

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



«СВІТОВИЙ РОЗВИТОК НАУКИ ТА ТЕХНІКИ»

23 грудня 2019 року

Частина 11



м. Вінниця

Світовий розвиток науки та техніки, XXXVIII Міжнародна науково-практична інтернет-конференція. – м. Вінниця, 23 грудня 2019 року. – Ч.11, с. 62.

Збірник тез доповідей укладено за матеріалами доповідей XXXVIII Міжнародної науково-практичної інтернет - конференції «Світовий розвиток науки та техніки», 23 грудня 2019 року, які оприлюднені на інтернет-сторінці el-conf.com.ua

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

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

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

ЗМІСТ

Історичні науки

<i>Канюка В.В.</i> НАСИЛЬНИЦЬКИЙ ОПІР СЕЛЯН ВОЛИНИ РАДЯНСЬКІЙ КОЛЕКТИВІЗАЦІЇ.....	5
<i>Мельник В.В., Шульга С.А.</i> ІМПЕРТОР АДРІАН ТА СЕНАТОРСЬКИЙ СТАН	10

Медичні науки

<i>Апазиди Э.В.</i> БЕЗДОКАЗАТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В НЕВРОЛОГИИ	13
<i>Барзилович А.Д.</i> ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	15
<i>Смирнова Е.В., Голубовская А.А.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕГОСПИТАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ГРИППОМ И ОРВИ	19
<i>Гордієнко П. О., Мангушева В. Ю.</i> СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОСМЕТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПОСТАКНЕ.....	28
<i>Коновалова К.Д., Артеменко М.Є., науковий керівник Терьошина І.Ф.</i> МІСЦЕ НЕВРОЗІВ СЕРЕД ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ.....	31
<i>Макаренко Р.І.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ В ПОСТИНСУЛЬТНЫЙ ПЕРИОД.....	33
<i>Овчаренко И.А., Шевченко О.С., Апазиди Э.В., Макаренко Р.И.</i> ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТА ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ПУТЁМ ОЦЕНКИ ИНТЕНСИВНОСТИ ПРОЦЕССОВ РАЗРУШЕНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.....	37
<i>Шаєнко Ю.В., Классен П., керівник Бойко Е.В</i> ПЕРЕВАГИ КОМБІНАЦІЇ ПРОПОФОЛУ І РЕМІФЕНТАНІЛУ	39

Політичні науки

<i>Білих М.С., Пермінова С.О.</i> ФОРМИ УЧАСТІ ТА ЗАЛУЧЕННЯ МОЛОДІ ДО ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ.....	41
<i>Надобко О. О.</i> ТРАНСФОРМАЦІЯ ПОЛІТИЧНОЇ СИСТЕМИ УКРАЇНИ В УМОВАХ СУЧАСНОЇ ПОЛІТИЧНОЇ ДІЙСНОСТІ.....	44

Соціологічні науки

<i>Джигирис І.В., Бабюк А.Б.</i> ПРИЧИНА ТА АНАЛІЗ ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНИХ ПРИГОД В УКРАЇНІ	48
<i>Куліченко Т.С., науковий керівник Бойко Г.В.</i> СОЦІАЛЬНА РОБОТА ЯК МЕХАНІЗМ РОЗВИТКУ СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЧЛЕНІВ ОТГ.....	52
<i>Малишева А.В.</i> НЕГАТИВНИЙ ВПЛИВ ТРУДОВОЇ МІГРАЦІЇ НА УКРАЇНСЬКІ СІМ'Ї ТА ДІТЕЙ.....	55

Філософські науки

<i>Котихін С.Д., науковий керівник Коробкіна Т.В.</i> МОТИВАЦІЯ І ЇЇ РОЛЬ У РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ	58
---	----

НАСИЛЬНИЦЬКИЙ ОПІР СЕЛЯН ВОЛИНІ РАДЯНСЬКІЙ КОЛЕКТИВІЗАЦІЇ

Канюка В. В.,

студент факультету

історії, політології та національної безпеки

Східноєвропейський національний

університет імені Лесі Українки

м. Луцьк, Україна

Проведення колективізації радянський уряд розпочав відразу після закінчення бойових дій на території Волині. Насильницьке відбирання земельних наділів під колгоспний лан та звинувачення у куркульстві викликали різкий супротив селянства.

Реалізуючи постанову ЦК КП(б)У «Про встановлення граничних норм землекористування...» від 27 травня 1941 р., за період 1944–1945 рр. у західних областях України в заможного селянства було відібрано і передано бідняцьким господарствам 250 тис. га землі [4, с. 19]. Створювалась ілюзія, що споконвічне прагнення малоземельних селян буде врешті-решт задоволене, але вони отримали землю лише на дуже короткий час. 14 травня 1945 р. Раднарком УРСР постановою «Про створення земельних громад у селах західних, Чернівецької та Ізмаїльської областей» зобов'язав місцеве радянське керівництво створити земельні громади, які, окрім видимих функцій взаємодопомоги, обліку фондів та безгосподарних земель, впорядкування пасовиськ, створення супряг для допомоги безкінним господарствам, мали на меті поділити село на два антагоністичні табори – бідне та багате селянство [1, с. 92].

Незабаром розпочалася нова хвиля колективізації в західноукраїнському селі. Поштовхом для її початку послугував закон про п'ятирічний план відбудови та розвитку народного господарства на 1946-1950 рр., прийнятий Верховною Радою СРСР 18 травня 1946 р. Ним передбачалося здійснення у західних областях України індустріалізації, колективізації та культурної революції. У процесі підготовки і проведення колективізації в західних

областях України партійні організації широко розгорнули організаторську і «виховну» роботу серед селянства. В цій роботі керівну і спрямовуючу роль відігравали постанови пленумів ЦК ВКП(б) і ЦК КП(б)У. В усіх районах західних областей в індивідуальному порядку та колективно велася активна агітаційна робота щодо статусу сільськогосподарської артілі на досвіді колгоспів східних областей України. По селах у примусовому порядку створювались «ініціативні групи» з селян, що бажали стати колгоспниками [2, с. 31].

В такі села обкоми КП(б)У направляли своїх уповноважених лекторів, які під збройною охороною безпосередньо займались пропагандистською діяльністю серед селянства, силою зброї створювали «ініціативні групи». Останні заганяли селян у колгоспи насильно, застосовуючи при цьому зброю, відповідні методи впливу (побиття, мордування голодом тощо).

Звичайно, такі дії викликали справедливе обурення та ненависть до представників радянської влади, відмову підписувати заяви під загрозою зброї чи тортур. Тому часто це робили за них представники груп партійного, радянського активу та органів НКВС-МВС, що роз'їжджали по селах і займалися створенням колгоспів, не гребуючи жодними засобами. Саме такі групи і творили безчинства. Тих, хто не підписував заяв у колгосп, тримали у приміщенні сільради 2–3 доби [1, с. 83]. Небажання волинян вступати до колгоспів зумовило надзвичайно низькі темпи зростання їхньої чисельності у перші повоєнні роки. Тому завдання партії щодо здійснення стовідсоткової колективізації частково було перекладено на каральні підрозділи НКВС–МВС. Це змусило найбільш завзятих противників «колгоспного ладу» втікати в ліси, інші села, щоб не підписувати заяв.

Репресивні заходи різко змінили соціальну структуру населення краю. Впродовж першого повоєнного десятиліття «середній» клас в області був майже повністю ліквідований. Для цього сталінська система намагалася протиставити різні за майновим станом верстви населення. Щоб змусити селянина-власника «добровільно» підписати заяву про прийняття у колгосп, його залякували прикладом розкуркуленого сусіда. І ці погрози не були марними, оскільки,

борючись з «куркульством» як з класом, радянська влада підводила під цю категорію навіть бідняків і репресувала їх як «підкуркульників» [6, с. 19].

Особливістю волинського села була наявність великої кількості хуторів. Їх мешканці здебільшого належали до категорії заможних, а тому й «куркульських». Крім того, хутори були осередками підтримки національно-визвольного руху. Саме тому сталінська система доклала всіх зусиль для їхнього знищення.

Органи радянської влади вирішували одночасно два завдання – ліквідацію «куркульського» землеволодіння і об'єднання одноосібників у колективні господарства та знищення ще одного оплоту повстанців. В першому випадку селяни-одноосібники втрачали землю, реманент, худобу, господарські та житлові будови. Їх насильно записували в колгосп. У другому – хутірські господарства переселяли у навколишні села, а їхні власники опинялись у Сибіру, майно конфіскувалося державою, після чого частково розкрадалось радянськими керівниками, а частково йшло на розбудову слабких колгоспів [6, с. 9 – 10].

Слід зазначити, що велика кількість заможного селянства була заарештована на основі сфальсифікованих звинувачень. На їхнє майно накладався арешт, слідство тривало по кілька років, які підсудні проводили у в'язницях та таборах. Незначна їх частина була звільнена за відсутністю доказів.

Лише за 1951–1952 рр. у Волинській області було зселено понад 3,3 тис. господарств. Звичайно, селянство не могло спокійно реагувати на репресивно-каральні дії радянської влади. Колективізація викликала масовий протест і супротив [5, с. 194].

До активних форм протесту селянства слід віднести різноманітні саботажні акції, спрямовані на руйнацію новостворених колгоспів (розповсюдження листівок, знищення списків колгоспників, бухгалтерської документації, виступи на різноманітних зборах селян, втеча в ліси із сіл, де мали організуватись колгоспи, недопущення весняної оранки земельних ділянок, які передбачалося передати колгоспам, та інше) [5, с. 192]. Найвищою формою протесту селянства стала збройна боротьба в лавах УПА, участь у діяльності підпілля ОУН.

Також однією з важливих умов «переконання» селянства у перевагах колгоспного ладу стали економічні важелі, що були досить ефективними в умовах післявоєнної розрухи і голоду на селі. Так, протест населення викликала проведена в 1945 р. передплата на четверту державну позику, яка мала примусовий характер. Прихильники національно-визвольної боротьби намагалися навіть використати її проведення одночасно зі збором коштів у фонд УПА.

Крім того, надмірні податки унеможлилювали існування прибуткових індивідуальних господарств. Вийшов також указ Президії Верховної Ради Союзу РСР «Про державний податок на кон'юнктурні прибутки куркульсько-заможних господарств західних, Ізмаїльської і Чернівецької областей Української РСР». Розмір податку встановлювався у сумі 1000 крб з кожного гектара землі. Причому районним і міським виконкомам надається право підвищувати і понижувати для окремих господарств встановлену для області ставку податку в межах до 50 відсотків [4, с. 32].

За несплату податку стягненню підлягало все майно громадян, за винятком житлового будинку, одягу та предметів побутового користування. М. Хрущов навіть вносив пропозицію про виселення таких боржників до Сибіру нарівні з сім'ями членів ОУН і УПА.

Протестуючи проти грабіжницької економічної політики, волиняни відмовлялися сплачувати податки, продавати хліб державі за низькими закупівельними цінами. Ще однією формою протесту селянства проти економічної політики радянської влади стала відмова продавати хліб державі [5, с. 190]. Секретар Горохівського РК КП(б)У Денник повідомляв секретаря Волинського обкому КП(б)У Профатілова, що в кожному селі району проведено збори селян щодо питання прийняття плану закупівлі хліба державою, однак слід відмітити, що при обговоренні питання про продаж хліба державі активність селян у ряді сільрад була низькою, а в такій сільradі, як село Залижня не голосували ні за, ні проти.

Отже, незважаючи на супротив селянства, відбувся різкий стрибок у колгоспному будівництві. 1949 рр. став фактично переломним етапом.

Передусім це пов'язано із поступовим занепадом національно-визвольної боротьби у цей період. Щоб «стимулювати» працю селянства, у лютому 1948 р. Президія Верховної Ради СРСР ухвалила указ «Про виселення з Української РСР осіб, які злісно ухиляються від трудової діяльності у сільському господарстві і ведуть антигромадський, паразитичний спосіб життя» [5, с. 68]. Він стосувався колгоспників, які не виробляли мінімуму трудоднів, а також жителів сіл, які не були членами колгоспів, а тому й вели «паразитичний» спосіб життя. У першому випадку, щоб вирішити долю «винуватця», скликали збори колгоспників, у другому – загальні збори села, які й виносили «вирок про виселення», що підлягав затвердженню райвиконкомом.

