

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



«АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ НАУКИ»

6 квітня 2020 року

Частина 3



м. Вінниця

Актуальні проблеми сучасної науки, XLII Міжнародна науково-практична інтернет-конференція. – м. Вінниця, 6 квітня 2020 року. – Ч.3, с. 56.

Збірник тез доповідей укладено за матеріалами доповідей XLII Міжнародної науково-практичної інтернет - конференції «Актуальні проблеми сучасної науки», 6 квітня 2020 року, які оприлюднені на інтернет-сторінці el-conf.com.ua

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

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

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

ЗМІСТ

Медичні науки

<i>Азаров.А.А Шуміло М.О., науковий керівник Татарко С.В.</i> СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЕТІОЛОГІЮ ТА ПАТОГЕНЕЗ НЕФРОЛІТІАЗУ.....	5
<i>Бобир І.М., науковий керівник Добривечір І.В.</i> ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА....	5
<i>Гойло Ю.Б.</i> ВАКЦИНАЦІЯ ПРОТИ ВІРУСУ ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ ЯК ОДИН З КЛЮЧОВИХ МОМЕНТІВ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ.....	9
<i>Гордієнко П.О., Кателевська Н.М.</i> ВИВЧЕННЯ РАЦІОНАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ ЯК ФАКТОРУ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ	13
<i>Зайцева Є.М., Шаповалова Г.І., Вовченко Л.О., Сидоренко В.І.</i> ГІГІЄНИЧНЕ ВИХОВАННЯ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ ЯК МЕТОД ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.....	15
<i>Зелена М.І.</i> ЗНАЧЕННЯ АНКЕТНОГО МЕТОДУ В ОЦІНЦІ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ МОЛОДІ.....	21
<i>Ковалів М.О., Юрченко С.Т.</i> ФІЗІОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ ПЕРШОКУРСНИКІВ, ЯК ІНФОРМАТИВНИЙ ПОКАЗНИК ЇХ ЗДОРОВ'Я	23
<i>Кондратова А.С., Матвійчук С.М., Печеряга С.В.</i> ВПЛИВ ПСИХОЛОГІЇ МАТЕРИНСТВА ЯК ГАЛУЗІ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЇ НА ЕМОЦІЙНИЙ ФОН ПЛОДА	27
<i>Кругла Т.О.</i> ШЛЯХИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ГІПЕРТОНІЧНОГО КРИЗУ.....	30
<i>Матвійчук С.М., Кондратова А.С., Печеряга С.В.</i> ЗНАЧЕННЯ ПОЕТАПНОГО СТАТЕВОГО ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ЯК ОСНОВА ФОРМУВАННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ	34
<i>Матисік С.І.</i> ТОКСИКОЛОГІЧНА ОЦІНКА ВПЛИВУ АНТРАЛІУ НА МОДЕЛЬНУ ТЕСТ-СИСТЕМУ СПЕРМІЇВ БУГАЇВ	37
<i>Мельниченко О.А., Лапко С.В., Ленська О.В.</i> ПРОБЛЕМИ ЗІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ РОЗВИТКУ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ТА МАСОВОГО СПОРТУ В УКРАЇНІ	39

<i>Мороз П.В., Матвійчук С.М.</i> СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПЕРИТОНІТУ В УМОВАХ ХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ	44
<i>Хижняк В.В., Моргун А.О., Снітко О.А., Моргун О.О.</i> СУДОВО-МЕДИЧНІ ТА ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ В УМОВАХ КАРАНТИНУ І НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ	47
<i>Швід С.О., Колодяжна В.В., Лахно О.В.</i> ДІАГНОСТИКА ГАСТРОПАРЕЗУ ЯК НАСЛІДКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ	51

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЕТІОЛОГІЮ ТА ПАТОГЕНЕЗ НЕФРОЛІТІАЗУ

Азаров.А.А Шуміло М.О

кафедра фізіології та патологічної фізіології

Науковий керівник - Татарко С.В.

зав. кафедри, д.мед.н., доцент

Донецький національний медичний університет

м. Лиман, Україна

Актуальність. Незважаючи на значний прогрес у вивченні сечокам'яної хвороби і наявність великої літератури, присвяченій даній проблемі, питання про походження каменів в сечовивідних шляхах досі залишається одним з найбільш складних і остаточно невирішеним. Ця хвороба займає одне з провідних місць серед урологічних хвороб.

Мета дослідження. Виявити найбільш вірну теорію розвитку нефролітазу.

Матеріали і методи. Були вивчені матеріали Українських та західних журналів, та проаналізовані статистичні дані з приводу хворих на нефролітаз.

Результати досліджень. Нефролітаз може виникнути в будь-якому віці, але частіше вражає людей 25-50 років.

Фактори, що збільшують ризик розвитку сечокам'яної хвороби, можна поділити на три групи: зовнішні, місцеві та загальні внутрішні чинники.

До зовнішніх чинників можна віднести особливості харчування (надлишок білка, кисла і гостра їжа, яка збільшує кислотність сечі), властивості води (вода з підвищеним вмістом солей кальцію), нестача вітамінів групи В і вітаміну А, шкідливі умови праці, прийом ряду препаратів (великі кількості аскорбінової кислоти, сульфаніламідів).

До місцевих факторів можна віднести аномалії розвитку сечовидільної системи (єдина або підковоподібна нирка, стеноз сечовивідних шляхів). До загальних можна віднести наявність хронічних захворювань шлунково-кишкового тракту, тривалу нерухомість внаслідок захворювання або травми, зневоднення при отруєннях та інфекційних хворобах.

Ниркові камені етіопатогенетично поділяють на: цистинові, струвітні, створені з оксалату кальцію, апатитів та сечової кислоти.

Висновок. Таким чином, порушення харчування, кліматичні умови, розлади обміну речовин і хімічного складу сечі, нейродістрофічні, гормональні впливи на ниркову тканину, порушення гемодинаміки і уродинаміки мають патогенетичне значення відносно уролітіазу та нефролітіазу. Проте жоден з цих факторів, взятих окремо, не є домінуючим і не може привести до нефролітіазу. Отже, зрозуміло, що необхідна спільна участь у цьому складному процесі багатьох причин.

УДК:616-08- 039.75

Медичні науки

ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА

Бобир І.М

студент економічного факультету

Ірпінського державного коледжу

економіки та права

Ірпінь, Україна

Науковий керівник ДобриVECІР І.В.

Паліативна допомога – вид медичної допомоги, котрий спрямований на покращення якості життя пацієнтів і членів їх родин, які стикаються з проблемами невиліковної хвороби. У той час як специфічне лікування спрямоване на зміну перебігу хвороби, паліативна допомога повинна бути зосереджена на профілактиці і зменшенні страждань, які виникають на тлі прогресуючого захворювання. Раннє виявлення, визнання проблеми і ефективне лікування болу або інших фізичних, психосоціальних і духовних проблем – реквізити для забезпечення якісної паліативної допомоги. Принципово важливими кроками в розвитку паліативної допомоги в Україні на загальнодержавному рівні стало створення Державного навчально-методичного центру паліативної та хоспісної медицини, як головного науково-дослідного та організаційно-методичного закладу МОЗ України з надання паліативної допомоги та кафедри паліативної та хоспісної медицини Директор

Державного навчально-методичного центра паліативної та хоспісної медицини Губенський Юрій Іванович - член-кореспондент НАМН України, професор, доктор медичних наук, заслужений діяч науки і техніки України. Державний навчально-науково-методичний центр паліативної та хоспісної медицини, створений у складі Інституту сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, як структурний підрозділ, правонаступник Державного підприємства «Інститут паліативної та хоспісної медицини Міністерства охорони здоров'я України» шляхом укладання відповідного контракту. Центр проводить діяльність у напрямку розвитку паліативної та хоспісної медицини, розробляє та подає Міністерству охорони здоров'я України пропозиції стосовно організації та впровадження в Україні сучасної науково-практичної системи та комплексу заходів з надання паліативної допомоги населенню, спрямованих на реалізацію таких принципів: Полегшення болю та інших симптомів захворювання для підвищення якості життя пацієнта; поєднання медичних, психологічних і духовних аспектів догляду за пацієнтом. Медичні послуги з ПД повинні бути доступні цілодобово. Хворий та члени його родини забезпечуються доступною та зрозумілою інформацією щодо паліативної допомоги, а послуги надаються в обсязі, прийнятному для пацієнта.

