року жодного судна не було захоплено в охоронюваному регіоні, на саміті в Уельсі обговорювалась загроза атак піратів, тому було прийнято рішення продовжити операцію до 15 грудня 2016 року [7]. Успішність цієї операції підтверджується не лише на таких заходах, а й у документах НАТО.

Україна також посприяла у досягненні мети, задля якої був створений «Океанський Щит». Генеральний секретар НАТО звернувся до Міністра оборони України з Угодою (у формі обміну листами) між Україною та Організацією Північноатлантичного договору про участь України в операції «Океанський Щит», яку Президент України ратифікував. Тому наша держава поряд з іншими країнами зробила значний внесок у здійсненні цієї операції.

Ще однією важливою операцією є перша військово-морська операція ЄС «Атланта». Вона була запроваджена документом під назвою Council Joint Action 2008/851/CFSP від 10 листопада 2008 року [9]. Повноваження учасників операції були аналогічними з «Океанським щитом» і вони у деяких місцях співпрацювали.

Особливістю цієї операції є те, що вона ефективна за рахунок саме запобігання піратських нападів. ЄС підходить до вирішення проблеми піратства комплексно і звертає увагу на важливість самозахисту країн від цього явища, тому при «Атланті» діють ще декілька місій стосовно Сомалі, які спрямовані на навчання місцевих військових та на розвиток регіональних морських можливостей. Зважаючи на значимість цієї операції 30 липня 2018 року Рада ЄС продовжила її до грудня 2020 року [10].

Україна брала участь і в цій операції. Указом Президента України від 20 січня 2010 року №41/2010 було введено в дію рішення РНБО України від 20

листопада 2009 року "Щодо участі України в операції Європейського Союзу "EU NAVFOR ATLANTA" [11].

Участю у таких міжнародних заходах наша країна довела, що готова забезпечувати міжнародний мир та безпеку, а міжнародне співтовариство у свою чергу підтвердило, що визнає Україну не лише рівноправним суб'єктом, а й повноцінним партнером у боротьбі з піратством.

Міжнародні операції з протидії піратству мають як позитивні, так і негативні риси. До першої групи, перш за все, необхідно віднести значні результати таких операцій. Оскільки співпраця світової спільноти допомагає захищати економічні, соціальні, політичні відносини та інтереси держав від піратських нападів. Тому, зважаючи на гарний ефект цих заходів, поодинокі прояви піратства, на мою думку, не можна вважати недоліком, так як викоренити таке явище неможливо. Як наступну позитивну ознаку потрібно відзначити консолідацію держав, які обговорюють цю проблему, узгоджують можливі шляхи її вирішення, об'єднують всі наявні засоби та зусилля. І таким чином країни, які раніше не так тісно співпрацювали, починають взаємодіяти для досягнення міжнародно важливих цілей. Також варто звернути увагу на те, що міжнародні операції по боротьбі з піратством як безпосередньо протидіють нападам, так і виконують превентивну функцію. Такі заходи мають світове визнання і тому сам факт їх проведення у відповідних регіонах здійснює вплив на піратів. Останні, розуміючи, що зазнають покарання, припиняють злочинну діяльність у водах.

Позитивних рис досить багато, але потрібно звернути увагу на певні недоліки. Першою проблемою можна зазначити те, що відсутній єдиний загальний документ, який би врегульовував здійснення міжнародних операцій з протидії піратству хоча б у загальних рисах. З одного боку, це можна пояснити тим, що кожна операція відрізняється від інших чи то повноваженнями, чи то територіальними особливостями. З іншого, все одно, необхідно встановити основні принципи, правила проведення таких операцій. На рівні Конвенції ООН з морського права 1982 року закріплено лише обов'язок держав протидіяти піратству, а як

саме, якими засобами, способами, якими повноваженнями при взаємодії наділятимуться учасники не вказано [12]. Все це визначається окремими організаціями і лише при безпосередньому створенні конкретних операцій.