Література:

1. Веселова О. М. Голодомори в Україні 1921–1923, 1931–1933, 1946–1947 : Злочини проти народу. К. : Інститут історії України НАН України, 2007. 265 с. Матвійчук А.В. Моделювання та аналіз економічних систем на підґрунті теорії нечіткої логіки: Дис. ... д. екон. наук: 08.00.11. — К., 2018. — 470 с.
2. Дашкевич Ярослав. Майстерня історика: Джерелознавство та спеціальні історичні дисципліни / Львівське відділення ІУАД ім. М. С. Грушевського НАН України. Львів : Літературна агенція «Піраміда», 2011. 792 с.
3. Зашкільняк Л. Сучасна світова історіографія : Посібник для студентів історичних спеціальностей університетів. Львів : ПАІС, 2007. 312 с
4. Савка Б. Копичинці. Мандрівка через століття: Історичний нарис / Богдан Савка – Тернопіль : Джура, 2001. – 580 с Суспільно-політичний розвиток західних областей УРСР 1939–1989 рр.– К., 1989.– С. 105.
5. Чорна книга комунізму. Злочини, терор і репресії / С. Куртуа, Н. Верт, Ж - Л. Панне, А. Пачковський, К. Бартошек, Ж - Л. Марголен. Львів : «Афіша», 2008. 712 с.
6. Dobrzanski M. Gehenna Polaków na rzeszowszczyźnie w latach 1939–1948. / Mieczyslaw Dobrzanski. – Wrocław, 2002. – 370 s.

ІМПЕРТОР АДРІАН ТА СЕНАТОРСЬКИЙ СТАН

*Мельник В. В.,**студент**історичного факультету**Шульга С. А.,**доктор іст. наук, професор**кафедри всесвітньої історії**СНУ імені Лесі Українки*

Імператор Адріан, який став принцепсом після Траяна, кардинально змінив зовнішню політику, відмовився від розширення кордонів держави, а зосередив увагу на внутрішній ситуації в державі. Новий принцепс намагався дотримуватися політики соціального консенсусу, однак багатьом сенаторам не сподобалася зміна політичного курсу, вони прагнули продовження військових походів як це робив Траян. Розглянемо, які ж протиріччя виникали між Адріаном та сенатським станом та як вони вирішувалися.

Адріана проголосили імператором 117 р., тоді він знаходився в Антіохії, головному місті Сирії, де був намісником. Адріан повідомив сенат листом, в якому, як говорить Діон Касій, радив затвердити його владу і не призначати йому, як це зазвичай робилося, ніяких особливих почестей ні тепер, ні в майбутньому, якщо тільки він сам коли-небудь про це не попросить [4, с.19]. В такий спосіб новий принцепс наслідував свого попередника, завіряючи, що інтереси держави для нього мають пріоритет.

В одному зі своїх листів імператор висловлював чимало різного роду «благородних» намірів, давав клятву, що зобов'язується «не робити нічого, що суперечило б благу держави, і не стратити жодного сенатора» і закликав на свою голову погибель, якщо він порушить яке-небудь з цих зобов'язань. Адріан оголошував, що сенат здобуде великий вплив на справи і він постійно виявлятиме повагу до сенату. Проте, принцепс не допускав ніякого обмеження свого повновладдя, сенат за часів Адріана став інституцією, яка лише

проголошувала волю імператора [4, с. 18 – 20]. Серед найближчих осіб імператора Траяна була певна частина незадоволених вибором нового принцепса, який змінив курс у зовнішній політиці, внаслідок чого вони втрачали свої права і можливості. Очевидно, цим пояснюється і організація невдалого заклоту 118 р., «заклоту чотирьох консулярів», що спонукало Адріана до кроків назустріч сенатському стану [2, с. 418].

При Адріані започатковано раду принцепса (подібно до ради Августа), вона отримала інституційне оформлення і була наділена новими функціями. Ця колегія радників принцепса (*consilium principis*) складалася із призначених імператором і формально затверджених сенатом членів із сенаторського і вершницького стану. За Адріана рада принцепса стала визнаним *de jure* органом і мала можливості та право вносити зміни в чинне право [1, с. 423–425]. Члени ради отримали постійну платню, до її складу було введено значне число юристів. Разом з тим, Адріан провів реформу судочинства, увівши 128 р. уніфікований і систематизований постійний преторський едикт (*ediktum perpetuum*), за яким преторам заборонялося вводити нові положення. Тим самим, повноваження та компетенції сенату значно урізалися.

Від реорганізації Адріана, перш за все, отримали більші повноваження вершники, тоді як сенатори втратили своє монопольне право займати важливі посади в імперії. Тепер всі шість ключових посад в адміністрації принцепса, займали вершники. Вершниками були обидва префекти гвардії, з яких один обов'язково повинен був бути юристом. Адріан відмінив положення про необхідність офіцерської служби для продовження чиновницької кар'єри, що відкрило шлях до цивільного зростання вершникам. Окрім того, просування службовими сходами тепер залежало саме від професійної змоги, а не станового походження. Колишні станові права сенаторів були збережені, однак вони втратили свої станові привілеї, перехід від вершницької до сенаторської кар'єри став значно доступнішими [2, с. 483].

Значним кроком в обмеженні сенатського стану та його усуненні від активної політики стали дії Адріана у сфері мистецтва і культури в цілому.

Адріан був високоосвіченою людиною, писав вірші і багато подорожував, наблизив до себе філософів, літераторів, вчителів, навіть звільнив їх від державних повинностей і військової служби. Вочевидь, це викликало стале невдоволення «старої» римської аристократії, що вбачала у постаті принцепса, перш за все, військового, а не прихильника мистецтв. Так, сенатський стан втрачав і статус морального авторитету в суспільстві.

Новий імператор Риму відмовився від завойовницької зовнішньої політики, що не усіма станами, зокрема і сенатським, сприймалося позитивно. Проте, Адріан зумів компенсувати незадоволення шляхом утримання і посилення кордонів держави та виваженою соціальною політикою. Позиція оборони дозволила принцепсу привести державу до періоду «внутрішнього процвітання», що підтримало економічні потреби послабленого стану senatorів [3, с. 404].

За часів імператора Адріана сенат втратив своє монопольне положення, імператору вдалося мирними заходами послабити політичну роль senatorів, задовольнивши тим самим інші стани, частину функцій сенату як органу влади передано раді принцепса.

Література

1. Карл Крист. История времен римских императоров от Августа до Константина: Историческая б-ка Бека. В 2 томах. Том 1. Ростов-на-Дону: Феникс, 1997. 576 с.

2. Машкин Н. А. История Древнего Рима. Учебник / Н. А. Машкин. М.: Высш. шк., 2006. 751 с.

3. Махлаюк А. В. Римские войны. Под знаком Марса. М.: ЗАО Центрполиграф, 2003. 447 с.

4. Дион Кассий. Римская история. URL: <https://paraknig.me/reader/259567?page=14>

БЕЗДОКАЗАТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В НЕВРОЛОГИИ

Апазиди Элина Викторовна
студентка второго медицинского факультета
Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков, Украина

Доказательная медицина приобретает все большую популярность среди современных врачей. Многие, вне зависимости от своей специализации, начинают отказываться от препаратов, не имеющих доказательную базу. Однако, остались и те, кого «доказательность» не особо волнует. И неврология не является исключением.

Особую популярность среди врачей-неврологов имеют ноотропные препараты, которые, как заявляют производители, улучшают метаболические процессы в головном мозге, устраняют гипоксию. В данной статье представлен разбор следующих препаратов: пирацетам, циннаризин. Все перечисленные средства не имеют высокой доказательности (то есть, были проведены только нерандомизированные исследования, либо рандомизированные с маленькой выборкой. Для того, чтобы препарат считался доказательным, ему нужно иметь крупные рандомизированные контролируемые исследования на больших выборках людей). Ноотропные препараты, помимо использования в медицине, часто применяются в рекреационных целях. Например, студенты перед сессией довольно часто желают повысить свою работоспособность. В аннотации к ноотропным препаратам указано, что они повышают умственную активность, концентрацию внимания, скорость мышления. Однако, ни одни международные рекомендации (в том числе FDA) не одобряют применение данных препаратов для улучшения когнитивных функций как у больных, так и у здоровых людей.

Пирацетам — наиболее известный ноотропный препарат. Назначается при инсультах, абстинентных синдромах, деменции, черепно-мозговых травмах,

головных болях. В США и странах Европы не применяется ввиду отсутствия положительных результатов в контролируемых исследованиях. Не смотря на это, широко применяется в Украине. В рандомизированных контролируемых испытаниях (РКИ) при деменции не обнаружено существенных доказательств эффективности препарата. Нет четких мета-анализов, разборов, РКИ при черепно-мозговых травмах. Имеющиеся исследования эффективности пирацетама при ЧМТ, в основном, были проведены в России. Они не имеют большую выборку и рандомизацию, что сразу ставит достоверность под сомнение. Однако, нельзя однозначно заявлять об отсутствии каких-либо фармакологических эффектов у пирацетама. Леветирацетам — его производное, применяется в качестве противоэпилептического средства.

Циннаризин. В сочетании с пирацетамом назначается при инсультах, мигрени, ЧМТ. Комбинация пирацетам + циннаризин имеет одно положительное РКИ с довольно маленькой выборкой для такого исследования (60 человек), из-за чего окончательный вердикт невозможен. Польза от циннаризина (отдельно от пирацетама) все же есть — лечение головокружения и тошноты, особенно при морской болезни. Применение препарата должно быть ограничено у пациентов с болезнью Паркинсона, так как он, блокируя дофаминовые рецепторы nigrostriарной системы, способен ухудшать течение болезни, а также повышает риск ее возникновения.

Почти каждый представитель группы ноотропных препаратов, все же, имеет какие-либо фармакологические эффекты. Более подробное изучение механизма действия согласно критериям рандомизированных контролируемых испытаний, качественные мета-анализы позволили бы найти истинное применение для каждого из них, либо же наоборот — ограничение оборота.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

*Барзилович А. Д.,
кандидат медичних наук, директор
МЦ «КіндерКлінік»
м. Київ, Україна*

Розвиток галузі охорони здоров'я є однією із складових рівня та якості життя населення, що має важливе значення для соціально-економічного розвитку країни. Забезпечення відтворення та якості трудових ресурсів, створює основу для соціально-економічного зростання. Тому одна з найважливіших функцій держави - підтримка здоров'я свого населення.

Відзначимо, що охорона здоров'я – сукупність заходів політичного, економічного, соціального, правового, наукового, медичного, санітарно-гігієнічного, протиепідемічного та культурного характеру, спрямованих на збереження і зміцнення фізичного та психічного здоров'я кожної людини, підтримання його довголітнього активного життя, надання йому медичної допомоги в разі погіршення здоров'я [4].

Враховуючи дослідження вітчизняних вчених та аналіз нормативно-правових документів, варто визначити основні проблемні питання сфери охорони здоров'я України. Серед них такі:

1. Несприйняття медичної реформи населенням та лікарями, оскільки немає чіткого розуміння що відбувається та які зміни відбудуться в подальшому. Відповідний рівень інформування нових напрямів реформування системи охорони здоров'я може створити позитивний імідж для медичної реформи за умови поетапного переходу із врахуванням потреб соціально незахищеної категорії громадян [5];

2. Проблема економічних розрахунків медичного страхування. В сучасних умовах необхідно сформулювати продуману державну й регіональну політику цін у страховій медицині, оскільки примусове стримування цін на

послуги охорони здоров'я знижує якість медичної допомоги населенню. Але в цілому, має підтримуватись відповідність між темпами зростання доходів населення, показниками стану здоров'я й темпами зростання цін на медичні послуги [1, с. 192].

3. Висока вартість ліків, неконтрольована система ціноутворення на лікарські засоби та недостатнє державне забезпечення ліками [4, с. 8].

Наслідком зазначеного є те, що частина населення України не в змозі придбати необхідні ліки з причини їх високої вартості. Необхідність придбання населенням ліків за власні кошти обумовила появу агресивної реклами, що у поєднанні з недосконалістю механізмів регулювання та контролю відпуску лікарських засобів (рецептурна форма) сприяє самолікуванню та необґрунтованому й неконтрольованому використанню лікарських засобів. Так, за даними статистики, першість по захворюваності в Україні належить хворобам серцево-судинної системи, а за обсягом реалізації лікарських засобів на першому місці знаходяться найбільш розрекламовані препарати, що використовуються при патології шлунково-кишкового тракту [6, с. 65].

4. Низька доступність якісних послуг із охорони здоров'я. Зокрема: диспропорція в забезпеченні якісними медичними послугами сільського і міського населення України. Варто зазначити, що перші кроки реформування, а саме оптимізація закладів охорони здоров'я, лише поглибили дану проблему. Якщо раніше в сільській місцевості діяли фельдшерсько-акушерські пункти, то на сьогодні більшість з них ліквідовано, а територіальна віддаленість деяких населених пунктів у поєднанні з відсутністю доріг і транспортного зв'язку взагалі залишає певну частину населення України без медичної допомоги [4, с. 10].