ПД може надаватися як консультативна послуга у лікувальних закладах будь-яких форм власності за допомогою різних організаційних форм медичного обслуговування у тому числі на денному стаціонарі, у спеціалізованих закладах (хоспісах) та вдома (на дому).

Потреби пацієнта та його родини (включаючи прояви захворювання) повинні розглядатися спеціалістами та іншими співробітниками за міждисциплінарним підходом обов'язково із залученням спеціалістів соціальних служб [1].

ПД надається з урахуванням потреб і згоди конкретного пацієнта.

ПД забезпечує право хворого бути інформованим про своє захворювання, можливі методи лікування, імовірні результати та існуючі можливості. та за його згодою повідомляти про це членам родини

ПД передбачає право хворого на вибір методів та місця надання допомоги.

Отже Згідно з українським законодавством головною метою паліативної допомоги є забезпечення належної якості життя в його фінальній фазі (термінальній стадії захворювання), максимальне полегшення фізичних і моральних страждань пацієнта та його близьких, а також збереження людської гідності інкурабельних хворих наприкінці життя завдяки цілісному підходу до пацієнта як до особистості, виходячи з його індивідуальних потреб, вікових та психоемоційних, релігійних та національно-культурних особливостей, що відповідає сучасним міжнародним підходам і концепціям. Першочерговим завданням зі впровадження ефективної моделі паліативної допомоги в Україні є формування адекватної нормативно-правової бази з урахуванням мультидисциплінарного підходу, рекомендацій ВООЗ та досвіду провідних країн світу. Основою зазначених перетворень є, зокрема, прийняття «профільного» закону із чітким визначенням класифікації паліативної допомоги, медичної, фармацевтичної, соціальної складової паліативної допомоги, джерел, механізмів та обсягів її фінансування [2].

Література:

1. Права людини в галузі охорони здоров'я – 2013. Доповідь правозахисних організацій [Текст] / ред. А. О. Роханський. – Х.: Права людини, 2014. – 128 с.
2. Губський, Ю. І. Оптимізація медико-соціальної допомоги людям літнього віку в Україні шляхом розвитку служби паліативної та хоспісної допомоги [Текст] / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, В. В. Чайковська, О. М. Коллякова // Проблеми старения и долголетия. – 2010. – Т. 10, № 3. – С. 310.

ВАКЦИНАЦІЯ ПРОТИ ВІРУСУ ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ ЯК ОДИН З КЛЮЧОВИХ МОМЕНТІВ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Гойло Ю.Б.

студентка медичного факультету №1

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»

м. Чернівці, Україна

Актуальність. Рак шийки матки займає одне з провідних місць в структурі онкогінекологічних захворювань. За даними ВООЗ, щорічно в Європі від раку шийки матки помирає близько 30 тисяч жінок, а в Центральній Європі ризик смерті є в 10 разів вищим, ніж в Західній. Захворювання займає 3,8% у структурі загальної онкопатології. Останні дослідження показали високий кореляційний взаємозв'язок між інфікуванням вірусом папіломи людини та розвитком раку шийки матки.

Мета дослідження. Основною ціллю дослідження було провести ретроспективний аналіз літературних джерел та систематизувати дані про вплив вакцинації проти вірусу папіломи людини на ризик розвитку раку шийки матки, порівняти статистичну інформацію по захворюваності на дану патологію в Україні та деяких країнах Західної Європи.

Матеріали та методи. Було опрацьовано наукові літературні джерела з питань вакцинації проти вірусу папіломи людини та раку шийки матки за останні роки після введення її в широкий обіг.

Результати та обговорення. Факторами ризику виникнення раку шийки матки є: ранній початок статевого життя (до 16 років), часта зміна статевих партнерів, перенесені венеричні захворювання, рання перша вагітність, куріння, обтяжена спадковість. Перші три чинники є безпосередньо пов'язаними із наявністю в організмі вірусу папіломи людини.

Вірус папіломи людини, ВПЛ (Human papillomavirus, HPV) є ДНК-вмісним вірусом із родини Папіломавірусів (Papillomaviridae). Онкогенні штами вірусу, а

саме типи 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 та 82 є доведеними етіологічними чинниками розвитку цервікальної інтраепітеліальної неоплазії, яка, як відомо є передраковим станом. Вірус належить до групи захворювань, що передаються статевим шляхом. Під час рандомізованих клінічних досліджень протягом 2004-2008 років, що були опублікованими у 2012 році, було чітко доведено зв'язок раку шийки матки із інфікуванням вірусом папіломи людини – понад 96% випадків діагностованого захворювання мали зв'язок із вірусною інфекцією [1].

Первинна профілактика має на меті не допустити розвиток того чи іншого захворювання. В питаннях профілактики раку шийки матки, асоційованого з папіломавірусною інфекцією існує кілька шляхів її реалізації – використання механічних контрацептивів, санітарно-просвітницька робота та вакцинація проти збудника. Презервативи знижують ризик інфікування вірусом, проте не забезпечують належного захисту, адже існує імовірність пошкодження цілісності матеріалу. Санітарно-просвітницька робота покладається виключно на усвідомлення проблеми самим суб'єктом профілактики, тому теж не може гарантувати стовідсотковий захист.

З 2007 року у світі активно проводиться профілактика інфікування вірусом папіломи людини, особливо високо онкогенними штамми – 16 та 18. На ринку існують на даний момент дві вакцини – «Церварікс» та «Гардасіл». Перша є двокомпонентною та містить в собі антигенні епітопи типів вірусу папіломи людини 16 та 18. Інша є чотирьохкомпонентною та містить очищені рекомбінантні L-білки вірусів-онкогенів типу 16 та 18, а також не онкогенних типів 6 та 11. Цільовою групою для вакцинації є дівчатка, які не живуть статевим життям та жінки, що мали сексуальні контакти, проте не є інфікованими вірусом папіломи людини. Для відбору осіб, що підлягають вакцинації, необхідно детально обстежувати пацієнток на факт інфікування, адже вакцина є тільки профілактичною, а не лікувальною. Після вакцинації в організмі людини формується стійкий специфічний гуморальний імунітет [2]. Припускається, що імунітет формується щонайменше на 4-5 років після останньої дози вакцини. Ефективність вакцини «Гардасіл» наближається до 98-100%, що було

підтверджено великими клінічними дослідженнями на ВПЛ-неінфікованих особах. Вікова когорта, яка підлягає щепленню – це особи від 9 до 25 років. Проте, немає чітких фактів, які свідчили би про неефективність вакцинації після 25 років у неінфікованих жінок [3, 4].

Доповненням до вакцинації в питаннях первинної профілактики раку шийки матки є проведення скринінгових обстежень та виявлення груп ризику. Тест Папаніколау дозволяє достатньо точно визначити наявність атипових клітин у біологічному матеріалі та встановити глибину ураження при наявній цервікальній інтраепітеліальній неоплазії. Поєднання скринінгу та вакцинації дозволило країнам Європи знизити рівень захворюваності на рак шийки матки більш ніж удвічі.