Наступною проблемою є те, що при здійсненні міжнародних операцій по боротьбі з піратством може виникнути питання стосовно втручання у внутрішні справи держави. Тому у разі виникнення значної кількості таких втручань, необхідно буде віднайти певний баланс, щоб не було посягання на самостійність держави, але при цьому було б забезпечено таку ж ефективність цих операцій. На мою думку, це може бути вирішено лише разом з першою проблемою.

Підсумовуючи наявні проблемні питання, акцентую на тому, що існує потреба у прийнятті акту, у якому містились би межі повноважень, які можуть бути реалізовані при здійсненні міжнародних операцій з протидії піратству, порядок їх здійснення, а також порядок створення цих операцій і орієнтовний перелік органів, які наділяються таким правом. Доцільно закріпити ці питання на рівні Резолюції Ради Безпеки ООН, з огляду на обов'язковість актів цього органу і на спрямованість його діяльності на забезпечення міжнародного миру та безпеки.

Отже, піратство створює перешкоди морським перевезенням, світовій торгівлі, дестабілізує відносини у міжнародному співтоваристві. А тому як явище, яке зачіпає інтереси світової спільноти, потребує активних дій для його подолання. На мою думку, жодна держава не може ефективно боротися з піратством, так як це потребує досить високого рівня підготовки, обізнаності у цій сфері та комплексного підходу для протидії. А тому потрібно використовувати можливості всіх держав. Саме тому на базі міжнародних організацій започатковуються операції по боротьбі з піратством, які поєднують у собі всі можливі засоби, як з попередження піратства, так і подальшої ліквідації його проявів. Беручи до уваги досвід таких операцій, їх успіх зумовлений лише комплексним застосуванням таких заходів. Попри наявність багатьох позитивних рис, все ж є недоліки. Основним з яких є відсутність єдиного документу для врегулювання проведення міжнародних операцій з протидії піратству, тому необхідно розглянути запропонований вище спосіб подолання цієї проблеми. Позитивний ре-

зультат цього виду миротворчих операцій є досягненням багатьох країн, Україна не є виключенням, оскільки проявляє активність та зацікавленість у вирішенні цієї проблеми. Тому з огляду на практику, необхідно відзначити, що саме міжнародні операції є найефективнішим способом боротьби з піратством.

#### Література:

1. Івашков Ю. Міжнародні операції з підтримання миру і безпеки Збройних Сил України на території інших держав / Ю. Івашков, О. Шинкарук, Т. Івашкова. // Збірник наукових праць Національної академії державної прикордонної служби України. – 2016. – №1. – С. 89–100.
2. Статут Організації Об'єднаних Націй [Електронний ресурс]. – 1945. – Режим доступу до ресурсу: [http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_010](http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_010).
3. Нігреєва О. О. Боротьба із піратством у контексті міжнародного права / О. О. Нігреєва. // Університетські наукові записки. – 2012. – №3. – С. 389–393.
4. Святун О. В. Правові засади участі України у міжнародній боротьбі з піратством / О. В. Святун. // Актуальні проблеми міжнародних відносин. – 2011. – №96. – С. 15–24.
5. Конвенція про боротьбу з незаконними актами, спрямованими проти безпеки морського судноплавства [Електронний ресурс]. – 1988. – Режим доступу до ресурсу: [http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_220](http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_220).
6. Резолюція 1816 [Електронний ресурс]. – 2008. – Режим доступу до ресурсу: [http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_h12](http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_h12).
7. Fact Sheet Operation Ocean Shield [Електронний ресурс]. – 2014. – Режим доступу до ресурсу: [https://www.nato.int/nato\\_static\\_fl2014/assets/pdf/pdf\\_topics/141202a-Factsheet- OceanShield-en.pdf](https://www.nato.int/nato_static_fl2014/assets/pdf/pdf_topics/141202a-Factsheet- OceanShield-en.pdf).
8. Chicago Summit Declaration [Електронний ресурс]. – 2012. – Режим доступу до ресурсу: [https://www.nato.int/cps/en/natolive/official\\_texts\\_87593.htm#ukraine](https://www.nato.int/cps/en/natolive/official_texts_87593.htm#ukraine).
9. Council Joint Action 2008/851/CFSP [Електронний ресурс]. – 2008. – Режим доступу до ресурсу: <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/05014b4b-e7b6-4178-b2d9-5a7bb038acfd/language-en>.