5. Оптимізація мережі медичних закладів і ліжкового фонду. Україна має в кілька разів більші лікарняні потужності, ніж країни, близькі за територією та кількістю населення (в Україні 2 156 лікарень, в Іспанії – 764, Польщі – 1 072). Однак, попри невідповідність мережі закладів охорони здоров'я світовим стандартам, її очевидну нераціональність і хронічний брак фінансування, слід звернути увагу на те, що її реорганізація не може бути здійснена без додаткового

аналізу потреб конкретних територій, урахування факторів територіального розташування закладів системи охорони здоров'я, їх технічного, кадрового забезпечення, рівня кваліфікації персоналу, розвитку інфраструктури, матеріально-технічного оснащення тощо. Також слід звернути увагу на те, що, необґрунтоване скорочення закладів охорони здоров'я, лікарняних ліжок і медичного персоналу може призвести до зниження соціального ефекту діяльності галузі загалом [2, с. 100];

6. Проблема ефективного використання бюджетних коштів в умовах обмежених бюджетних ресурсів. Цей негативний фактор зумовлений важким соціально-економічним станом країни, військовими діями на Сході країни. Тобто ключовою проблемою галузі є значна деформована структура її фінансування за економічною класифікацією видатків. Більша частка державного фінансування системи охорони здоров'я в Україні спрямовується на утримання персоналу закладів галузі. Зокрема, в Україні на заробітну плату з нарахуваннями припадало 53,6% усього фінансового ресурсу. При цьому не можна оминати увагою той факт, що заробітна плата працівників охорони здоров'я залишається однією з найнижчих серед працівників інших галузей. З огляду на це, першочерговим завданням є реформування існуючої системи державного фінансового контролю як засобу підвищення ефективності державного управління [2, с. 101];

7. Недосконалість нормативно-правового забезпечення. В Україні суттєво змінилися політичні й соціально-економічні умови функціонування галузі охорони здоров'я, а деякі нормативно-правові механізми не переглянуті з радянських часів і продовжують діяти досі. Це призвело до суперечностей у нормативно-правовій базі, що регламентує діяльність галузі охорони здоров'я, декларативності й неузгодженості норм між собою та іншими правовими актами, що ускладнює їх виконання. Відсутнє законодавче забезпечення захищеності прав пацієнтів та медичних працівників в Україні. При цьому, слід зазначити, що аналіз поточних заходів уряду України, Міністерства охорони здоров'я України щодо забезпечення реформування вітчизняної системи

охорони здоров'я свідчать про наявність низки позитивних змін. Разом з тим, основною проблемою в Україні є неналежне виконання законодавства органами виконавчої влади та іншими суб'єктами правовідносин [3, с. 68];

Таким чином, галузь охорони здоров'я України характеризується фінансовою та ресурсною розпорошеністю та деформованістю структури медичних послуг. При цьому важливими складовими запровадження системних змін є партнерство між закладами охорони здоров'я, освіти, фінансовими посередниками щодо в усіх аспектів реформування, у тому числі: фінансово-економічного, організаційного, нормативно-правового, встановлення чітких пріоритетів, забезпечення профілактичного вектора розвитку, впровадження моніторингу зрушень, індикаторів оцінки та контролю, а також широка поінформованість суспільства щодо напрямів і шляхів реформування та забезпечення відкритості системи охорони здоров'я [4, с. 11].

Також, з нашої точки зору, необхідним є застосування цільових бюджетних програм у системі охорони здоров'я як інструменту для ефективного використання бюджетних коштів із покращенням результату при менших витратах, що відповідає пріоритетам державної політики у сфері охорони здоров'я. За такого підходу основна увага зосереджується не на розвитку мережі та збільшенні штатів установ, а на результатах виконання програм і, зрештою, на підвищенні якості надання медичної допомоги.

Література:

1. Гончарук С. М., Приймак С. В., Даниляк Л. Я. Сучасний стан і проблеми фінансування установ охорони здоров'я в Україні. *Бізнесінформ*. 2016. № 1. С.190–194.

2. Музика І. С., Возняк Г. В. Система охорони здоров'я в умовах інституційних змін в Україні: фінансові аспекти. *Світ фінансів*. 2016. № 1. С.99–108.

3. Реформування системи охорони здоров'я на муніципальному рівні : навч. посіб. / І. М. Солоненко, О. П. Попов, Л. І. Жаліло, К. О. Надутий. Київ : НАДУ, 2007. 212 с.

4. Розвиток державного управління реформуванням охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні: стан, проблеми, перспективи : метод. рек. / авт. кол. : Т. П. Авраменко, Л. І. Жаліло, О. І. Мартинюк та ін. Київ : НАДУ, 2013. 48 с.

5. Сазонець І.Л., Зима І.Я. Визначення проблем та основних напрямів реформування системи охорони здоров'я України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 12 URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/12_2018/4.pdf (дата звернення: 18.10.2019).

6. Утвенко В.В. Особливості управління системою охорони здоров'я в Україні на регіональному і місцевому рівнях. *Становлення і розвиток української державності*. 2009. Вип. 3. С. 63–70.

Медичні науки

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕГОСПИТАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ГРИППОМ И ОРВИ

***Смирнова Е.В.,
Голубовская А.А.***

Ключевые слова: *грипп, ОРВИ, негоспитальная пневмония, лечение*

Грипп – это тяжелая вирусная инфекция, которая в холодное время года поражает до 15% населения Земли. Ежегодно гриппом болеет около 500 млн. людей, около 2 млн. умирают. В период пандемий показатели смертности возрастают в десятки раз. Свое название болезнь получила от французского слова «grippe» - хватать, подчеркивающим внезапность наступления и резко выраженную клиническую симптоматику болезни. Это заболевание представляет собой значительную медико-социальную проблему, прежде всего из-за масштабов заболеваемости, большого числа осложнений, и связанных с этими факторами экономическими потерями: на лечение гриппа и его осложнений ежегодно в мире расходуется около \$20млрд. В связи с этим можно встретить еще одно название болезни – influenza (от латинского – влиять, воздействовать),

подчеркивающим возможное влияние этой инфекции на экономику той или иной страны. В период пандемий гриппа количество заболевших и, соответственно, смертность, возрастают в десятки раз, самая масштабная пандемия «испанки» унесла, по разным оценкам, от 20 до 50 млн. жизней и некоторые эксперты связывают депрессию экономики США 30-х годов именно с ней. Еще одной неприятной и весьма опасной особенностью этого «обычного» заболевания является его непредсказуемость. Последняя пандемия гриппа A/California/04/2009 (H1N1) продемонстрировала всю коварность этой болезни: внезапно возникнув, этот вирус показал беспрецедентную скорость распространения (в течение 8 недель он регистрировался в 120 странах мира), поражение в основном молодых людей в определенных группах риска, а также способность вызывать смертельно опасные пневмонии. И хотя на сегодняшний день ситуация по гриппу стабильная, однако явная активность вируса гриппа в природе в последние 10 лет заставляет международные организации с большим вниманием относиться к этой проблеме. (2,3).

Особенностью эпидемической ситуации в последние годы является одновременная циркуляция среди населения нескольких респираторных вирусов с периодическим преобладанием одного из них: гриппа А и В, аденовирусов, вирусов парагриппа, риновирусов, респираторно-синцитиальных вирусов, коронавирусов и др. У заболевших острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) может быть различное сочетание возбудителей – одновременно нескольких вирусов, сочетания вирусов и бактерий или другие ассоциации микроорганизмов. Такие сочетания, по некоторым данным, встречаются у заболевших ОРВИ до 70% случаев. Пневмонии, этиологически связанные с гриппом и ОРВИ, имеют ряд особенностей – наиболее часто возникают в конце 1-ой – начале 2-ой недели от начала болезни, характеризуются, как правило, умеренным лейкоцитозом а трудности их своевременной диагностики заключаются в том, что возникают они на фоне уже имеющегося респираторного синдрома, маскирующего начальные признаки поражения нижних дыхательных путей. Именно поэтому, на наш взгляд, для широкомасштабной клинической практике

20

удобен термин «пневмонии, связанные с гриппом и ОРВИ» в отличие от внебольничных пневмоний, возбудителями которой изначально являются бактериальные агенты. При гриппе по механизму развития, тяжести течения, последствиям выделяют первичные (гриппозные) пневмонии, развивающиеся на 2 – 3 день болезни и вторичные внегоспитальные пневмонии, развивающиеся в конце 1-ой – начале 2-ой недели от начала болезни.

Первичные гриппозные пневмонии.

Такие пневмонии возникают в результате патологического действия самого вируса на эпителий респираторного тракта. Следует отметить, что не все штаммы вируса гриппа обладают одинаковой способностью поражать нижние отделы дыхательных путей. Наиболее выраженную тропность к нижним дыхательным путям показывают штаммы вируса гриппа А (H1N1): они проявляют способность поражать эпителий практически всей дыхательной системы, вплоть до мельчайших бронхов и бронхиол, в то время как вирус «сезонного» гриппа внедряется преимущественно в эпителий ротоглотки. Это связано с двойной специфичностью нового вируса H1 как к сиаловым кислотам ротоглотки, так и сиаловым кислотам нижних дыхательных путей. Такая тропность вируса к сиаловым кислотам, выстилающим нижние дыхательные пути, и обусловила главную его особенность – способность вызывать первичное поражение легких с развитием респираторного дистресс-синдрома взрослых, являющегося основной причиной смерти больных. Необычность течения такой первичной гриппозной пневмонии (признаки выраженной интоксикации и дыхательной недостаточности в сочетании с весьма умеренно выраженным катаральным синдромом и скудностью физикальных данных) дезориентируют врача и могут быть причиной тяжелых диагностических ошибок уже на догоспитальном этапе, ведущих к поздней госпитализации и позднему назначению этиотропной и патогенетической терапии. Такая запаздывающая квалифицированная помощь обусловила необычайно высокую летальность от пандемического штамма гриппа (из числа подтвержденных случаев – до 10%). Одними из важнейших особенностей первичных гриппозных поражений легких

является выраженное несоответствие между клиническими, рентгенологическими данными и насыщения крови кислородом (сатурации), а именно: при незначительных физикальных данных в виде ослабления дыхания и непостоянных хрипов на рентгенограммах определяются признаки тотальной или субтотальной пневмонии, сатурация при этом может быть достаточно низкой (ниже 90). В лечение таких пневмоний важнейшую роль играет ранняя постановка диагноза со своевременным назначением ингибиторов вирусной нейраминидазы.(2,3).

Вторичные внегоспитальные пневмонии.

Эти пневмонии у больных гриппом и ОРВИ связаны с присоединением бактериальной суперинфекции. Наиболее частыми возбудителями этих пневмоний являются *S. pneumoniae*, *M. pneumoniae*, *Ch. pneumoniae*, *H. Influenzae*, *S. aureus*, *M. catarrhalis*, *грамнегативные энтеробактерии*, *Legionella spp.* Эти пневмонии возникают обычно в конце 1-ой – начале 2-ой недели, характеризуются появлением второй волны лихорадки, усилением кашля, появлением гнойной мокроты, сменой лейкопении на лейкоцитоз (как правило, умеренный) и/или появлением нейтрофиллеза, ускорением СОЭ, т.е. имеют все признаки внегоспитальной пневмонии, которые в структуре инфекционных поражений нижних дыхательных путей составляют более 90% случаев (4). Их лечение регламентировано Приказом МОЗ № 128 от 19.03.2007 года, согласно которому выделяют 4 группы пневмоний с соответствующей антибактериальной терапией, а также два варианта течения пневмоний – нетяжелый и тяжелый. Пневмонии с нетяжелым течением, которые ранее обозначались как очаговая пневмония, бронхопневмония, долевая малосимптомная пневмония) характеризуются постепенным или острым началом, умеренным интоксикационным синдромом, повышением температуры тела до фебрильных цифр, слабость, потливость, кашель сухой или влажный с выделением слизистой или слизисто-гнойной мокроты. Аускультативно выслушиваются мелко- и среднепузырчатые хрипы, на рентгенограмме – очаговые изменения в виде перибронхиальной и пневмонической инфильтрации с наиболее частой локализацией воспалительного процесса в латеральном и заднем базальном сегменте нижних долей легкого. (4).

Пневмонии с тяжелым течением ранее трактовались как крупозные, плевропневмонии, долевы пневмонии. Клинически отмечается затрудненное дыхание, боль за грудиной, появление крови в мокроте, температура тела носит гиперпиретический характер (40 – 41°С). При осмотре обращает внимание асимметричный румянец на щеках, бодем интенсивный на стороне поражения легких, чатые герпетические высыпания на губах. Аускультативно дыхание ослаблено, на его фоне выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы, в случае присоединения плеврита – шум трения плеры. На рентгенограммах определяется неоднородная интенсивная инфильтрация в пределах одной доли (чаще нижней). Приблизительно у 40% больных определяется плевральный выпот, когут появляться очами деструкции. Тяжелое течение пневмоний может ослониться развитием респираторного дистрес-синдрома, ИТШ, миокардитом, перикардитом, сепсисом. (1,4).

Существуют малые и большие признаки определения степени тяжести пневмоний, которые можно определить только в стационарных условиях. К «малым» критериям относят:

- тахикардию (пульс свыше 125 уд/мин.);
- тахипное (30 и более в мин.);
- нарушение сознания (дезориентация в пространстве);
- систолическое и диастолическое артериальное давление ниже 90 и 60 мм. рт. ст. соответственно;
- распространенность инфильтрации за пределы одной дольки, плевральный выпот, легочные деструкции;
- лейкопения $4,0 \times 10^9/\text{л}$ и менее, или лейкоцитоз свыше $25,0 \times 10^9/\text{л}$;
- сатурация O_2 менее 90% (по данным пульсоксиметрии);
- PaO_2 ниже 60 мм. рт. ст.