Понад 80 країн світу внесли вакцинацію проти онкогенних штамів вірусу папіломи людини в календар рекомендованих профілактичних щеплень. За останні 10 років частота виникнення раку шийки матки в Західній Європі та США скоротилась на понад 60%. Плацебо-контрольовані клінічні дослідження показали, що вакцинація «Гардасіл» під час вагітності не мала негативного впливу на плід та жінку. Проте вибірка цих досліджень не була достатньо великою, тому на даному етапі не рекомендовано проводити щеплення в момент вагітності.

Україна, на жаль, не включила щеплення проти вірусу папіломи людини в перелік обов'язкових. Рівень захворюваності на рак шийки матки в Україні становить близько 15‰, в той час у Норвегії – 1,5‰, хоча до впровадження масової вакцинації рівень захворюваності там становив 6,5‰ [5].

Висновки. В ході аналізу інформації, отриманої з наукових джерел за останні роки, було чітко встановлено, що персистенція вірусу папіломи людини відіграє ключову роль у розвитку раку шийки матки. Можливості сучасного скринінгу та вакцинації дозволяють призупинити поширення даної онкопатології серед жінок. Це надзвичайно важливо, оскільки за останні роки пік інфікування вірусом папіломи людини припадає на вікову категорію від 18 до 26 років. Розвиток непластичного процесу у такому молодому віці є надзвичайно згубним для популяції в цілому.

Введення профілактичного щеплення в календар обов'язкових є пріоритетом для нашої країни. Не зважаючи на той факт, що вакцина є у вільному доступі на фармацевтичному ринку, вартість її досить велика, і не всі когорти населення можуть дозволити собі її придбання. Як відомо, по статистиці найбільш схильними до розвитку раку шийки матки є саме жінки низького соціального статусу. Масова вакцинація на рівні держави повинна призупинити поширення патології серед населення, що ми чітко можемо спостерігати на прикладі Європейських країн.

Література:

1. HPV Vaccine: A Shot of Cancer Prevention. Authors: Anne Schuchat, MD, RADM; Lauri E. Markowitz, MD; Mona Saraiya, MD.
2. Roden RB, Ling M, Wu TC (August 2004). «Vaccination to prevent and treat cervical cancer». Human pathology 35 (8).
3. «Information from FDA and CDC on Gardasil and its Safety». July 22, 2008.
4. Lowy DR, Schiller JT (May 2006). «Prophylactic human papillomavirus vaccines». The Journal of clinical investigation 116 (5).
5. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2018). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.

ВИВЧЕННЯ РАЦІОНАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ ЯК ФАКТОРУ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Гордієнко П. О.,

студент 1 медичного факультету

Кателевська Н. М.

канд. мед. наук, доцент кафедри гігієни та екології №1

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність. Наразі тема здорового способу життя є дуже актуальною та всіляко популяризується серед молоді. Харчування наряду із заняттями спортом є складовими щоденної поведінки, що формує здоров'я людини [1]. Правильне та раціональне харчування є одним з факторів профілактики захворювань серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, цукрового діабету, атеросклерозу, ожиріння тощо. Ці захворювання виникають частіше у людей старшого віку, але, на жаль, наразі спостерігається тенденція до “омолодження” цих патологій [1,2].

Під терміном “раціональне харчування” розуміють фізіологічне харчування здорових людей, яке відповідає їх статі, віку, роду діяльності, фізичній активності, кліматичним умовам проживання тощо.

Мета. Вивчити обізнаність, знання, уміння та навички студентів молодших курсів медичного університету в організації раціонального харчування.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження слугували результати опитування 56 студентів (серед них 38 дівчат та 18 хлопців) 1-3 курсів віком від 17-20 років (середній вік складав 18,7 років) Харківського національного медичного університету на предмет обізнаності, знань, умінь та навичок у організації раціонального харчування.

Результати дослідження. За даними анкетування 24 студентів (42,8%) у повсякденному житті додержуються правил раціонального харчування, 18

студентів (32,14%) не слідкують за своїм раціоном харчування, вживають фаст-фуд, надмірно жирну та солодку їжу, алкогольні напої частіше 3 разів на тиждень, 8 студентів (14,28%) нерегулярно харчуються, близько 1-2 рази на день, та 6 студентів (10,78%) вважають за правильним постійно додержуватися низькокалорійних дієт.

Серед основних причин, які пояснюють відсутність раціонального харчування серед студентів молодших курсів медичного університету виділяють: відсутність часу протягом робочого дня, “перехоплювання їжі на ходу” - 36 студентів (64,28%), власні вподобання при виборі їжі, які не відповідають нормам раціонального харчування — 2 студентів (3,575%), велике навчальне навантаження, стреси — 16 студентів (28,57%) та матеріальні труднощі — 2 студентів (3,575%).

Висновок. Отже, за результатами опитування студентів молодших курсів на предмет організації здорового раціонального харчування було встановлено, що більшість студентів не додержуються норм раціонального харчування, лише 42,8% активно слідкують за своїм раціоном та паралельно займаються спортом. Основними причинами, які заважають студентам додержуватися норм правильного харчування були відсутність часу протягом дня (64,28%) та велике навчальне навантаження (28,57%). Представлений вище аналіз харчової поведінки студентів може свідчити про те, що більшість студентів на поведінковому рівні не мають сформованої потреби та вмотивованості у додержанні здорового харчування, що є прогностично незадовільним фактором, який впливає на стан здоров'я студентської молоді в цілому.

Література:

1. Страхова, И. Б. (2015). Рациональное питание как фактор здорового образа жизни студенческой молодежи. *Интерэкспо Гео-Сибирь*, 6 (2), 168-172.
2. Орлова Анна Ильинична, & Шестаков Иван Валерьевич (2020). Актуальность здорового питания в образовательных учреждениях. *Colloquium-journal*, (4 (56)), 26-28. doi: 10.24411/2520-6990-2020-11348

ГІГІЄНИЧНЕ ВИХОВАННЯ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ ЯК МЕТОД ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

*Зайцева Є.М.,
доцент кафедри
Шапвалова Г.І., Вовченко Л.О.
асистенти кафедри
дитячої терапевтичної стоматології та
профілактики стоматологічних захворювань
Національного медичного університету
ім. О.О.Богомольця,
м. Київ, Україна,
Сидоренко В.І.,
завідувач відділення дитячої стоматології
6-ї філії комунального некомерційного
«Консультативно - діагностичного центру»
Святошинського району м.Києва*

Протягом останніх десятиріч в Україні спостерігається тенденція зростання рівня стоматологічних захворювань серед дитячого населення [1, с.156], [2, с.23], [3, с.24], [4, с.42], [5, с.23], [6, с.328], [7, с.42]. Показники розповсюдженості карієсу в різних регіонах країни досягають 80-90%, індекси КПВ у 12-річних дітей дорівнюють 4,5-6,0; захворювання тканин пародонту виявлено у 70% дітей та підлітків [8, с.54], [9, с.6], [10, с.224], [11, с.48], [12, с.474], [13, с.75]. Слід звернути увагу на значний рівень розвитку ускладнень каріозного процесу [14, с.24], [15, с.30], [16, с.51], [17, с.65], [18, с.44], [19, с.46], [20, с.22] та поширеності серед дітей захворювань слизової оболонки порожнини рота [21, с.64], [22, с.28], [23, с.8], [24, с.38]. Треба відмітити, що зростання розповсюдження карієсу та уражень пародонту у значній мірі обумовлене нераціональним вживання вуглеводів, порушенням процесу самоочищення та незадовільним рівнем гігієни порожнини рота [25, с.146].

Одним з найбільш ефективних і економічно виправданих методів профілактики стоматологічних захворювань є гігієна порожнини рота (ПР) [26,

с.350], [27, с.14]. Тому, вагоме місце у профілактиці стоматологічних захворювань посідає гігієнічне виховання дітей [28, с.58], [29, с.18].