10. Mission EU NAVFOR [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://eunavfor.eu/mission/>.

11. Указ Президента України "Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20 листопада 2009 року "Щодо участі України в операції Європейського Союзу "EU NAVFOR ATALANTA"" [Електронний ресурс]. – 2010. – Режим доступу до ресурсу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/41/2010>.

12. Конвенція ООН з морського права [Електронний ресурс]. – 1982. – Режим доступу до ресурсу: [http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_057](http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_057).

---

УДК 11

Социологические науки

## «АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ТРУДОВОГО КОЛЛЕКТИВА НА ПОВЕДЕНИЕ ИНДИВИДА»

**Солодовникова О.Ф.**

*Студентка психологического факультета  
Одесский национальный университет  
имени И.И.Мечникова  
г. Одесса, Украина.*

**Объект исследования:** агрессивное поведение.

**Предмет исследования:** влияние группы на проявление агрессивного поведения индивида.

**Цель исследования** состоит в том, чтоб изучить влияние группы на проявление агрессивного поведения индивида.

Организационное окружение - это та часть организации, с которой человек сталкивается во время своей работы в ней. В первую очередь это рабочее место и его непосредственное окружение. Как бы человек и организация ни стремились свести свое взаимодействие только к выполнению определенных работ на определенном рабочем месте, у них этого никогда не получится. В каждой конкретной ситуации возникновения трудностей и проблем взаимодействия человека с организационным окружением могут быть найдены конкретные,



соответствующие данной ситуации причины, породившие эти проблемы. Однако, несмотря на ситуационность этих проблем, можно указать на два основополагающих момента, лежащих в основе большинства причин, вызывающих непонимание, противодействия и конфликты во взаимодействии человека с организационным окружением. Данными моментами являются: ожидания и представления индивида об организационном окружении и его месте в нем; ожидания организации в отношении индивида и его роли в ней. [3,с.78].

Личностные особенности группового взаимодействия являются важной детерминантой групповой динамики. Несмотря на то, что малая группа представляет собой целостную социальную систему, каждый из членов группы в той или иной мере влияет на внутригрупповые отношения, что может способствовать их дальнейшей гармонизации или, наоборот, вести к социальной дисгармонии и конфликту. Последний может стимулировать распад группы. Каждый из нас входит одновременно в огромное число формальных и неформальных групп, в которых мы занимаем различный социальный статус: от лидера до простого члена группы. Следовательно, один и тот же человек в разных группах может выполнять различные функции и роли, что определяется типом личности и типом данной группы, ее целевыми установками. [5, с.31]:

Часто многим воздействиям со стороны группы человек долго сопротивляется, многие воздействия он воспринимает только частично, некоторые он отрицает полностью. Процесс адаптации человека к группе и подстройки группы к человеку неоднозначный, сложный и зачастую достаточно длительный. Входя в группу, вступая во взаимодействие с групповым окружением, человек не только изменяется сам, но оказывает воздействие на группу, на других ее членов. Находясь во взаимодействии с группой, человек пытается различными способами воздействовать на группу, вносить изменения в ее функционирование таким образом, чтобы это было приемлемо для него, удобно ему и позволяло ему справляться со своими обязанностями. Естественно, и форма воздействия, и степень влияния человека на группу существенно зависят как от его личностных характеристик, его возможностей оказывать влияние, так и от характе-

ристик группы. Подструктура личности и социальный тип личности в экстремальных условиях сталкивается с чем-то новым, что не соответствует их прежним представлениям и ценностям. Это приводит к состоянию фрустрации, тревоги, недовольства и, в результате, - нарастанию уровня агрессивности в обществе. [7, с.464].

Из подобной ситуации Рощин С.К. видит три пути выхода: развитие и пересмотр собственных взглядов и подходов; консерватизм, то есть верность прежним представлениям; эскалация ситуации, то есть нагнетание ситуации на основе изначально ошибочных решений и предпосылок. [4, с.158-161].