К большим критериям относят следующие показатели:

- Быстрое, на протяжении 2 ближайших суток, увеличение вдвое очагово-инфильтративных изменений в легких;
- Необходимость в искусственной вентиляции легких, внелегочные очаги инфекции(миокардит, менингит и др.);

- Сепсис, острая почечная недостаточность (креатинин сыворотки крови более 176,6 ммоль/л или азот мочевины более 7 ммоль/л);
- Гематокрит менее 30% или гемоглобин крови менее 90 г/л;
- Метаболический ацидоз (рН крови менее 7,35).

О тяжелом течении пневмонии свидетельствует наличие у больного не менее двух «малых» и одного «большого» критерия, что является поводом к неотложной госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Для лечения внебольничных пневмоний используются различные антибактериальные средства, обладающие хорошей диффузией в легочную ткань. Следует помнить, что на их концентрацию влияют различные факторы: молекулярный вес, растворимость в липидах, способность связываться с белками и т.д. Однако высокая концентрация антибиотика в очаге воспаления далеко не всегда является гарантией излечения пациента. Помимо чувствительности возбудителя на эффективность терапии влияют многие факторы, основными из которых являются:

- концентрация микроорганизма в очаге воспаления;
- свойства возбудителя (способность к внутриклеточному расположению, формированию L – форм, стимуляции явлений незавершенного фагоцитоза и т.д.);
- способность антибиотика проникать внутрь клетки;
- наличие и длительность постантибиотического эффекта и т.д. (1).

Введение в широкомасштабную клиническую практику фторхинолонов показало их максимальное соответствие вышеуказанным требованиям, вследствие чего они показали высокую конкурентоспособность с природными и полусинтетическими антибиотиками, а в ряде случаев и большую эффективность. Это связано с их способностью оказывать быстрое бактерицидное действие, подобно β-лактамам и аминогликозидам, что позволяет их использовать при тяжелых формах заболевания, также они проявляют высокую активность в отношении внутриклеточных форм возбудителя, и, в отличие от β-лактамов и аминогликозидов, способны проявлять активность при низком рН.

И, наконец, фторхинолоны отлично проникают в органы и ткани, а в легких их концентрация значительно превышает плазменную. Также важной особенностью фторхинолонов является их способность уничтожать возбудителей с минимальным высвобождением различных компонентов бактериальных клеток, например, липополисахарида клеточных мембран, массовое высвобождение которого может вызвать развитие ИТШ. (1,4)

Применение фторхинолонов в амбулаторных и стационарных условиях регламентировано рекомендациями IDSA (Американского общества инфекционных болезней) по лечению внебольничных пневмоний. Согласно этим рекомендациям существуют следующие показания для назначения фторхинолонов последнего поколения:

1. Пациенты, которые лечатся амбулаторно:

Если нет сопутствующих заболеваний, но имеются анамнестические указания на прием антибиотиков по какому-нибудь поводу в течение последних 3-х месяцев;

При наличии сопутствующих заболеваний (хроническая обструктивная болезнь легких, сахарный диабет, хроническая сердечная или почечная недостаточность, злокачественные новообразования) – вне зависимости от того, принимали ли больной в течение последних 3-х месяцев антибиотики или нет;

Бактериальная суперинфекция у больных гриппом.

2. Госпитализированные больные:

В отделениях общего профиля;

В отделениях реанимации и интенсивной терапии (при условии, что вероятность инфицирования *P. aeruginosa* представляется достаточно низкой).

На сегодняшний день на рынке появился фторхинолон IV поколения – гемифлоксацин (Гемикс) с повышенной активностью в отношении основного возбудителя внебольничных пневмоний – *S. pneumoniae*.

Фармакокинетика гемифлоксацина, как и других фторхинолонов, имеет свои особенности: эти препараты являются дозозависимыми – их антибактериальная активность зависит от концентрации в очаге. У время-зависимых препаратов

(β-лактамы, аминогликозиды, гликопептиды, макролиды) эффективность определяется промежутком времени, в течение которого концентрация препарата превышает минимальную подавляющую концентрацию (МПК) возбудителя. (1).

Предсказать эффективность дозозависимого антибактериального препарата можно с помощью отношения показателя, отражающего изменение концентрации препарата после его введения (AUC) к МПК: чем выше AUC/МПК, тем эффективнее препарат. Значение этого показателя в отношении к *S. pneumoniae* у разных фторхинолонов показано в табл.1.

Табл. 1

Показатели AUC/МПК некоторых фторхинолонов в отношении *S. pneumoniae*

Препараты	<i>S. pneumoniae</i>
Ципрофлоксацин	10
Гатифлоксацин	40
Гемифлоксацин	133
Моксифлоксацин	60
Левифлоксацин	35

Как видно из таблицы, показатель AUC/МПК у гемифлоксацина по отношению к *S. pneumoniae* гораздо более высокий, чем у остальных фторхинолонов, что гарантирует его эффективность при наиболее часто встречающихся на практике пневмококковых пневмониях: его применение одобрено FDA также в качестве препарата для лечения пневмоний, вызванных пенициллинорезистентными пневмококами. (1,4).

Гемифлоксацин быстрее и лучше проникает в жидкости и ткани легочных путей чем моксифлоксацин и левифлоксацин (превосходит моксифлоксацин в 4 раза, левифлоксацин - в 5 раз). Также важным его свойством является сопоставимая эффективность перорального применения по-сравнению с парентеральным введением, и удобство приема препарата – одна таблетка в сутки. Курс лечения при внегоспитальной пневмонии составляет 7 дней.

Пневмония на сегодняшний день остается одной из ведущих причин смерти в мире, однако в настоящее время имеется достаточный арсенал антибактериальных средств для ее лечения. Необходимым и обязательным условием успешной терапии любого инфекционного заболевания является своевременная его диагностика, поэтому необходимо учитывать некоторые клинические особенности пневмоний, возникающих на фоне гриппа и других ОРВИ.

Литература:

1. Березняков И.Г. Инфекции и антибиотики. – Харьков. – Константа. – 2004. – 446 с.
2. Возианова Ж.И., Голубовская О.А. Пандемия гриппа А (H1N1): особенности течения и несостоявшиеся прогнозы. - Сучасні інфекції. - №1. – 2010р. – с. 4 – 12.
3. Гендон Ю.З. Можно ли прогнозировать гриппозные эпидемии и пандемии? – Вакцинопрофилактика гриппа и ОРЗ. - №4(22). – 2002. – С.24 – 27.
4. Мясников В.Г. Негоспитальная пневмония у взрослых: классификация, диагностика, варианты клинического течения. - Сучасні інфекції. - №1. – 2010р. – с. 33 – 42.
5. Селькова Е.П., Семенов Т.А., Горбачев И.А. Применение Оциллококцинума для профилактики и лечения гриппа и ОРВИ // Инфекционные болезни. 2005; 3: 4: 74–78.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОСМЕТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПОСТАКНЕ

*Гордієнко П. О.,**студент 1 медичного факультету**Мангушева В. Ю.,**канд. мед. наук, викладач кафедри дерматології,
венерології і медичної косметології**Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна*

Актуальність. Акне – це один з найбільш розповсюджених дерматозів у світі та одна з найчастіших причин виникнення рубців, нерівномірної текстури шкіри, виникнення гіпер- або депігментацій, змін судинного характеру та інших естетичних недоліків шкіри [3, с. 58]. Під «постакне» розуміють комплекс вторинних висипів, які утворилися на місці запальних форм акне, у результаті тривалого запального процесу, неефективного лікування акне або його відсутності, додаткової травматизації запальних ділянок самим пацієнтом тощо. Частота їх виникнення складає біля 40% у пацієнтів з вульгарними вуграми, саме тому наразі тема постакне дуже актуальна у сучасній косметології та потребує спеціальних методів корекції [1, с. 137].

Мета. Визначити теоретичні аспекти сучасних підходів до косметичної корекції постакне.

Виклад матеріалу. Частота рецидивів акне протягом 5 років складає 20-48 %, навіть при правильному та ефективному лікуванні. Після перенесеного акне на шкірі можуть з'являтися рубці, застійні плями, еритема, які викликані судинними порушеннями, дисхромії, гіперкератоз [1, с. 137]. Для корекції цих естетичних недоліків шкіри використовують різноманітні пілінги, у тому числі і хімічні, які є найефективнішими при гіперпігментаціях та рубцях [2, с. 113]. У їх основі лежить дія на верхні шари шкіри, а саме на епідерміс та, у деяких випадках, на верхні шари дерми хімічних речовин. Використовують різноманітні кислоти (наприклад - саліцилова 30%, ПВК 40-70%, гліколева

70%), які поверхнево впливають на верхній шар епідермісу, що пришвидшує його фізіологічне оновлення [4, с. 308]. Це призводить до покращення кольору шкіри, видалення гіперпігментацій, розгладження поверхні шкіри та ліквідації гіперкератозу, який лежить в основі виникнення рубців. Якщо рубці мають гіпертрофічний характер, то використовують дермабразію або лазерне шліфування шкіри за допомогою лазера [2, с. 114]. Усі ці процедури рекомендується проводити у осінно-зимовий період задля уникнення ускладнень [5, с. 563].

Корекція нерівностей шкіри, малих за розміром рубців відбувається з використанням аугментації. Ця процедура полягає у введенні спеціальних речовин-мікроімплантатів, які мають здатність збільшувати невеликі за розміром уражені ділянки шкіри, що призводить до їх розгладження [2, с. 115].

Місцеве лікування включає в себе використання себостатичних масок, до складу яких входять цинк, котрий шляхом інгібування 5-альфа-редуктази, знижує активність андрогенових рецепторів, і відіграє важливу роль у регенерації шкіри, та сульфур, який сприяє регенерації шкіри та має антимікробну дію. Слід відзначити ефективність дії току різної частоти, кріотерапію та мезотерапію [2, с. 116]. Мезотерапія являє собою введення невеликих доз лікарських речовин безпосередньо під шкіру. У якості речовин, які застосовуються для корекції постакне використовуються речовини за таким напрямом: лікарські речовини, спрямовані на ліквідацію гіперкератозу (мезопілінг кислотами), лікарські речовини, спрямовані на ліквідацію запального процесу в шкірі, препарати з себоростатичною дією на основі цинку, сірки та селену, препарати на основі міді, ретиноїдів та силіцію. Під дією міді активується фермент антиоксидантної системи супероксиддисмутаза, який знешкоджує вільні радикали, блокує виникнення ПОЛ, та володіє місцевою протизапальною дією, за допомогою стимуляції імуноглобулінів. Рутин та інші ретиноїди для корекції постакне використовуються з метою ліквідації застійних плям, гіперпігментацій та еритеми, шляхом поліпшення

мікроциркуляції, укріплення судинної стінки та дренажної функції. Кремній у косметичних препаратах підвищує дію інших елементів [1, с. 138].

Висновок. Отже, проблема постакне є актуальною у сучасній косметології. Існує багато підходів до корекції вторинних естетичних недоліків шкіри, які розвинулися після еволюції акне. До складу лікарських косметичних препаратів входять різноманітні речовини, такі як органічні кислоти, мікроелементи. Слід відзначити і механічне очищення та малі хірургічні маніпуляції.

Література:

1. Свечникова Е. В., Дубина Л. Х., Кожина К. В., (2018). Современные представления о постакне. Новые возможности коррекции. Медицинский альманах, (3), 137-140.
2. Кирюшина А. В. (2009). Методы коррекции дефектов кожи лица в дерматокосметологии и косметической хирургии. Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова, (3), 113-122.
3. Tan A. U., Schlosser B. J., Paller A. S. A review of diagnosis and treatment of acne in adult female patients // International Journal of Women's Dermatology. – 2018 – Vol. 4 (2). – p. 56-71.
4. Gollnick H. P., Zouboulis C. C. Not All Acne Is Acne Vulgaris // Dtsch Arztebl Int. – 2014 – Vol. 111(17). – p. 301–312.
5. Canavan T. N., Chen E., and Elewski B. E. Optimizing Non-Antibiotic Treatments for Patients with Acne: A Review. // Dermatol Ther (Heidelb). – 2016 – Vol. 6(4). – p. 555–578.