У формуванні здорового способу життя можна виділити три основних напрямки: гігієнічне виховання, раціональне харчування, усунення шкідливих звичок. Гігієнічне виховання включає проведення санітарно-просвітницької роботи (СПР) та проведення навчання методам гігієни ПР.

Метою СПР є формування у населення переконань в необхідності здорового способу життя. СПР в організованих колективах та навчання дітей догляду за ПР є основою гігієнічного навчання. Гігієнічне навчання повинне включати демонстрацію навичок догляду за ПР у доступній формі відповідно до особливостей сприйняття матеріалу у різних вікових групах дітей. На першому етапі навчаються не тільки діти, але й їх батьки, вихователі, медичні працівники дитячих дошкільних закладів. Проводиться СПР у вигляді бесід, лекцій, гри, вікторин, уроків гігієни, тощо. Педагогам, вихователям необхідно продемонструвати раціональні методи гігієнічного догляду за ПР, ознайомити з сучасними засобами профілактики та навчити правильному їх застосуванню.

Вже протягом 30-ти років в Національному медичному університеті ім. О.О.Богомольця в рамках освітнього процесу активно реалізується програма СПР з профілактики стоматологічних захворювань, яка проводиться викладачами кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань та студентами стоматологічного факультету. Для впровадження гігієнічного виховання серед дитячого населення ефективно застосовується методика проведення уроків гігієни в закладах дошкільної освіти та серед учнів початкових шкіл м. Києва.

Тривалість уроків гігієни в дитячих садочках складає 15-20 хв.. Урок умовно поділяють на дві частини: теоретичну та практичну. Інформацію дітям в молодших та середніх групах доцільно надавати невеликими фрагментами у вигляді театралізованих вистав за участю казкових персонажів, які розповідають дітям про корисні та шкідливі звички та продукти харчування, необхідність застосування зубної щітки та пасти. В старших групах може бути

застосована форма гігієнічного навчання саме у вигляді урока гігієни. Інформація набуває більш предметний характер - про роль і призначення зубів, засоби гігієни, правила догляду за ПР. Форма донесення інформації повинна бути активною й містити елементи гри, змагань, вікторини.

На другому етапі гігієнічного виховання передбачається опанування дітьми стійких навичок з догляду за порожниною рота. Практичне навчання проводиться наочно на симуляційному фантомі щелеп, кожен рух щіткою дитина повторює разом зі студентом-стоматологом декілька разів «в дві руки». Студенти оцінюють якість зубних щіток та паст, що діти приносять з дому, надають батькам письмові рекомендації – листівки, брошури з правилами вибору засобів гігієни, методикою чистки зубів. Безпосередньо чищення зубів діти проводять біля дзеркала та раковини під контролем студентів та викладача. Дітей, які активно приймають участь протягом уроку гігієни варто відзначити призами та подарунками.

Результатом проведення уроків гігієни серед дітей 4-5 років є опанування ними основ гігієни ПР, засвоєння навичок застосування зубної щітки та пасти, формування відчуття необхідності догляду за порожниною рота. Багаторічний досвід проведення активних заходів з СПР в дитячих садках дозволяє констатувати, що діти після проведення 2-3 уроків гігієни, можуть чітко відповісти на питання про засоби гігієни ПР, шкідливі та корисні звички, мають стійкі мануальні навички щодо методики чистки зубів. Активний метод надання інформації дітям через уроки гігієни освітньої програми з профілактики стоматологічних захворювань є більш ефективним і дієвим порівняно з пасивним, де діти мають можливість тільки сприймати інформацію без зворотнього зв'язку зі спеціалістом - перегляд вдома тематичних мультфільмів, телевізійної реклами та отримання інформації з плакатів, санітарних бюлетнів під час відвідування поліклініки.

Висновки. Проведення уроків з основ гігієни ПР є одним з найбільш ефективних методів СПР серед дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.

Література:

1. Савичук О.В. Аналіз стану стоматологічної допомоги дитячому населенню в м. Києві. Современная стоматология. 2011; №2 : 156-158.

2. Beketova G., Savychuk O., Zaitseva E., Shapovalova H.. Complex treatment of chronic recurrent aphthous stomatitis (RAS) in children with diseases of the gastrointestinal tract. Problems and achievements of modern science : coll. of scien. papers «ΛΟΓΟΣ» with materials of the Intern. scien.-pract. conf., Cork, May 6, 2019. Cork:NGO «European Scientific Platform», 2019. V.1. p. 23-26.

3. Мозгова О.М. Лікування асоційованої форми рецидивуючого герпесу порожнини рота у дитини. Клінічне спостереження. Профілактична та дитяча стоматологія. 2015; №1: 24-27.

4. Мельников О.Ф., Шматко В.И., Шаповалова А.И., Ямпольская Е.Е. Гуморальные факторы врождённого иммунитета в смешанной слюне у детей с воспалительными заболеваниями ротоглотки». «Перспективні напрямки розвитку науки та техніки» : Зб. наук. мат. XVIII Між. наук.-практ. інтернет конференції el-conf.com.ua (Вінниця, 23 березня 2018 р.). С. 42-46.

5. Хоменко Л.О., Шаповалова Г.І. Глибоке фторування - метод профілактики карієсу зубів. Частина 1. Профілактична та дитяча стоматологія. 2012; №2(7) : 23-28.

6. Зайцева Є.М. Фагоцитарная активность нейтрофилов у больных с различными формами красного плоского лишая. Вісник стоматології. 1997; №3.:328 - 330.

7. Шаповалова Г.І. Хімічний склад емалі постійних зубів, які мешкають в регіонах з різним рівнем радіоактивного забруднення. Вісник стоматології. 1999; №4: 42-46.

8. Савичук Н.О., Савичук А.В. Профилактика и лечение начального кариеса зубов у детей. Therapia. Український медичний вісник. 2008;№12(32) : 53-56.

9. Хоменко Л.О., Шаповалова Г.І. Глибоке фторування - метод профілактики карієсу зубів. Огляд літератури. Частина 2. Дентин-герметизуючий ліквід. Профілактична та дитяча стоматологія. 2013; №1: 6-10.

10. Хоменко Л.О., Неспрядько В.П., Кононович О.Ф., Біденко Н.В., Василенко Г.І.. Стоматологічний статус дитячого населення, котрі проживають в умовах дії малих доз радіації. Вісник стоматології. 1995; №3: 223- 227.

11. Савичук О.В., Опанасенко О.О. Особливості лікування хронічного генералізованого катарального гінгівіту залежно від типу пародонтопатогенної мікрофлори. Профілактична та дитяча стоматологія. 2015; №2(13) : 46-51.

12. Хоменко Л.О., Біденко Н.В., Шаповалова Г.І. Стан зубів та пародонту у дітей, які мешкають на радіаційно забруднених територіях. Вісник стоматології. 1997; № 3: 473 - 474.

13. Савичук О. В., Опанасенко О.О., Вовченко Л.О., Шульга Т.І. Лікування хронічного катарального гінгівіту залежно від характеру пародонтопатогенної мікрофлори та стану щільності кісткової тканини міжзубних перетинок у дітей. Новини стоматології . 2016; №3:72-78.

14. Шаповалова Г.І., Наконечна О.М., Мельник О.М. Рентгендіагностика та рентгенологічний контроль якості лікування ускладненого карієсу в тимчасових молярах на різних етапах розвитку. Лучевая диагностика, лучевая терапия. 2015; №1-2 : 24 - 34.

15. Хоменко Л.О., Шаповалова Г.І., Наконечна О.М. Морфологія кореневої системи тимчасових зубів. Частина 1. Моляри верхньої щелепи. Профілактична та дитяча стоматологія. 2014; №2 (11): 30 - 36.