Часто анализ показывает, что агрессия преследовала какую-либо позитивную для человека цель, но выбранный способ поведения — неудачный, неадекватный — приводит к обострению конфликта и ухудшению ситуации. Чем сильнее фрустрация и невротичность личности, тем более и обостреннее реализуется неадекватное агрессивное поведение. [6, с.46].

Агрессия – это комплексное образование, агрессивная направленность личности обуславливаться вложившимися в процессе жизни совокупностью определенных психологических особенностей. Агрессивное поведение индивида обусловлено определенном набором психологических особенностей личности, уровнями их проявления у человека. Наибольшее положительное влияние на агрессивность оказывают такие психологические составляющие, как: социальная пластичность, пластичность и социальная эргичность; наиболее отрицательное влияние оказывает социальная эмоциональность и социальный темп. Подструктура личности и социальный тип личности в экстремальных условиях сталкивается с чем-то новым, что не соответствует их прежним представлениям и ценностям. [6, с.16-17].

Из подобной ситуации Рощин С.К. видит три пути выхода: развитие и пересмотр собственных взглядов и подходов; консерватизм, то есть верность прежним представлениям; эскалация ситуации, то есть нагнетание ситуации на основе изначально ошибочных решений и предпосылок. В подобных ситуациях с целью обеспечения психофизического комфорта человек, осознав свою изо-

лированность, должен обязательно вступить в определенные взаимоотношения с другими. Он должен либо любить всех, проявляя независимость и творчество, либо вступать в симбиотические отношения со средой в форме подчинения себе других (садизм) или самому подчиняться другим (мазохизм). Либо отречься от всех и взаимодействовать лишь с самим собой (нарциссизм) и, наконец, «уничтожать» все окружающее и всех (деструктивность). [4, с.162].

Для реализации поставленных задач в работе были использованы следующие группы **методов**: анализ литературы, беседа, наблюдение, тестирование, констатирующий эксперимент, методы математической обработки данных.

**Методы статистической обработки** результатов исследования включали: первичные методы статистической обработки: дисперсии, моды и медианы и вторичные - методы сравнения первичных данных двух или нескольких выборок.

**Экспериментальная база исследования:** В экспериментальном исследовании приняли участие 35 сотрудников предприятия в возрасте от 22 до 44 лет. Из них 21 мужчина и 14 женщин.

**Надежность и достоверность результатов исследования** обеспечивалась использованием комплекса методов исследования, адекватных его предмету, гипотезам, задачам; репрезентативностью выборки испытуемых; применением современных методов математической статистики при обработке эмпирических данных; содержательным анализом выявленных факторов, зависимостей, закономерностей.

**Практическое значение** работы состоит в том, что её результаты могут быть использованы как пособие для студентов и преподавателей кафедры психологии. Приложения, результаты эмпирического исследования и теоретическая часть работы могут быть использованы в качестве наглядного материала при проведении лекций, уроков, бесед о связи психологического типа личности и агрессии в деловых отношениях.

**Методы и методики экспериментально-диагностического исследования:**

1) Методика исследования личностных качеств FPI

2) Методика Басса-Дарки

3) Методика диагностики самооценки психических состояний Г. Айзенка

4) Социометрическая методика

Сопоставляя статусное положение каждого служащего с присущим ему уровнем самооценки, мы получили следующие результаты:

1. Из общего количества служащих первой категории (лидеры) 33 % имеют высокий уровень самооценки и 67% имеют средний уровень самооценки;

2. Из всех служащих, относящихся во второй категории (популярные) 45% имеют средний уровень самооценки и 55% имеют высокую самооценку;

3. 14% служащих, относящихся к третьей статусной категории (серые мыши) имеют средний уровень самооценки и 86% имеют высокий уровень самооценки;

4. один служащий, находящийся в четвертой статусной категории (лузеры) имеет средний уровень самооценки.