МІСЦЕ НЕВРОЗІВ СЕРЕД ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

*Коновалова Катерина Дмитрівна,
Артеменко Маргарита Євгенівна
студентки 1 медичного факультету
Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології,
медичної психології та соціальної роботи
м. Харків, Україна*

Науковий керівник: доцент Терьошина Ірина Федорівна

Неврози - непсихотичні розлади психіки, які проявляються порушенням емоцій, ефекторно-вольової сфери, когнітивних функцій, вегетативними симптомами та загальними порушеннями самопочуття. Ключовими особливостями неврозів є оборотність розладів, а також критичне ставлення хворих до свого стану.[1]

З причин розвитку неврозів виділяють перевантаження під час термінової роботи, високі вимоги до якості роботи, велике інтелектуальне навантаження, поєднане з нестачею часу, дефіцитом сну і психічною травматизацією.[2]

Неврози класифікують на декілька видів: неврастенію, істеричний невроз, нав'язливі стани, тривожні розлади, невротичну депресію.[1]

Неврастенія - невроз, який характеризується підвищеною дратівливістю та слабкістю, а також нетерплячістю, порушеннями сну і деякими соматичними симптомами. Також можуть з'являтися іпохондричні ідеї. Через переважання двох основних симптомів – слабкості та дратівливості, неврастенію ще називають «дратівливою слабкістю». Хворі зазвичай скаржаться на підвищену чутливість до різного роду подразників, відчуття втоми та слабкості навіть після відпочинку, неможливість переносити очікування, порушення сну, головні болі. Неврастенія зазвичай розвивається через перевантаження під час термінової роботи, високих вимог до якості роботи, великого інтелектуального та/або фізичного навантаження, поєднаних з нестачею часу і дефіцитом сну.[1]

Істеричний невроз характеризується афективними розладами у вигляді бурхливих емоційних сплесків лабільності емоційного стану, вегетативними симптомами – серцебиттям, задишкою, синкопе, болями різної локалізації, та руховими розладами у вигляді тремору, судомних нападів, прийняття нетипових поз, а також демонстративними маніпуляціями оточуючими. [1,3]

Неврози нав'язливих станів проявляються фобічними проявами у вигляді нав'язливих страхів, обсессивно-компульсивними у вигляді нав'язливих думок та дій, а також тривогою. Виділяють декілька різновидів нав'язливих станів: агорафобію, соціальні фобії, нозофобії, ізольовані фобії, панічний розлад.[1]

Тривожні розлади характеризуються тривогою, яка зазвичай не має підстав, і вегетативною симптоматикою. Пацієнти скаржаться на відчуття напруги, боязливості, метушливості, дратівливості.[2]

Невротична депресія - це стан, який характеризується зниженням настрою і вегетативними порушеннями на фоні астенії й тривожності.[1]

Література:

1. Психіатрія і наркологія : підручник / В.Л. Гавенко, В.С. Бітенський, П86 В.А. Абрамов та ін. ; за ред. В.Л. Гавенка, В.С. Бітенського. — 2-ге вид., переробл. і допов. — К. : ВСВ "Медицина", 2015. — 512 с.

2. Медична психологія: Підручник / С. Д. Максименко, Я. В.Цехмістер, І. А.Коваль, К. С. Максименко. – К.: Видавничий дім “Слово”, 2014. – 516 с.

3. Карвасарский Б. Д. Неврози / Б. Д. Карвасарський. – М. : Медицина, 1990. – 576 с

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ В ПОСТИНСУЛЬТНЫЙ ПЕРИОД

Макаренко Р.І.

Студент медичного факультету

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

В Украине более 100 000 человек ежегодно страдают от инсульта, и примерно две трети из них выживают и нуждаются в реабилитации. Цель реабилитации заключается в том, чтобы помочь постинсультным пациентам стать максимально независимыми и достичь наилучшего качества жизни.

Постинсультная реабилитация помогает пациентам заново обрести навыки, утраченные ими при повреждении части головного мозга. У таких пациентов часто наблюдаются частичные или полные параличи, нарушения координации движений при ходьбе и выполнении различных действий, дефекты речи, нарушения зрения или слуха, потеря памяти. Реабилитация также обучает пострадавших от инсульта новым способам выполнения действий и задач, чтобы компенсировать любые остаточные нарушения.[1] Важным правилом любой реабилитационной программы является тщательно направленная и непрерывная повторяющаяся практика. Реабилитационная терапия начинается в больнице неотложной помощи сразу после стабилизации общего состояния больного в течении 24-48 часов после инсульта. Пациентам советуется часто менять положение в постели и выполнять активные или пассивные движения, чтобы укрепить конечности, пострадавшие от инсульта. Учитывая состояния больного, следующим этапом являются передвижения между кроватью и стеной, стояние, ходьба. Медсестры и врачи-реабилитологи должны помогать пациентам выполнять всё более сложные и сложные задачи, такие как купание, надевания вещей, принятие пищи и т.д.. Способность выполнять основные действия повседневной жизни является первой стадией возвращения больного к

нормальной жизни. Для некоторых постинсультных пациентов реабилитация будет постоянным процессом, который включает работу с врачами-реабилитологами, поддержание и совершенствование навыков, на протяжении нескольких месяцев или даже лет после инсульта.[2]

Тип и степень тяжести постинсультных нарушений зависит от того, какая именно область мозга повреждена. Как правило, инсульт может повлечь за собой 5 основных типов инвалидности:

1. Параличи или нарушения координации движений
2. Сенсорные нарушения, включая боль
3. Дефекты речи, афазия
4. Нарушения мышления и памяти
5. Эмоциональные нарушения

Параличи и проблемы с управлением движениями.

Паралич является одним из наиболее распространенных нарушений, вызванных инсультом. Чаще всего встречается паралич или парез на противоположной стороне поражения мозга и поражает лицо, руку, ногу или всю сторону (гемипарез/гемиплегия).

Сенсорные нарушения, включая боль

Пациенты с инсультом часто теряют способность чувствовать прикосновения, боль, температуру или распознавать предметы наощупь. Некоторые пациенты могут наблюдать необычные ощущения или покалывания в пораженных конечностях, известные как парестезии. Больных часто беспокоят различные хронические болевые синдромы, вызванные повреждением чувствительных путей головного мозга (невропатическая боль).

Афазия

По меньшей мере четверть пострадавших от инсульта испытывают проблемы с речью, связанные с утратой способности говорить, писать и понимать устную и письменную речь. Доминирующие центры речи располагаются в левой части мозга, в так называемой области Брока. Поражения этой области вызывают моторную афазия, при которой люди утрачивают способность передавать свои

мысли словами или письменно. Они неспособны произносить слова и соединять их в грамматически правильные предложения. Поражение центров речи, расположенных в задней части мозга (область Вернике), вызывают сенсорную афазию. Люди с данным расстройством испытывают трудности в понимании устной и письменной речи и говорят бессвязными, лишенными смысла выражениями, хотя формируют грамматически правильные предложения. Наиболее тяжелой формой афазии является глобальная (тотальная) афазия, вызванная обширным поражением нескольких областей мозга, имеющих центры речи, и сочетает в себе симптомы моторной и сенсорной афазии. Больные с глобальной афазией не способны понимать речь и самостоятельно говорить.

Нарушения мышления и памяти

Инсульт часто поражает части мозга, отвечающие за память, обучение и мышление. У больных снижается внимание и кратковременная память, утрачивается способность изучать новые задачи и заниматься сложной умственной деятельностью. Двумя характерными симптомами для этих расстройств являются анозогнозия и апраксия. Анозогнозия проявляется неспособностью адекватного принятия больным тяжести своего заболевания. При апраксии у больных наблюдается нарушение привычных целенаправленных движений.

Эмоциональные нарушения

Многие люди, перенесшие инсульт, испытывают чувство страха, беспокойства, гнева, грусти, горя или разочарования. Очень часто у больных наблюдаются признаки клинической депрессии, а именно чувство безнадежности, нарушение сна, расстройства питания (булимия или анорексия), вялость, социальная отстраненность, раздражительность, отвращение к себе и наличие суицидальных мыслей. Таким больным показано обязательное лечение у врача-психиатра и назначение антидепрессантов.

Для наибольшей эффективности реабилитации, в ней должны быть задействованы специалисты из разных областей медицины: неврологи, врачи-реабилитологи, реабилитационные медсестры, логопеды-афазиологи, физиотерапевты, ортопеды, массажисты, психологи и психиатры. Основная ответственность

лежит на враче-неврологе, который с первых часов после заболевания организовывает уход за пациентом и составляет индивидуальную программу дальнейшей реабилитации, учитывая степень тяжести заболевания.[3]

Реабилитация после инсульта – сложная задача, которая требует комплексного подхода и участия как специалистов многих областей медицины, так и ответственного выполнения рекомендаций больным и его родственниками. Последовательная и упорная реабилитация помогает вернуться пациенту к прежнему образу жизни или хотя бы достичь максимально возможного уровня самостоятельности, предотвратить развитие опасных осложнений и рецидивов инсульта.

Литература:

1. «Современное состояние проблемы острых нарушений мозгового кровообращения», А.С. Ярош, Л.А. Пирогова, Н.А. Филина, 2014
2. «Post-Stroke Fact Sheet», NINDS, Publication date September 2014. NIH Publication [№14-1846]
3. «Инсульт: программа возврата к активной жизни», М.Медицинская литература, 2004

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТА ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО
ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ПУТЁМ ОЦЕНКИ ИНТЕНСИВНОСТИ
ПРОЦЕССОВ РАЗРУШЕНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Овчаренко И.А., Шевченко О.С.,

Апазиди Э.В., Макаренко Р.И.

кафедра фтизиатрии и пульмонологии:

заведующая кафедрой,

преподаватель кафедры,

студенты медицинского факультета

Харьковский национальный медицинский университет

г.Харьков, Украина

Вступление. Процессы перестройки легочной ткани при деструктивном туберкулезе (ТБ) можно оценить с помощью соотношения матриксных металлопротеиназ к их тканевым ингибиторам — ММП/ТИМП, преобладание ММП над ТИМП приводит к разрушению компонентов внеклеточного матрикса [1, 2]. Соответственно, высокие уровни соотношения указывают на более интенсивные процессы деструкции лёгочной ткани [3].

Основная часть. Целью нашего исследования было прогнозирование результата лечения ТБ путём оценки интенсивности процессов разрушения соединительной ткани на основании оценки соотношения ММП-9/ТИМП-1 у больных деструктивным туберкулезом легких с разной чувствительностью к антимикобактериальным препаратам (АМБП). В исследовании взяли участие 124 больных ТБ: группа I (n=40) — больные с новыми случаями МРТБ легких; группа II (n=84) — больные ТБ с сохранённой чувствительностью возбудителя к АМБП. Уровень ММП-9 и ТИМП-1 исследовано методом ИФА в начале лечения, на 2 и 3 месяца лечения.

Для оценки баланса процессов разрушения к репарации тканей применено соотношение ММП-9 / ТИМП-1, при отсутствии патологии приближается к 1. В обеих исследуемых группах в начале лечения, этот

показатель был повышенным до 2,7 и 2,9 в группах I и II соответственно, что указывает на активное воспаление с преобладанием процессов деструкции. До 3 месяца лечения это соотношение в группе I составляла 2,25, а в группе II - 2,18. Также более высокое соотношение ММП-9 / ТИМП-1 у больных из группы I и на третьем месяце лечения наблюдалось на фоне отсутствия конверсии мокроты в $11,9 \pm 3,5\%$ случаев. Однако в группе II конверсия мазки мокроты состоялась у 100% больных. Замедленная конверсия мазки мокроты в группе II и на фоне терапии препаратами II ряда сопровождалась замедлением уменьшения ММП-9 / ТИМП-1.

Причем, уменьшение ММП-9 / ТИМП-1 на 2 месяца лечения связано с ростом уровня ТИМП-1, а на 3 месяца – из-за дальнейшего роста уровня ММП-9, то есть активность процессов разрушения остается достоверно высокой. То есть прогностически лучшим для больных ТБ является соотношение ММП-9 / ТИМП-1, максимально приближается к 1.

Выводы. Таким образом, высокие уровни соотношения ММП-9 / ТИМП-1 указывают на более неблагоприятное течение туберкулезного процесса у больных с деструкцией легочной ткани.

Литература:

1.Yingyu C. Tissue inhibitor of metalloproteinases 1, a novel biomarker of tuberculosis. / C. Yingyu, W. Jieru, G. Pan, C. Dejun et al. // Molecular medicine reports. – 2016. - № 15. – [P. 483-487. doi: 10.3892/mmr.2016.5998]

2.Kübler A. Mycobacterium tuberculosis dysregulates MMP/TIMP balance to drive rapid cavitation and unrestrained bacterial proliferation / A. Kübler, B. Luna, C. Larsson et al. // J Pathol. - 2015. – V. 235(3). – [P. 431–444. doi:10.1002/path.4432.]

3.Shammari B. A. The Extracellular Matrix Regulates Granuloma Necrosis in Tuberculosis / B. A. Shammari, T. Shiomi, L. Tezera, M. K. Bielecka // The Journal of Infectious Diseases. – 2015. – V. 212(3). – [P. 463-473.]

ПЕРЕВАГИ КОМБІНАЦІЇ ПРОПОФОЛУ І РЕМІФЕНТАНІЛУ

Шасько Ю.В., Классен Пауль

студенти 5-го курсу:.