16. Shapovalova G.I., Zaitseva E.M., Nakonechna O.M. «Feature of Morfology of roots in the first temporal maxillary molars», XXII Міжн. наук.-практ. інтернет-конф. el-conf.com.ua "Осінні наукові читання» (Вінниця, 28 вересня 2018 р.). С. 51-56.

17. Шаповалова Г.І., Наконечна О.М. Рентгенологічні аспекти діагностики патологічної резорбції коренів тимчасових зубів у дітей. Лучевая диагностика, лучевая терапия. 2014; №3-4 : 62 - 70.

18. Хоменко Л.О., Шаповалова Г.І., Наконечна О.М. Морфологія кореневої системи тимчасових зубів. Частина 2. Моляри нижньої щелепи. Профілактична та дитяча стоматологія. 2015; №1(12) : 44 - 52.

19. Shapovalova G.I., Zaitseva E.M. et al. «Morfology of roots in the second temporal maxillary molars», XXIII Міжн.наук.-практ.інтер.-конф.el-conf.com.ua "Наукові записки сучасних вчених» (Вінниця, 26 жовтня 2018). Ч.4.С. 45-49.

20. Хоменко Л.О., Шаповалова Г.І., Наконечна О.М. Морфологія корене-

вої системи тимчасових зубів. Частина 3. Різці верхньої щелепи. Профілактична та дитяча стоматологія. 2015; №2(13): 18 - 25.

21. Savychuk O.V., Shapovalova G.I., Zaitseva E.M. Treatment of chronic aphthous relapsing stomatitis (RAS). «Інновації XXI століття» : 3б. наук. мат. XX Між. наук.-прак. інтерн.-конф.el-conf.com.ua (Вінниця, 25 травня 2018). С.64- 69.

22. Хоменко Л.О., Мозгова О.М. Сучасні особливості герпесвірусних уражень слизової оболонки порожнини рота у дітей за даними клініко-лабораторних досліджень. Профілактична та дитяча стоматологія. 2011; №2(5) : 27-32.

23. Savychuk O., Beketova G., Zaitseva E., Shapovalova G. Method of complex Treatment of Chronic Recurrent Aphthous Stomatitis. Педиатрия. Восточная Европа. 2019; Т. 7, № 1 : 8-16.

24. Савичук О.В., Зайцева Є.М., Немирович Ю.П., Бекетова Г.П. Лікування хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту. Современная стоматология. 2015; №2 : 37-39.

25. Шаповалова Г.І., Шматко В.І., Голубєва І.М., Зайцева Є.М. та ін. Комплексна профілактика захворювань твердих тканин зубів і пародонта у дітей, які підпали під дію радіації. Вісник стоматології. 2000; № 5: 146-147.

26. Легенчук О.В., Мозгова О.М., Волкова С.В.. Індивідуальні засоби для порожнини рота у дітей з гострими формами лейкемій. Вісник проблем біології і медицини. 2018; Вип. 4, Том 3 (141): 349 - 352.

27. Shapovalova G.I., Zaitseva E.M. Features of individual oral hygiene in adolescents. «Актуальні питання сучасної науки» (частина III) : мат. IV міжнародної науково-практичної конференції (Київ, 29 - 30 квітня 2018 р.). Київ: МЦНД, 2018. С. 12-14.

28. Education and upbringing of children is a prerequisite for the formation of a healthy lifestyle of the individual and the key to the formation of a healthy society / Zaitseva E., Shapovalova H., Vovchenko L. – Paradigms of the Modern Educational Process: Opportunities and Challenges for Society: Collective Scientific Monograph (1st edition). Chapter II. Social work as a tool for influencing society. Dallas, USA: Primedia eLaunch LLC, 2019; 57-67.

29. Вовченко Л.О. Проведення санітарно-просвітницької роботи в дитячих дошкільних та шкільних закладах. Профілактична та дитяча стоматологія. 2014; №1: 18-20.

Медичні науки

ЗНАЧЕННЯ АНКЕТНОГО МЕТОДУ В ОЦІНЦІ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ МОЛОДІ

Зелена М.І.,

асистент кафедри загальної гігієни з екологією

Львівський національний медичний

університет імені Данила Галицького

м. Львів, Україна

Сьогодні в Україні серед пріоритетних завдань постає проблема зміцнення здоров'я та попередження захворювань, що передбачає запровадження окремих підходів та шляхів стимулювання здорового способу життя. У сучасний період реформування системи охорони здоров'я України первинна профілактика, що базується на формуванні потреби у здоровому способі життя, підвищенні відповідальності кожної людини, особливо молоді, за своє здоров'я та усуненні дії факторів ризику здоров'я, є надзвичайно актуальною.

Сучасна молодь є досить специфічною соціально-демографічною групою населення, для якої характерно підвищення рівня розумового навантаження та психоемоційного стресу під час навчання, зміна способу життя та соціальних відносин, схильність до ризикової поведінки та шкідливих звичок. Наукові дослідження стверджують, що соціальні негаразди та економічна криза негативно позначилися на здоров'ї молоді, яке останнім часом характеризується зростанням у них серцево-судинних захворювань, захворювань органів дихання, травлення, опорно-рухового апарату [1, с.5].

Згідно з програмою ВООЗ „Основи політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні на ХХІ ст.”, одним із важливих завдань є формування здорового способу життя. До чинників нездорового способу життя відносять:

незбалансоване харчування, недостатня фізична активність, паління, зловживання алкоголем, наркотичними речовинами, гаджетами, безвідповідальне статеве життя тощо [2, с.69-70]. З метою суб'єктивної самооцінки здоров'я та оцінки здорового способу життя серед молоді науковці широко застосовують анкетний метод дослідження. Анкетне опитування є найпоширенішим масовим методом збору інформації за допомогою професійно розроблених опитувальників (анкет). Респонденти самостійно заповнюють анкету за зазначеними у ній питаннями, у подальшому отриманий матеріал піддається статистичній обробці й аналізу. Анкетування студентів зручно проводити під час навчання у навчальних закладах, або у їх вільний час. Анкету доцільно розбити на загальні та додаткові блоки запитань з різних складових здорового способу життя (залежно від мети дослідження), які включають кількісні та якісні оціночні твердження. Крім того вона повинна відповідати певним вимогам: 1) валідність (міра відповідності запитання анкети показнику, що вивчається), 2) стислість (анкетування не повинно тривати більше 30-40 хвилин), 3) однозначність (однакове розуміння респондентами змісту запитання), 4) наявність варіантів відповідей, 5) простота, зрозумілість, чіткість та лаконічність запитань, 6) інформування респондента (інформована згода з підписом) про мету дослідження, умови анонімності опитування, використання одержаних результатів та їх значення, правила заповнення анкети та пояснення.

Основні переваги анкетного методу при оцінці ЗСЖ: 1. Повна анонімність. На цілий ряд "критичних" питань респонденти можуть надавати відверті відповіді. Це стосується, насамперед, питань про наявність шкідливих звичок. 2. Вивчення великої вибірки респондентів (анкетування дозволяє охоплювати цілі факультети, курси, інститути). 3. Організаційна простота та економічність дослідження. 4. Легка статистична обробка отриманих даних. 5. Максимальне охоплення. До недоліків відносяться: залежність якості отриманої інформації від сприйняття тексту анкети респондентом, його уважності і бажання відповідати на конкретні питання.

Отже, анкетування залишається єдиним доступним і інформативним методом (поруч з лабораторними та інструментальними методами дослідження)

отримання інформації щодо дотримання молоддю здорового способу життя, їхнього ставлення до збереження здоров'я і профілактики неінфекційних захворювань. Масове анкетування молоді дозволить оцінити їх спосіб життя під час навчання для пропаганди здорового способу життя в майбутньому.

Література:

1. Обізнаність та усвідомлення студентською молоддю загрози для здоров'я факторів ризику неінфекційних захворювань – стан проблеми / А.М. Сердюк, М.П. Гуліч, О.Д. Петренко та ін. // Медичні перспективи. - 2019. Т. 24, № 1. - С. 4-14.