### **Рекомендации по коррекции агрессивного поведения**

Уверенному человеку свойственно принимать похвалу, критику, требования, в то же время он и сам адресует их другим людям. Такое поведение существенно отличается от агрессивного. Например, представьте, что друг забыл вернуть деньги, которые он у вас занял. Агрессивность выражается следующими высказываниями: «Черт возьми, я знал: тебе нельзя доверять, когда ты обещал, что вернешь деньги. Я хочу получить свои деньги!» Неуверенность облачается в такие выражения: «Я знаю, что надоедаю тебе, но, как ты думаешь, не сможешь ли ты вернуть мне деньги в ближайшее время?» Уверенный ответ звучит иначе: «Я считал, что мы договорились, когда ты обещал вернуть мне деньги сегодня. Буду признателен, если ты отдашь их самое позднее в пятницу». (Уверенный громкий голос.) Уверенное поведение реализуется благодаря подобной интонации, мимике, жестике, осанке, взгляду, громкости и тону голоса, речи от первого лица [9, с. 32].

Можно дать следующие рекомендации, как быть уверенным в поведении [2, с.19]:

1. Если вы хотите в чем-либо отказать другому человеку, скажите ему ясно и однозначно «нет», объясните, почему вы отказали, но не извиняйтесь слишком долго.

2. Отвечайте без паузы — так быстро, как только это вообще возможно.

3. Настаивайте на том, чтобы с вами говорили честно и откровенно.

4. Попросите пояснить, почему вас просят о том, чего вы не хотите делать.

5. Смотрите на человека, с которым вы говорите. Следите за невербальным поведением партнера: не проявляет ли он признаков неуверенности (руки около лица, бегающий взгляд).

6. Если вы злитесь, дайте понять, что это касается поведения партнера и не затрагивает его как личность.

7. Если вы комментируете поведение другого, используйте речь от первого лица — местоимение «я»: «Если ты ведешь себя подобным образом, то я чувствую себя так-то и так-то...» Предлагайте альтернативные способы поведения, которые, по вашему мнению, будут лучше вами восприняты.

8. Хвалите тех (и себя), кому, по вашему мнению, удалось вести себя уверенно (независимо от того, достигнута цель или нет).

9. Не упрекайте себя, если вы были неуверенны или агрессивны. Попробуйте вместо этого выяснить, в какой момент вы «сошли» с правильного пути и как возможно поступить в подобных ситуациях, если они возникнут в будущем.

**Выводы:** Проанализировав результаты тестов, мы видим, что 32 % служащих фирмы оценивают себя неадекватно. Их высокая самооценка не соответствует их социальному статусу в группе. 72% служащих с завышенной самооценкой составляют мужчины. Служащие с завышенной самооценкой являлись коллегами по одному отделу. Следовательно, для более эффективной работы предприятия следует внести некоторые изменения в организационную структуру.

Традиционный взгляд на подразделения как на группы специалистов, объединенных по какому-либо принципу группирования, недостаточен для ре-

шения современных управленческих задач, поскольку игнорирует факт накопления подразделениями знаний и опыта. Разумным продолжением данного принципа будет вывод, что, как правило, каждое подразделение должно накапливать уникальные компетенции. Два подразделения с идентичными компетенциями создают условия для распыления сил, снижения общего интеллектуального потенциала. Исключения допустимы только для тех ситуаций, когда руководство организации осознанно стремится создать внутреннюю конкуренцию между поставщиками одного и того же продукта (услуги).

#### Литература:

1. Журавлев А. А. Стиль современной психологии управления. – М. : Экономика, 2004.- 254с.
2. Кулагина И.Ю., Колюцкий В.Н. Возрастная психология. - М.: Сфера, 2001. - С.464.
3. Подмарков В. Г. Человек в трудовом коллективе / В. Г. Подмарков.- М. : Экономика, 1999.- 175с.
4. Практическая психология в тестах или как научить понимать себя и других. - М.: 1997. – С.197.
5. Пригожин А. И. Современная социология организации .- М. : Интерпракс, 2005.- 296с.
6. Румянцева Т.Г. Агрессия и контроль. //Вопросы психологии, 2002, №5-6. – С. 36-38.
7. Русалова М. Н. Экспериментальные исследования эмоциональных реакций человека. М.: Наука, 2009. - 170 с.
8. Судаков К. В. Стресс как экологическая проблема научно-технического прогресса // Физиология человека, 1996, Т. 22. №4. - С. 73-78.
9. Эльконин Б.Д. Введение в психологию развития. М.: Тривола, 1994. – 416 с.