Керівник: Бойко Е.В

*кафедра медицини невідкладних станів,
анестезіології, інтенсивної терапії*

*Харківський національний медичний університет
м.Харків*

Актуальність: З усіх варіантів внутрішньовенної анестезії в останні роки провідне місце в анестезіології займає комбінація різних видів внутрішньовенної анестезії з пропофолом. Найоптимальніший варіант анестезії пропофолом- це так звана інфузія за цільовою концентрації, коли препарат вводиться з використанням автоматичної інфузійної системи, що складається з мікропроцесора, в якому реалізована програма розрахунку швидкості введення препарату в залежності від бажаної концентрації. Обидві комбінації препаратів за даною методикою забезпечують достатню глибину внутрішньовенної анестезії на спонтанному диханні, при використанні комбінації пропофол і реміфентаніл відзначається стабільний перебіг анестезії з задовільною її керованістю, відсутністю негативного впливу на гемодинаміку і присутністю комфортного пробудження.

Введення: TIVA (повна внутрішньовенна анестезія) характеризується контролем дозування, який тісно пов'язаний з фармакокінетикою введеної речовини. У TIVA використовується комбінація наступних різних речовин: 1. Гіпнотики (Пропофол) 2. Опіоїди для знеболювання (Фентаніл, Реміфентаніл) 3. М'язові релаксанти (Флурані, Мівакуріум). В наступному викладі буде описано наскільки ефективний TIVA з реміфентанілом і пропофолом.

Матеріали та методи: Пропофол широко використовується в TIVA. При цьому виключення свідомості, аналгезія, амнезія, стабільність вегетативної нервової системи, міорелаксація забезпечуються і контролюються селективно чинним внутрішньовенним препаратом з короткою тривалістю дії і періодом

напіврозпаду. Опіоїд реміфентаніл метаболізується неспецифічними естеразами плазми. Метаболіти реміфентанілу володіють вкрай низькою активністю, і виділяються в основному з сечею. Слід зазначити, що реміфентаніл являє собою потужний анальгетик, метаболізм якого не залежить від діяльності печінки або нирок. При введенні він викликає брадикардію і зниження артеріального тиску (серцево-судинний колапс).

Результати: Перевагами методик TIVA, заснованих на пропофолі, є: швидке відновлення свідомості і фізичномоторних функцій, прискорена реабілітація пацієнта і низька ймовірність нудоти і блювоти в післяопераційний період. При комбінації, реміфентаніл підсилює дію багатьох анестетиків, включаючи пропофол, закис азоту, ізофлуран і севофлуран. Це робить можливим зменшувати відповідні дози і зводить до мінімуму небажані ефекти. Після внутрішньовенної болюсної ін'єкції найвищі концентрації в плазмі крові спостерігаються через 1-3 хвилини. Ефект триває близько 10 хвилин. Однак слід зазначити, що при використанні реміфентанілу премедикація анальгетиків повинна починатися за 30 хвилин до закінчення операції (наприклад, новальгін).

Література:

1. Казаникова А. Н., Лихванцев В.В., Субботин В.В. Инфузия пропофола по целевой концентрации; Анестезиология и реаниматология.–2002.–№3.–С.41-44.
2. Овечкин А . М ., Гагарина Ю . В .Диприван-ЭДТА – выбор в пользу безопасности пациентов //Анестезиологияиреаниматология.–2002.–№3.–С.52-56.
3. СаркуловаЖ .Влияние некоторых современных видов внутривенного вводимого наркоза на показатели центральной гемодинамики у больных с повышенным операционно-анестезиологическим риском//Медицина.–2002.–№2.– С.69-70.

ФОРМИ УЧАСТІ ТА ЗАЛУЧЕННЯ МОЛОДІ ДО ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ

Білих М.С.

*студентка факультету
менеджменту та маркетингу*

Пермінова С.О.

*кандидат педагогічних наук, доцент кафедри менеджменту
Національний технічний університет України
«КПІ» імені Ігоря Сікорського
м. Київ, Україна*

У сучасному суспільстві молодь є найперспективнішим діячем на шляху до вагомих демократичних перетворень. В основу ідеї участі молодого покоління у вирішенні суспільних питань покладено твердження, що завдяки своїй наполегливості, оптимізму та принциповості молодь спроможна чинити потужний вплив на всі рівні влади.

Створення процвітаючого демократичного суспільства за активної позиції молодого покоління сформовано в преамбулі переглянутої Європейської хартії щодо ролі молоді в громадському житті на місцевому і регіональному рівнях, в якій зазначено, що основними формами такої участі є голосування, висунення кандидатів на виборах, участь у референдумах та акціях протесту [1]. Однак, найбільш дієвою і визначальною для проведення реформ є активна участь в повсякденному суспільно-політичному житті у міжвиборчих циклах [2].

В залежності від масштабу впливу участь молоді класифікується на: локальну, загальнонаціональну та міжнародну (глобальну).

Локальна, зазвичай, спрямована на вирішення місцевих проблем, пов'язаних із господарством. Виходячи з досвіду інших країн, така участь має тенденцію до переростання в загальнонаціональну, найчастіше з яскраво вираженим політичним забарвленням. Глобальна участь – це переважно діяльність у галузі захисту довкілля, освіти, прав людини, роззброєння, моніторингу, сприяння підписанню міжнародних угод та ін.

Грунтовним підхід до класифікації форм участі молоді в державному управлінні було запропоновано Молодіжним департаментом Ради Європи, в Звіті якого особлива увага приділяється дослідженню інноваційних підходів до традиційних форм участі молоді (табл.1).

Таблиця 1- Класифікація форм участі молоді (розроблено на основі [3])

Назва	Альтернативні форми	Традиційні форми
Інноваційні форми	- цифрова участь; - співуправління; - дорадча участь	- використання нових методологій для заохочення традиційної участі
Неінноваційні форми	- молодіжні ради та аналогічні структури; - молодіжна активність і протест	- голосування; - членство в політичних партіях; - членство в профспілках

Досвід європейських країн демонструє підсилення політичного інтересу до розвитку держави у молодого покоління.

На Кіпрі одним із способів подолання розриву між органами державної влади та прошарком молоді є використання представницьких установ для дітей і молоді. Молодіжна рада виконує консультативну роль і може підключитися до Ради Міністрів через міністра освіти і культури.

У Фінляндії, Уельсі та Австралії започатковано «молодіжне журі», що являє собою специфічну форму «молодих присяжних» (люди у віці від 12 до 25 років), яким надається «голос» при вирішенні не тільки регіональних, а й глобальних питань, що призводить до прозорості і справедливості у процесах прийняття рішень та різноманіття на політичній арені.

У Фінляндії також запроваджено «День діалогу», в рамках якого перед молоддю ставиться конкретне питання державного рівня, з приводу якого спочатку відбуваються дискусії, а згодом до них приєднується адміністрація та місцеві політики, які на кожну висловлену пропозицію дають конкретну, чітку відповідь. Після завершення проекту, особи з владними повноваженнями мають негайно почати діяти та впроваджувати доцільні пропозиції. Саме такий механізм забезпечує високий рівень довіри молоді до органів виконавчої влади.

Щодо взаємодії між державою і молодим поколінням в Україні, в

результаті соціологічного опитування було виявлено, що молоді люди (37% опитуваних) зацікавлені в позитивних змінах на місцевому та регіональному рівнях і готові активно сприяти розвитку їхніх об'єднаних територіальних громад. У той же час, 35% молоді вважає, що місцева влада не враховує пропозицій молоді в процесі прийняття рішень.

Зважаючи на цю статистику прослідковується тенденція негативного і руйнівного впливу місцевих органів державної влади на зниження участі молоді в традиційних політичних процесах.

Оскільки місцеві та регіональні органи влади є найближчими до молоді, вони мають сприяти їх участі в державних процесах, не лише ознайомлюючи з основними принципами демократії та громадянства, а й створювати умови для їх практичного застосування, надаючи впевненості молодій людині в тому, що вона вже зараз може впливати на владні рішення.

Незважаючи на імовірні складності та збільшення витрат часу і ресурсів на початкових етапах взаємодії молоді з органами державної влади, в подальшому їх співпраця призведе не тільки до суттєвих позитивних результатів в діяльності зазначених суб'єктів, а й громади загалом.

Література:

1. Переглянута Європейська хартія про участь молоді в місцевому та регіональному житті [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://rm.coe.int/168071b58f>

2. Манжола П. Г. Форми участі громадськості у діяльності органів влади та прийнятті політичних рішень [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://old.niss.gov.ua/book/StrPryor/St_pr5/02-Manzhola.pdf

3. Crowley A. Newandinnovativeformsofyouthparticipationindecision-making-processes / A. Crowley, D. Moxon. – Strasbourg : CouncilofEuropePublishing, 2017. – 66 p.

ТРАНСФОРМАЦІЯ ПОЛІТИЧНОЇ СИСТЕМИ УКРАЇНИ В УМОВАХ СУЧАСНОЇ ПОЛІТИЧНОЇ ДІЙСНОСТІ

Надобко О. О.

*студентка факультету соціології та управління
Запорізький національний університет
м. Запоріжжя, Україна*

Після здобуття незалежності України пройшло майже 30 років, але за цей час кардинальних змін в політичній системі держави практично не відбувалося. Більше двадцяти років українське суспільство знаходилося на зтяжньому перехідному етапі, а події 2014 року, на нашу думку, стали точкою біфуркації, - часом значних зрушень у всіх сферах життєдіяльності суспільства.

Політична революція 2014 року та позачергові вибори в Україні з обранням головою держави Петра Порошенка та нового складу Верховної Ради призводять до того, що черговий раз відбувається перехід від президентсько-парламентської форми республіки до парламентсько-президентської, з прийняттям Закон України «Про відновлення дії окремих положень Конституції України від 21 лютого 2004 р». [1]. На даний час за президентства В. Зеленського йдуть розмови про перехід до суто парламентської республіки з відповідними повноваженнями парламенту та уряду.

З періоду подій «Революції гідності» відбувається трансформація у всіх підсистемах політичної системи України, якщо врахувати базовий теоретичний підхід, відповідно до якого політична система складається з інституціональної, нормативної, функціональної та комунікативної підсистем.

Найбільш масштабні зміни відбулися в інституціональній підсистемі. Перш за все вони пов'язані з прискореним створенням сектору безпеки і оборони України відповідно до західних демократичних стандартів. Даним сектором пропонується вважати охоплену «єдиним керівництвом і координацією сукупність органів державної влади, Збройних Сил України, інших утворених

відповідно до законів України військових формувань, правоохоронних та розвідувальних органів, сил цивільного захисту, промислово-оборонного комплексу України, діяльність яких перебуває під демократичним цивільним контролем і відповідно до Конституції та законів України за функціональним призначенням спрямована на захист національних інтересів держави від загроз, а також громадяни та громадські об'єднання, які добровільно беруть участь у забезпеченні національної безпеки» [2]. Концепція розвитку сектору безпеки і оборони України від 14.03.2016 р. включає в його склад двадцять державних структур (органів, служб), що мають фахово опікуватися проблематикою національної безпеки і оборони України. Слід вказати на створення або відновлення нових силових структур, які об'єктивно класифікуються як елементи сектору безпеки і оборони та за формальними й сутнісними ознаками наближаються до західних аналогів [3]. В контексті створення мова йде про Національну поліцію, Сили спеціальних операцій Збройних Сил України, щодо відновлення можна говорити про Національну гвардію.

Ще одним важливим кроком якісного удосконалення інституціональної підсистеми політичної системи українського суспільства стало створення Міністерства інформаційної політики України, військово-цивільних адміністрацій, Воєнного кабінету Ради національної безпеки і оборони України, Національного координаційного центру кібербезпеки як робочого органу Ради національної безпеки і оборони України, Міністерства з питань тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщених осіб тощо.

Таким чином, абсолютна більшість суб'єктів забезпечення національної безпеки (глава держави, парламент, уряд, центральні органи виконавчої влади, місцеві адміністрації тощо) належать до інституційної підсистеми політичної системи.

Що ж стосується інших сфер, то як приклад можна навести те, що Кабінет міністрів України створив сім нових центральних органів виконавчої влади у сферах культури, молоді та спорту в межах бюджету відповідного міністерства. Важливим кроком стало також утворення розгалуженої системи

антикорупційних органів, хоча з певними нюансами їх діяльності. І подібні структурні зміни відбулись майже у всіх гілках органів влади.

Під трансформацією нормативної підсистеми маються на увазі пропонувані державою нові та модернізовані «норми права – формально-обов'язкові правила фізичної поведінки, які мають загальний характер і встановлюються або санкціонуються державою з метою регулювання суспільних відносин та забезпечуються відповідними державними гарантіями реалізації» [4, с. 533].

Підвищена чутливість громадян саме до нормативної підсистеми скоріше за все пов'язана з невиконанням існуючих законів, хоча вони й визнані Радою Європи як одні з кращих, оскільки декларують широке коло прав людини, прав нацменшин, свободу слова, засобів масової інформації. Саме відчуття невдоволеності, стурбованість суперечністю, розбіжністю між конституційною та реально існуючою системою політичних відносин висунуло нормативну підсистему в центр суспільної уваги.