2. Кошманюк М.В. Особливості формування здорового способу життя студентів в умовах вищого навчального закладу / Науковий вісник ужгородського національного університету // М.В. Кошманюк. – В.30. – С. 69-73.

УДК 613.8

Медичні науки

ФІЗІОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ ПЕРШОКУРСНИКІВ, ЯК ІНФОРМАТИВНИЙ ПОКАЗНИК ЇХ ЗДОРОВ'Я

Ковалів М.О.,

асистент кафедри загальної гігієни з екологією

Юрченко С.Т.,

доцент кафедри загальної гігієни з екологією

Львівський національний медичний університет

імені Данила Галицького

м. Львів, Україна

Провідним завданням сучасної профілактичної медицини слід вважати забезпечення ефективного перебігу адаптаційного процесу організму людини до нового середовища життєдіяльності за постійно змінних умов довкілля та соціуму [1, с. 25]. Адаптація студентів-першокурсників до нових умов навчального процесу формується одночасно на декількох рівнях, серед яких саме фізіологічна адаптація дозволяє підтримати гомеостаз і зберегти здоров'я. Залежно від сили та тривалості дії стресорів адаптація проходить декілька послідовних етапів:

термінової адаптації, її формування, сформованої довготривалої адаптації, а у разі екстремальних вимог до організму – етап виснаження (зриву адаптації, декомпенсації) [2, с. 70]. Гостра адаптація характеризується зниженою працездатністю, найбільш виразними і неузгодженими змінами фізіологічних і поведінкових реакцій. Тривалість її залежить від віку, статі, соціального статусу й освітнього рівня, мотивації до навчання, психофункціональних ознак особи (типу нервової системи, емоційної стійкості, тренуваності), стану здоров'я. На етапі формування адаптації психологічний стан стабілізується, фізіологічні зміни слабшають і реєструються за окремими показниками, проте опірність залишається зниженою. Хронічні захворювання пролонгують цю фазу. Наступний етап формування адаптації супроводжується високою працездатністю, позитивними і узгодженими змінами функціонального стану і поведінки. У деяких студентів адаптація не настає навіть в кінці I курсу, цим студентам властиві низька успішність, психологічна вразливість, неадекватна поведінка. Подовжують адаптацію надмірні навантаження, гіподинамія, низька мотивація до навчання, негативні побутові чинники [2, с. 70; 3, с. 45].

Невідповідність умов і вимог навчального процесу функціональним можливостям підліткового й юнацького організму спричиняє перенапруження механізмів фізіологічної адаптації, її зрив, виникнення морфофункціональних зрушень, змін соматичного і психічного здоров'я [4, с. 49; 5, с. 89]. Водночас здатність організму, який завершує біологічне дозрівання, адаптуватися до нових умов служить важливим критерієм оцінки і прогнозування здоров'я, а вивчення закономірностей формування адаптації дозволяє виявляти групи ризику незадовільної адаптації, здійснювати профілактику і корекцію негативних впливів на організм [6, с. 55; 7, с. 80].

До чутливих критеріїв фізіологічної адаптації належать динаміка показників і ступінь напруження центральної нервової й серцево-судинної систем, ендокринної, імунної систем, неспецифічної резистентності, розумової працездатності, уваги, пам'яті, психоемоційної сфери [6, с. 55; 7, с. 80], динаміка антропометричних показників [8, с. 40].

За змінами окремих психофізіологічних характеристик та особистісних рис у процесі навчання розрізняють 5 основних типів студентів: стабільний, висхідний, спадний і параболоподібні з пріоритетним розвитком функцій на початку і в кінці навчання. Відсутність однотипних за змістом і характером зрушень психофізіологічних показників вказує на напруженість процесів психічної, психофізіологічної та соціально-психологічної адаптації студентів і зумовлює необхідність пошуку ефективних заходів її покращання. До них належать корекція основних елементів режиму дня і рухового режиму, широке застосування традиційних і нетрадиційних форм і методів фізичної культури, використання засобів сімейної, групової й індивідуальної психокорекції ФС, упорядкування харчування і житлово-побутових умов, урахування психолого-педагогічних особливостей адаптації студентів [9, с. 121].

Універсальним адаптогеном, який забезпечує неспецифічну адаптацію до різноманітних екзо- й ендогенних чинників, сприяє нормальному росту й розвитку організму, вважають нормовану й оптимально організовану рухову активність [10, с. 58]. Для студентів-медиків запропоновані технології підвищення мотивації до рухової активності з урахуванням особистої зацікавленості студента і професіограми майбутньої спеціальності. Зазначена необхідність створення при вищих навчальних закладах центрів здоров'я, які забезпечать організацію моніторингу рівнів здоров'я і ступеня адаптації, розроблення профілактичних та оздоровчо-лікувальних заходів і психологічної підтримки, запровадження комплексних навчальних програм з питань збереження та зміцнення здоров'я студентів [11, с. 19].

Отже, перебіг фізіологічної адаптації студентів, як інформативний показник їх здоров'я, має індивідуальний характер і визначається особливостями вегетативних і психофізіологічних реакцій на комплексний вплив соціально-психологічних і медико-біологічних чинників.

Література:

1. Сергета І.В., Александрова О.Є., Теклюк Р.В., Мостова О.П., Стоян Н.В., Дунець І.Л. Методика комплексної бальної оцінки рівня психофізіологічної і

психічної адаптації учнів старших класів і студентів. *Довкілля та здоров'я*. 2013. 2, 25-29.

2. Глазков Е.О. Нарушения адаптации студентов до учебной деятельности у высшего учебного заведения. *Таврический медико-биологический вестник*. 2012. 15, 3, 70-72.

3. Лебединець Н.В., Омельчук О.В., Рогова П.С., Сівер Н.М. Працездатність студентів-першокурсників як показник адаптації до навчання у різні зміни. *Довкілля і здоров'я*. 2015. 1, 45-49.

4. Агаджанян Н.А., Миннибаев Т.Ш., Северин А.Е. Изучение образа жизни, состояния здоровья и успеваемости студентов при интенсификации образовательного процесса. *Гигиена и санитария*. 2005. 3, 48-52.

5. Чень І.Б. Оцінка адаптаційних можливостей організму на основі показників варіаційного аналізу ритмів серця. *Наук. часопис Нац. пед. ун-ту ім. М.П. Драгоманова. Серія 20. Біологія*. 2013. 5, 89-93.

6. Спицин А.П. Оценка адаптации студентов младших курсов к учебной деятельности. *Гигиена и санитария*. 2007. 2, 54-56.

7. Карпенко Ю.Д. Особенности функционального состояния организма студентов в условиях экзаменационного стресса. *Гигиена и санитария*. 2010. 1, 78-80.

8. Салук І. Диференційований підхід до використання навантажень у фізичному вихованні студентів молодших курсів вищого технічного навчального закладу. *Молода спортивна наука України : зб. наук. праць з галузі фізичної культури та спорту*. 2007. 11, 1, 37-44.

9. Мороз В.М., Сергета І.В. Проблеми корекції функціонального стану організму дітей, підлітків та молоді з хронічними соматичними захворюваннями: психофізіологічні та психогігієнічні аспекти (огляд літератури та власних досліджень). *Журнал АМН України*. 2003. 9, 1, 105-122.

10. Геворкян Э.С., Адамян Ц.И., Минасян С.М. Влияние физической нагрузки на кардиогемодинамические показатели студентов. *Гигиена и санитария*. 2008. 3, 56-59.

11. Кожевникова Н.Г. Научные основы разработки технологий оздоровления студентов медицинского вуза с учетом профиля обучения : автореф. дис. на соискание уч. степени д-ра мед. наук : 14.02.01 "Гигиена". М., 2012. 22 с.