Тому слід підкреслити значення реформи судової системи та велику кількість прийнятих законів стосовно саме регулювання правовідносин, які покликані вдосконалити процес впровадження та виконання законів. Судова реформа стосується запровадження професійної адвокатури в судах, скасування суддівської недоторканості, скасування низки судів та створення на їхньому місці нових з набранням суддів на конкурсах, кваліфікаційне оцінювання, та ще багато інших нововведень. Саме ці зміни відіграють вирішальну роль в нормативній підсистемі, адже повинні якісно вплинути на процес сучасних правовідносин в Україні.

Зміни у функціональній підсистемі політичної системи України є такими ж масштабними, як і в інших. Загалом реформа децентралізації змінила розстановку повноважень та впливу в цій підсистемі, відкривши простір для нових можливостей у впровадженні національної політики усіма суб'єктами держави. Ця підсистема діє дуже активно, постійно вносить певні корективи та зміни у відносини та взаємодію між суб'єктами державної влади, державою та

суспільством. Важливе значення стала відігравати політика лібертаріанства нового уряду країни. Зараз політика направлена на все більшу свободу дій та власного вибору суб'єктів політичної системи. Хоча і зменшується контроль з боку держави, посилюється відповідальність самих суб'єктів, більш жорсткими стають і правила взаємодії. Тобто можна сказати, що в функціональній підсистемі відбувається перерозподіл функцій, повноважень та «правил гри», посилюється роль і відповідальність громади, тобто функція контролю поступово переходить від центральної влади в руки суспільства, покладаючи на нього більшу відповідальність, ніж було до цього.

Сутність змін в комунікативній підсистемі політичної системи України полягає в радикальному переформатуванні міжінституційних взаємин державних органів. Інтенсифікація комунікативного процесу відбулась як у вертикальному, так і в горизонтальному вимірі: 1) між владними структурами, 2) між державою та суспільством. Якщо розглядати комунікативний процес у трьох вимірах: між підсистемами політичної системи; між політичною системою та іншими сферами суспільного життя (економічною, соціальною тощо); між політичними системами різних країн, – не дивлячись на згадувану інтенсифікацію, вони мають свої нюанси. До негативів можна віднести технологічну невідповідність, певну непрофесійність кадрів, відсутність концептуального бачення комунікативних процесів. В той же час концепція електронного врядування, «Держава у смартфоні» значно розширюють, пришвидшують та осучаснюють канали циркуляції інформативних потоків.

Політична система України на сучасному етапі радикально змінилась насамперед у якісному плані. Її порівняння з довоєнним (мирним) аналогом є некоректним, оскільки політична система, що існувала до 2014 р., не забезпечила суверенітет України. Нові інститути, нормативи, функції, способи комунікації складників політичної системи, ініційовані після «Революції гідності» довели життєздатність Української держави та її історичну перспективу. Це дозволяє сподіватись на виконання політичною системою більш масштабних завдань, до переліку яких входить не лише відновлення територіальної цілісності України,

повноцінна інтеграція в ЄС і НАТО, а й формування громадянського суспільства, яке до цього часу було аморфним в Україні.

Література:

1. Про відновлення дії окремих положень Конституції України. Закон України № 742VII від 21.02.2014 р. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/74218>.

2. Про національну безпеку України. Проект Закону України від 28.02.2018 р. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=6353 1.

3. Крутій В.О. Політична система України в умовах гібридної війни (досвід 2014–2018 років) // Science and Education a New Dimension. Humanities and Social Sciences, VI (28), I.: 169, June 2018. P. 11–16.

4. Рабінович П. М. Норма права / П. М. Рабінович // Великий енциклопедичний словник / За ред. Ю. С. Шемшученка. К. : Юридична думка, 2007. 992 с.

УДК 657

Соціологічні науки

ПРИЧИНА ТА АНАЛІЗ ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНИХ ПРИГОД В УКРАЇНІ

Джигирис І.В., Бабюк А.Б.

студенти факультету

економіки, менеджменту та права

Вінницький торговельно-економічний інститут

Київського національного

торговельно-економічного університету

м. Вінниця, Україна

Зверніть увагу, що на автомобільному транспорті в Україні за рік виникає близько 40 тисяч дорожньо-транспортних пригод. Статистичні дані свідчать про те, що гине більше 6 тисяч осіб та травмується більше 42 тисяч осіб.[2, с.16]

З появою автомобілів були створені правила дорожнього руху, щоб забезпечити безпеку на дорозі. Вони встановлюють єдиний порядок для всіх

учасників дорожнього руху на всій території України. Виконання цих правил – найголовніше для збереження свого життя на дорозі.

Пішохід – особа, яка бере участь у дорожньому русі поза транспортними засобами і не виконує на дорозі будь-яку роботу. До пішоходів прирівнюються також особи, які рухаються в інвалідних колясках без двигуна, ведуть велосипед, мопед, мотоцикл, везуть санки, візок, дитячу чи інвалідну коляску.[4, с.25]

Будь яка вулиця складається з трьох частин:

1)Проїзна частина – це елемент дороги, призначений для руху транспортних засобів.

2)Тротуар – елемент дороги, призначений для руху пішоходів, який прилягає до проїзної частини або відокремлений від неї газоном. Тротуар завжди прокладають трохи вище, ніж проїзну частину. Це робиться для того, щоб у дощову погоду з них швидше стікала вода до колодязів та каналізації. А ще для того, щоб жодна машина випадково не заїхала колесами на тротуар і не збила перехожого.

3)Пішохідна доріжка – це доріжка з покриттям, яка призначена для руху пішоходів. Пішоходи повинні рухатися по тротуарах і пішохідних доріжках, тримаючись правої сторони. Якщо немає тротуарів, пішохідних доріжок або пересуватися по них неможливо, пішоходи можуть рухатися по велосипедній доріжці, тримаючись правої сторони та не затрудняти рух велосипедів і мопедів.

За межами населених пунктів пішоходи, що пересуваються по узбіччю чи краю проїзної частини, повинні йти назустріч руху транспортних засобів. У темну пору доби та в умовах недостатньої видимості пішоходи повинні виділити себе світловідбивними знаками для підвищення безпечного пересування на проїзній частині чи узбіччі.

Пішоходи, які не встигли закінчити перехід, повинні перебувати на островці безпеки або лінії, що розділяє транспортні потоки протилежних напрямків, і можуть продовжити перехід лише тоді, коли переконаються в безпеці подальшого руху. Особливо уважним треба бути, проходячи повз провулок чи ворота, звідки в будь-який момент може виїхати транспорт. Переходячи вулицю, потрібно подивитись ліворуч, а дійшовши до середини

проїжджої частини, подивитись праворуч.[2, с.43]

Наприклад, коли студент Коля, не відволікаючись від свого мобільного телефону, проходив повз провулок і не переконавшись про відсутність авто, потрапив під колеса та зазнав травми ноги.

Чекати транспортний засіб пішоходи повинні на тротуарах, посадочних майданчиках, а де вони відсутні, - на узбіччі, не створюючи перешкод для дорожнього руху. На трамвайних зупинках, не обладнаних посадочними майданчиками, пішоходам дозволяється виходити на проїзну частину тільки після зупинки трамвая.[3, с.70]

Пішоходам забороняється:

1) Виходити на проїзну частину, не впевнившись у відсутності небезпеки для себе та інших учасників руху;

2) Допускати самостійний, без нагляду дорослих, вихід дітей дошкільного віку на проїзну частину;

3) Затримуватися і зупинятися на проїзній частині, якщо це не пов'язане із забезпеченням дорожнього руху;

4) Рухатися по дорозі, за винятком пішохідних доріжок, місць стоянки і відпочинку.

Причиною вуличного травматизму пішоходів в основному є порушення правил дорожнього руху:

1) Перехід вулиці в недозволеному місці (мета руху – до автобуса, тролейбуса, що стоїть на протилежному боці вулиці, до якого намагається встигнути пішохід, рідний дім, школа, магазин, кіоск, знайомі, товариші);

2) Ходіння по проїзній частині вулиці, дороги;

3) Гра на дорозі, тротуарі, мосту;

4) Неправильна поведінка при виході із трамвая, автобуса, тролейбуса;

5) Неправильний обхід транспорту;

6) Помилка при прийнятті рішення.

Водій – особа, яка бере участь в дорожньому русі при керуванні механічними транспортними засобами.

Для забезпечення безпеки дорожнього руху водій повинен:

1) Перед виїздом перевірити і забезпечити технічно справний стан і комплексність транспортного засобу, правильність розташування та кріплення вантажу;

2) Стежити за технічним станом транспортного засобу в дорозі;

3) Під час руху на мотоциклі бути в застібнутому мотошоломі і не перевозити пасажирів без застібнутих мотошоломів.

Запевняю, що автомобіль миттєво зупинитися не може. Навіть коли водій натисне на гальма, вони спрацювали і колеса не обертаються, таким чином автомобіль за інерцією продовжує рух. Чим більшу швидкість автомобіль набирає, чим більшу масу він має, тим довший і повільніший буде його гальмівний шлях. А якщо дорога до того ще й мокра, то шлях гальмування буде значно більший.

Причини дорожньо-транспортних пригод можуть бути різноманітні. Це, насамперед, порушення правил дорожнього руху, технічні несправності автомобілів, перевищення швидкості руху, недостатня підготовка осіб, що керують автомобілем, повільна їх реакція. Нерідко причиною аварій і катастроф стає керування автомобілем осіб у нетверезому стані. До серйозних дорожньо-транспортних подій призводить невиконання правил перевезення небезпечних вантажів та порушення при цьому необхідних вимог безпеки. [3, с.98]

Іншою причиною дорожніх аварій є незадовільний стан доріг. Інколи можна бачити відкриті люки, необгородженні та неосвітленні ділянки ремонтних робіт, відсутність знаків про попередження небезпеки. Все це в сукупності призводить до великих втрат. [1, с.85]

Отже, для безпечного пересування на дорозі потрібно знати та виконувати всі правила дорожнього руху, а також бути уважним. Заздалегідь продумувати свій маршрут та розраховувати час.

Література:

1. Правила дорожнього руху. Желібо Е.П., Заверуха Н.М., Зацарнкий В.В. “Безпека життєдіяльності”.

2. «Будь уважним на дорозі!» : рек. список літ. : для учнів 1-4 кл. / Нац. б-ка України для дітей ; авт.-уклад. О. М. Тімочка. – Київ, 2015.
3. Книга «Безпека на дорозі» , І.В. Конопленко. – Львів, 2016.
4. Безпека життєдіяльності: Учеб. Посібник / За ред. О.Н. Русака. СПб, 2004 р.
5. Воронцова Т.В. Пономаренко В.С.. Основи здоров'я. 8 клас: Посібник для вчителя. – К. Алатон, 2008.

Соціологічні науки

СОЦІАЛЬНА РОБОТА ЯК МЕХАНІЗМ РОЗВИТКУ СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЧЛЕНІВ ОТГ

***Куліченко Т.С.,**
студентка факультету соціології та управління
Запорізького національного університету
м. Запоріжжя, Україна
Науковий керівник: **Бойко Г.В.,**
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри соціальної філософії та управління
Запорізького національного університету*

Соціальна робота в об'єднаній територіальній громаді є частиною організаційного процесу громади, яка спрямована на самовдосконалення за допомогою самоорганізації членів громади, діяльність яких спрямована на покращення життєвих умов незахищених верств населення.

Громада, перш за все, це соціальна конструкція, яка будується з підтримки, цілісної взаємодопомоги людей, для утворення міцних соціальних зв'язків. Роль соціального працівника у цій взаємодії полягає у підтримці і спрямуванні громади, розвитку ініціатив її членів.

Як і будь-яка діяльність, соціальна робота має свою специфіку, яка закріплена у теоретичних моделях. Такі моделі були розроблені в кінці ХХ століття Е. Росса, Д. Ротманом, К. Йорком. Їх дослідження спирались на практику

соціальної роботи в різних громадах і стали підґрунтям для ухвалення політичних рішень щодо трансформації державного соціального догляду. Це передбачає, відмову від великих стаціонарних закладів та універсальних технологій соціальної допомоги й перехід до організації центрів у громаді, залучення до надання такої допомоги добровільних і приватних організацій [1, с. 252].

Розвиток процесу соціальної роботи в громаді подібний до процесів індивідуальної соціальної роботи. А саме він пов'язаний з розвитком контактів, аналізом і плануванням, залученням суспільства до сприяння у вирішенні проблем незахищених громадян тощо.

На сьогодні у організації соціальної роботи в громаді виділяють кілька фаз:

- 1) організація соціальних служб;
- 2) розвиток якості надання послуг співробітниками та добровольцями служб;
- 3) надання пропозицій, щодо змін, зокрема у соціальній політиці, які спрямовані на підтримку вразливих соціальних груп громади.

Проаналізувавши роботу соціальних працівників у Широківській ОТГ Закарпатської області можна зазначити, що коло їхньої діяльності окреслює не лише стандартні функції соціальної роботи, а і виходить за її межі, надаючи не тільки прямі послуги окремим особам, сім'ям, невеликим групам. Так, вони займаються групами сільського самоврядування, консультують їх щодо проблем незахищених громадян; організують навчання для людей похилого віку, залучають та вчать членів громади піклуватися про людей, які не мають можливості самостійно себе обслуговувати і т.д.