ВПЛИВ ПСИХОЛОГІЇ МАТЕРИНСТВА ЯК ГАЛУЗІ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЇ НА ЕМОЦІЙНИЙ ФОН ПЛОДА

Кондратова А.С., Матвійчук С.М.

студентки 4 курсу

Печеряга С.В.

к.мед.наук, асистент кафедри

акушерства, гінекології та перинатології

ВДНЗ України «Буковинський державний

медичний університет»,

м. Чернівці

На сьогоднішній день підготовка до вагітності стала невід’ємною частиною свідомих людей. Проте, окрім турботи про соматичний стан своєї майбутньої дитини, майбутні батьки дуже часто забувають про розвиток психологічного стану плода, що починається ще задовго до самої вагітності – від підготовки батьків до вагітності до безпосереднього процесу сепарації дитини від матері. А саме – до кінця першого року життя. Деякі вчені переконують в подовженні цього процесу до трьох років життя дитини.

Саме для забезпечення повноцінного розвитку дитини, з погляду науки, слід приділити увагу перинатальній психології — порівняно молодій галузі, що займається вивченням діади «матір—дитина» в період планування вагітності та на антенатальному, інтранатальному і неонатальному етапах. Досліджує обставини й закономірності розвитку психіки дитини і вплив цих факторів на подальше життя.

Формування діади «мати-дитина » починається з того періоду, коли пара вирішує, що хоче створити ще одного члена суспільства, коли з’являється «ідея дитини», роль якої є важливою в першу чергу для сім’ї. «У дитини має бути своє місце в нашому житті, тому що від образу цього місця — від уявлення батьків про дитину і свою взаємодію з нею — залежатиме, якою вона стане. Тому коли ми працюємо з майбутніми батьками, ми разом із ними готуємо це місце. І це вже початок діадичних стосунків. Є мама, є місце її малюка, і з цим уже можна щось робити» (Г. Філіппова) [1,ст.192]

На жаль, темпи сьогоденного життя є далекими від ідеальних, тому багато жінок – майбутніх матерів втрачають закладену природою «концепцію материнства». Через прагнення до незалежності, самостійності та кар'єрного зростання стають «соціально маскулінізовані». Саме ця проблема і усвідомлення того, що жінка є головним суб'єктом цієї діади, стала поштовхом до створення нового напрямку перинатальної психології – психології материнства.

Антрополог М.Мід (1988) [3, ст.98] довів, що материнська дбайливість і прив'язаність до дитини закладені глибоко в біології зачаття, виношування і годування грудьми, але важкі соціальні чинники пригнічують їх. Успішна адаптація до вагітності є запорукою адаптації до материнства. Це задоволення соціальною роллю, материнська компетентність, відсутність проблем у взаємодії з дитиною і її добрий розвиток. Спостерігаючи за жінкою в період вагітності, відмічають поступові зміни її психологічного стану та реакції на майбутню дитину. Природа робить все можливе, щоб «залучити» жінку до материнства або ж виробити в ній «материнський інстинкт». Відповідно до терміну вагітності, перинатальна психологія виділяє наступні етапи психологічного стану жінки: 1) До появи рухів плоду – відчуття материнства проявляється у 50% вагітних, інша половина жінок або досі не усвідомлюють свого стану або ж під впливом гормонів можуть ставати агресивні, збуджені, плаксиві тощо; 2) Поява рухів плоду; 3) Передродовий період («пігмаліонізації») – коли вагітна відчуває безмежну любов до власного творіння.

Залежно від емоційного стану жінки на період вагітності відбувається формування внутрішнього стану плода, його комфорт, емоційний та психологічний фон. Вже з 17 тижня внутрішньоутробного розвитку в плоді виділяються ендорфіни (гормони задоволення), з 22-ого тижня відчуваються рухові та емоційно виразні реакції дитини на позитивні і негативні подразники. З 26-ого тижня плід проявляє основні емоції – радість, гнів, страх. Новонароджена дитина наділена набагато більшою кількістю інформації, що було непередбачуваним донедавна.

Т.Верну (1981,1987) виділив три основні шляхи взаємодії матері та дитини:

-Гуморальний

-Поведінковий

-Психологічний

Гуморальний включає в себе передачу через плаценту та навколоплідні води катехоламінів, ендорфінів. Поведінковий проявляється тим, що дитина відчуває поведінку матері і своїми рухами дає зрозуміти, подобається їй це чи ні. Психологічний шлях спрямований на те, що дитина, відчуваючи емоції матері, починає накопичувати свій життєвий досвід ще внутрішньоутробно, запам'ятовуючи найбільш яскраві моменти в житті і утримуючи їх в пам'яті. Після народження ці образи відображаються в думках, поведінці та емоційних проявах дитини.

Г.Г.Філіпова (2002) [1,ст.294] виділила 6 стилів переживання вагітності:

1.Адекватний

2.Тривожний

3.Ейфоричний

4.Ігноруючий

5.Амбівалентний

6. Відкидаючий

К.Хорні [2, ст. 71] вважав, що ці стилі створені на базі потреби плоду в безпеці та необхідності її задоволення, що забезпечується матір'ю. Базовій безпеці протистоїть базова тривога, з якою не завжди може справитись матір. В результаті материнської поведінки (відповідно, ігноруючої, адекватної і т. д.) на ці потреби формується індивідуальна стратегія розвитку особистості

Отже, вплив концепції материнства на плід є підґрунтям того, що в дитини формується базове відношення до світу та усвідомлення своєї ролі в ньому. Комплексний підхід до серйозності планування та виношування вагітності з точки зору перинатальної психології є запорукою благополучного розвитку цілісної особистості.

Література:

1. Г.Г. Філіпова / Психологія материнства: Навч. посібник — М.: Москва, 2002.

2. К.Хорні / Жіноча психологія : Шедеври світової науки – 1993.

3. М. Мід / Культура і світ дитинства – 1983.

УДК 616.1

Медичні науки

ШЛЯХИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ГІПЕРТОНІЧНОГО КРИЗУ

Кругла Т.О.,

викладач

Нікопольського медичного коледжу

м. Нікополь, Україна

Незважаючи на значні досягнення медицини в області кардіології, проблема гіпертонічних кризів (ГК) залишається актуальною, так як вони є однією з основних причин інсультів, інфаркта міокарда, аритмій, серцевої недостатності тощо [1, с. 37]. Вони зустрічаються часто (у 25–40 % випадків) і є небезпечними при артеріальній гіпертензії. Незважаючи на те, що діагностика гіпертонічних кризів проводиться легко і цьому питанню присвячена величезна кількість науково-практичних робіт, смертність при розвитку гіпертонічних кризів у хворих на гіпертонічну хворобу залишається значною. Відомо, що смертність при гіпертонічних кризах в Україні серед усіх країн Європи залишається найбільш високою [2, с.19]. З року в рік кількість людей з підвищеним рівнем артеріального тиску (АТ) продовжує зростати [3, с. 68].

Відомо, що гіпертонічний криз як прояв (ускладнення) артеріальної гіпертензії відмічається приблизно в 1% людей, що страждають на гіпертонічну хворобу [4, с.56-57]. Практика показує, що дуже часто будь-яке підвищення артеріального тиску лікарі розглядають як гіпертонічний криз, що не завжди виправдане. У той же час, гіпертонічний криз, являючись невідкладним станом, може стати джерелом ускладнень, які по своїй значущості та ургентності переважають його [5, с. 71].

Гіпертонічний криз - це стан, при якому відзначається виражене підвищення АТ, що супроводжується появою або збільшенням клінічних

симптомів і потребує швидкого контрольованого зниження АТ для попередження ушкодження органів-мішеней [6, с.98].