Такі відмінності у методах соціальної роботи викликані не визначенням головної мети і завдання соціального працівника в громаді. Більше це стосується практичної соціальної роботи в громаді, основою якої є, або розвиток та інтеграція громади, або розвиток програм, спрямованих на соціальні зміни.

Визначити межі практичної соціальної роботи з організації громади в рамках соціальної роботи вдалося за допомогою загального визначення соціальної роботи, яке надала Американська національна асоціація соціальних

працівників. Згідно з ним головною характеристикою соціальної роботи є система цінностей, цілей, санкцій, знань та методів. Було також заявлено, що завдання роботи із соціального планування та організації

громад спираються на цінності практичної соціальної роботи й сприяють реалізації загальних цілей соціальної роботи [2, с. 107].

Після з'ясування головного поняття і мети соціальної роботи в громаді, Дж. Ротман визначив три основні напрями роботи соціального працівника:

- 1) розвиток населеного пункту (проекти розвитку громади, розвиток груп самопомоги тощо);
- 2) соціальне планування (програмний розвиток);
- 3) соціальну дію (реформи на користь клієнтів з малозабезпечених прошарків громади) [2, с. 109].

У Широківській ОТГ реалізуються симбіоз зазначених напрямків. Найбільше соціальні працівники спрямовують свою діяльність на роботу з особами, які потребують соціальної допомоги. Але вони також, разом з іншими відділами Широківської сільської ради займаються розвитком громади, наприклад, допомагають у реалізації проекту «Громадського бюджету», за допомогою якого члени громади реалізують свої ініціативи.

В сукупності всіх завдань і функцій, що входять до діяльності соціального відділу Широківської ОТГ, і опису практичної діяльності інших громад України, можна стверджувати, що вони є рушійною силою у розвитку соціальної відповідальності членів громади.

Нажаль не на всій території України є розвинута системи соціальних служб у громаді, яка б не тільки виконувала свої прями обов'язки по наданню соціальних послуг, а і займалась розвитком соціальної відповідальності членів громади.

Література:

1. Гилберт Г., Спехт Г. Социальное планирование и организация в местных общинах // Энциклопедия социальной работы.- В 3-х томах.- М, 1994,- Т. 3. - С. 252.

2. Мещан І. В. Територіальна громада як суб'єкт соціального партнерства в управлінні закладами соціального обслуговування / Мещан І. В. // Вісник НТУУ «КПІ». Політологія. Соціологія. Право : збірник наукових праць. – 2014. – № 2 (22). – С. 106–110.

УДК – 364

Соціологічні науки

НЕГАТИВНИЙ ВПЛИВ ТРУДОВОЇ МІГРАЦІЇ НА УКРАЇНСЬКІ СІМ'Ї ТА ДІТЕЙ

Малишева А.В.

*студентка соціологічного факультету,
Харківського національного
університету імені В.Н. Каразіна
м. Харків, Україна*

На сьогоднішній день однією з актуальних проблем для обговорення є масова трудова міграція українців. Це не дивно, тому що проблема є дійсно значущою і страшною у своїх масштабах. Як засвідчує Міністерство соціальної політики України, щороку на сезонні заробітки країну полишають майже 9 мільйонів українців, а ще понад 3 мільйони працюють та проживають за кордоном на постійній основі. Так, за словами міністра закордонних справ України Павла Клімкіна, лише в Польщі проживає приблизно 1,4 мільйони українців, і з кожним роком ці цифри стають все більшими [1]. Для підрахування трудової міграції за кордон було навіть створено спеціальний сайт, ukrainianpeopleleaks.com. Згідно з його даними, кожні тридцять секунд на заробітки від'їжджає один українець [2]. І це йдеться лише про зареєстрованих мігрантів, адже нелегальна трудова міграція є не менш поширеною.

Така тенденція в решті решт може призвести до того, що у найближчому майбутньому в Україні залишаться лише пенсіонери в умовах найгіршого рівня життя серед Європейських країн [1].

Однак мало хто з дослідників згадує про те, що масова міграція українців за кордон негативно впливає на українські сім'ї та, особливо, на дітей. Вже

досить довгий час (не тільки в Україні, але й в світі в цілому) простежується тенденція збільшення кількості розлучень та послаблення зв'язку між батьками та дітьми. Дорослі та діти віддаляються один від одного, і одна з причин цього – постійна зайнятість батьків на роботі. Не дивно, адже сучасні українські реалії змушують батьків працювати якомога більше, щоб забезпечити своїх дітей всім необхідним для життя та розвитку. Навіть аби задовольнити базові потреби (такі як харчування та одяг) необхідно докладати неабияких зусиль через кризу в економіці та на ринку праці. Неможливість знайти гідну роботу та забезпечити родину змушують більшість українців виїжджати на заробітки за кордон. Довгострокова відсутність одного або обох членів сім'ї призводить до того, що стосунки поступово сходять на «ні», а це частіше за все закінчується розлученням, відсоток яких з кожним роком стає все більшим. А враховуючи масштаби трудової міграції українців, перспектива виглядає доволі жахливою. Але для дітей це є ще більшою проблемою.

У випадках, коли батьки удвох виїжджають на заробітки, дитина, як правило, залишається під наглядом старшого покоління, бабусь та дідусів. Та через особливості віку та неминучі проблеми зі здоров'ям вони не можуть дати дитині все те необхідне, що можуть дати батьки. Через це діти стають більш уразливими перед зовнішнім середовищем, яке несе на них доволі негативний вплив. Позбавлені батьківського піклування діти піддаються цьому впливу, що призводить до поширення девіантної поведінки - дитячого алкоголізму, наркоманії, ігроманії. Діти потрапляють у «погані компанії», починають втікати з дому, замикаються в собі тощо. У сучасному суспільстві багато хто з дітей страждає від недостатньої уваги батьків, а через масову трудову міграцію кількість дітей, позбавлених батьківського піклування, невпинно зростає, що врешті решт призводить до жахливих наслідків.

Тому держава, розробляючи нову соціальну політику, аби зменшити кількість громадян, що виїхали на заробітки, повинна враховувати й те, які наслідки масова довгострокова міграція несе не лише для економіки країни, а й для цілісності українських сімей та здоров'я дітей. Адже на сьогоднішній день

однією з характерних особливостей в сфері шлюбно-сімейних відносин є зростання кількості розлучень, і масова трудова міграція українців активно сприяє розвитку цього явища, від якого, на думку багатьох дослідників, Україна потерпає вже доволі довгий час. І подальші перспективи виглядають досить жахливими. Крім того, враховуючи збільшення кількості дітей, позбавлених батьківського піклування через колосальний розвиток трудової міграції, набуває поширення девіантна поведінка серед молодого покоління. А через це, в свою чергу, зростає криміногенність в суспільстві. Україна і без цього потерпає від девіантності – велика кількість соціально незахищеного населення, бойові дії на Сході, інвалідизація суспільства, криза в економіці та на ринку праці призводять до занепаду емоційного та психічного стану людей. І якщо молоде покоління з кожним роком все більше піддаватиметься девіантній поведінці, Україну чекатиме жахливе майбутнє.

Література:

1. Масштаби трудової міграції загрожують економічному розвитку країни – ЗМІ // УНІАН. URL: <https://www.unian.ua/economics/finance/10510029-masshtabi-trudovoji-migraciji-zagrozhuut-ekonomichnomu-rozvitku-krajini-zmi.html> (дата звернення – 19.12.19)
2. Загальні масштаби трудової міграції українців оцінюють у 2-3 млн осіб // 5 Канал. URL: <https://www.5.ua/ukrayina/zahalni-masshtaby-trudovoi-mihratsii-ukraintsiv-otsiniuiut-u-23-mln-osib-172165.html> (дата звернення – 20.12.19)

МОТИВАЦІЯ І ЇЇ РОЛЬ У РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ

*Котихін С.Д.,
студент факультету
інформаційних технологій та менеджменту
Науковий керівник **Коробкіна Т.В.**
к.філ.н., доцент, професор кафедри філософії
Харківський національний
університет радіоелектроніки
м. Харків, Україна*

The given work is devoted to the study of motivation and to determine its role in human development. The relevance of this topic is having an idea of what motivation is and what real motives we have, what kind of mechanism of motivation itself, we will manage our life more effectively, adequately perceive not only the people around us, but the whole a situation, to listen to your needs and desires, to plan the future, based on your true motives.

Дана робота присвячена вивченню мотивації і визначення її ролі в розвитку людини. Актуальність цієї теми полягає в тому, що, маючи уявлення про те, що ж таке мотивація, і які у нас реальні мотиви, який власне сам механізм мотивації, ми будемо ефективніше управляти своїм життям, адекватно сприймати не тільки людей, що оточують, а й всю ситуацію взаємодії, прислухатися до своїх потреб і бажань, планувати майбутнє, спираючись на свої справжні мотиви.

Мета даної роботи в тому, щоб проаналізувати складові мотиваційної системи в цілому, вивчити ієрархію потреб людини, прослідити процес становлення мотивації і її роль в розвитку людини.

Мотивація - це складний динамічний процес психофізіологічного плану, який керує поведінкою людини, задає йому спрямованість, активність і стійкість, організованість, здатність людини задовольняти свої потреби. [1].

Мотиваційна система - це психологічна система, що складається з різних інтересів, переконань, мотивів, норм, потреб, цілей, установок, цінностей,

стереотипів, що містяться в суті людської поведінки. Формування мотиваційної системи відбувається протягом усього життя людини. На цей процес впливають і вроджені якості, і набуті навички людини. Важливе значення на мотиваційну сферу особистості мають звички людини і його оточення.[2].

Людина постійно знаходиться в стані вирішення своїх проблем, пошуку способів задоволення потреб. Ми завжди чогось бажаємо, майже ніколи не існує стану, коли нічого не хочеться. Задовольняючи одну потребу одразу з'являються нові «бажання», на які людина націлює свої зусилля і увагу. Але в житті людини є першочергові фізіологічні потреби, що пов'язані безпосередньо з процесом самоіснування, фізичного виживання: їсти, пити, одягатися, деś жити і т.п. Коли вирішені ці питання, людина вже починає думати про свій комфорт, безпеку, при цьому паралельно задовольняючи і першочергові потреби. Потім приходять бажання в спілкуванні, контактах з іншими людьми: їй хочеться бути потрібною, кохати і бути коханою. Після цього виникає потреба в самоствердженні, статусі, репутації, самовираженні та самореалізації. Основна частина людства живе потребами фізіологічними та безпековими, значно менше людей переймається соціальними потребами і лише одиниці вмотивовані до досягнення високих цілей.

Схожу шкалу мотивації описав в своїх роботах відомий психолог А. Маслоу. Він назвав її «ієрархією потреб», виділив п'ять таких груп і представив в вигляді піраміди. Незадоволені потреби за Маслоу спонукають людей до активних дій, а задоволені перестають бути мотивацією, їхнє місце займають інші незадоволені потреби.[3;4].

Сам процес мотивування проходить кілька стадій. Спочатку виникає потреба і починає вимагати її усунути. Потім йде пошук шляхів вирішення потреби: придушити, задовольнити або не помічати. Для цього людина визначає цілі та напрямки дій. З'являється необхідність щось робити. Людина аналізує, що вона повинна зробити, щоб досягти бажаного результату і наскільки вона може усунути потребу. [2;4].

На наступній стадії починається здійснення дії, оскільки в процесі роботи може початися зворотний вплив на мотивацію тут вже може статися коригування

цілей. Нарешті, настає отримання винагороди за результатами виконаної роботи. Людина отримує те, що усуває початкову потребу, або те, що вона може замінити на бажаний для нього об'єкт. На даному етапі з'ясовується, наскільки виконана дія принесла бажаний результат і вже опираючись на це відбувається збереження або ослаблення, або посилення мотивації до дії. Залежно від усунення потреби людина припиняє діяльність до появи нової потреби або ж шукає можливість і продовжує далі діяти для усунення потреби. [2].

Таким чином, структура мотиваційної сфери людини в процесі життєдіяльності проходить різні етапи свого становлення. Цей складний процес відбувається як під впливом факторів навколишнього середовища, так і в результаті роботи над собою. Сформована система мотивації людини має великий вплив не тільки на її поведінку, але і на структуру особистості людини в цілому, тому що визначає загальну спрямованість особистості, прагнення людини, професійну діяльність і його життєвий шлях.

Література:

1. Інтернет ресурс:

<https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%BE%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F>

2. Вілюнас В.К. Психологічні механізми мотивації людини. М., 1990

3. Леонтьєв А.Н. Потреби, мотиви, емоції. М., 1971

4. Інтернет ресурс:

http://www.0ck.ru/menedzhment_i_trudovye_otnosheniya/doslidzhennya_motivacii_na_dosyagnennya.html.

НОТАТКИ