Головною особливістю кризи є підвищення АТ, звичайно систолічного — на 20–100 мм рт. ст., діастолічного — на 10–50 мм рт. ст. Деякі експерти пропонують діагностичним критерієм установити рівень АТ 210/120 мм рт. ст. Однак прямої залежності між рівнем АТ і тяжкістю кризи визначити не вдається. Очевидно, що для формування клінічної картини кризи, крім провідного фактора — підвищення АТ, мають не менше значення й інші патогенетичні механізми: ступінь порушення мозкового, коронарного і ниркового кровообігу, водно-електролітного обміну, розвитку набряку мозку тощо [7, с. 206].

На теперішній час не існує стандартизованих показників щодо поширеності гіпертонічного кризу в Україні та інших країнах світу. Вважають, що приблизно у 1–2 % хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) перебіг захворювання супроводжується гострим підвищенням АТ з симптомами ГК [8, с. 45-46]. На мій погляд, більш важливим є той факт, що за даними станцій швидкої допомоги деяких великих міст України частота звертання хворих з ГК за останні 10 років значно зменшилася. В першу чергу це пов'язано з тим, що на сьогоднішній день ми маємо більш ефективні медикаментозні засоби для контролю АТ, а також більша частка хворих на АГ постійно приймає терапію [9, с.156].

За даними багатьох досліджень, з віком поширеність АГ збільшується і досягає в осіб старше 65 років 50-65%. Причому, в літньому віці більше поширена ізольована систолічна АГ, яка в осіб молодше 50 років зустрічається менш ніж у 5% випадків. До 50-літнього віку АГ частіше буває у чоловіків, а після 50 років – у жінок. З віком збільшується також число хворих, що приймають гіпотензивні препарати.

В останні 5–10 років спостерігається тенденція до більш важкого перебігу АГ, що переважно проявляється зростанням частоти ускладнень, у першу чергу – цереброваскулярних (інсультів) [10, с.89].

Сприятливим фактором у виникненні гіпертонічного кризу може стати: чоловіча стать, негроїдна раса, тютюнопаління, приймання пероральних

контрацептивів і низький соціально-економічний статус. Кризам сприяють вживання пігулок для схуднення, засобів від простуди, НПЗП, кокаїну, трициклічних антидепресантів.

Поділ кризів за клінікою розвитку запропонував Н. Ратнер. Дана класифікація використовувалася у нашій країні протягом багатьох років. ГК першого типу характеризується швидким початком (кілька годин), вираженими вегетативними порушеннями (головний біль, тремтіння в тілі, серцебиття, відчуття припливів, жару, охолодження кінцівок, сухість у роті, загальне психомоторне порушення, прискорене сечовипускання та ін.).

Кризи другого типу характеризуються повільним розвитком (десятки годин або кілька діб), на фоні довгостроково існуючої АГ з вираженою симптоматикою набряку мозку, затримкою рідини, явищами зростаючого периферичного вазоспазму, прогресування серцевої недостатності [11, с.59-70]. Безумовно, всі зазначені стани можуть бути присутніми у конкретного пацієнта в різних комбінаціях і зливатися в єдиний симптомокомплекс.

Найкращим шляхом попередження гіпертонічного кризу і уникнення важких гіпертензивних ускладнень є обізнаність пацієнтів щодо артеріальної гіпертензії та ефективна взаємодія з лікарем.

Реальними засобами, які допомагають контролювати гіпертензію, є:

- регулярне застосування підібраної лікарем антигіпертензивної терапії;
- відмова від куріння та зловживання алкоголем;
- правильне харчування, зокрема - обмеження вживання харчової солі до 5 г/добу;
- зменшення ваги у разі надлишкової ваги або ожиріння;
- регулярні аеробні фізичні навантаження.

Пацієнтам також варто самостійно контролювати артеріальний тиск, що допоможе вчасно виявити його незначне зростання, звернутись до лікаря по корекцію лікування та запобігти значній дестабілізації й розвитку гіпертонічного кризу.

Вторинна профілактика захворювання передбачає регулярне приймання антигіпертензивних препаратів упродовж усього терміну підвищення АТ, що

призводить до зниження смертності від мозкового інсульту на 40–45 % і смертності від ІМ на 15–20 %. Ці переконливі дані свідчать про необхідність проведення профілактики гіпертонічної хвороби серед населення.

Висновок.

Підсумовуючи вищенаведене, хотілося б ще раз нагадати, що профілактика являється значно дешевшим способом лікування ускладнень. Головним заходом, спрямованим на профілактику гіпертензивних кризів, залишається своєчасна діагностика і лікування артеріальної гіпертензії. Лікар повинен пояснити пацієнту необхідність регулярного прийому антигіпертензивних препаратів і режим контролю за їх ефективністю. Слід наголосити, що при правильно підібраній терапії хронічної артеріальної гіпертензії кризи не виникають.

Література:

1. Коваленко В. М. Настанова з кардіології / В. М. Коваленко. – К. : МОРІОН, 2009. – 1368 с.
2. Багрий А.Э., Дядык А.И., Жуков К.В., Приколата О.А. Подходы к лечению больных с гипертензивными кризами, осложненными отеком легких // Артериальная гипертензия. — 2008. — № 1. — С. 42-47.
3. Лилеева Е. Г. Фармакоэпидемиологическое исследование лечения и профилактики гипертонических кризов на догоспитальном этапе / Е. Г. Лилеева, А. Л. Хохлов // Качеств. клин. практика. – 2006, № 1. – С. 46–50.
4. Арабидзе Г. Г., Арабидзе Г. Р. Гипотензивная терапия// Кардиология. – 1997. – № 8. – С. 88–95.
5. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. Посібник по Національній програмі профілактики та лікування артеріальної гіпертензії: 2004; 43-52.
6. Долженко Н.М. Гипертонические кризы: современные принципы терапии // Острые неотложные состояния в практике врача. — 2007. — № 5. — С. 19-21.
7. Коваленко В.Н., Свищенко Е.П., Безродная Л.В. Лекарственное лечение артериальной гипертензии. — К.: Медкнига, 2008. — 144 с.

8. Сіренко Ю. М. Артеріальна гіпертензія. – К.: Моріон, 2002.
9. Кардиология: Национальное руководство / Под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 1232 с.
10. Нетяженко В.З., Барна О.М. Лікування пацієнтів з інфарктом міокарда з підйомом сегмента ST (Рекомендації Американської колегії кардіологів та Американської асоціації серця: перегляд існуючих рекомендацій 1999 року) // Мистецтво лікування. — 2004. — № 9 (015). — С. 8-14.
11. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. — К., 2008. — 69 с.
12. Стан здоров'я населення України та забезпечення надання медичної допомоги. Посібник під. ред. Гайдаєва Ю.А., Коваленка В.М., Корнацького В.М.:2005; 97 с.
13. Сидоренко Б. А., Преображенский Д. В., Носенко Н. С. Гипертензивные кризы: классификация и современное лечение// Кардиология. – 2002. – № 2. – С. 88–94.

УДК 612.6

Медичні науки

ЗНАЧЕННЯ ПОЕТАПНОГО СТАТЕВОГО ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ЯК ОСНОВА ФОРМУВАННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ

*Матвійчук С. М., Кондратова А. С.
студентки 4 курсу медичного факультету №1
Печеряга С. В.*

*к.мед.наук, асистент кафедри
акушерства, гінекології та перинатології
ВДНЗ України «Буковинський державний
медичний університет»,
м. Чернівці*

Батьки намагаючись підготувати дитину до дорослого життя часто забувають про такий аспект, як статеве виховання, хоча саме сексуальне життя

посідає важливе місце в «правильному дорослішанні». Адже сексуальність і її прояви – це та сфера життя, де помилки можуть завдати непоправної шкоди репродуктивному та психологічному здоров'ю дитини, сплутати її життєві плани, призвести до розчарування і підірвати віру в себе. Звісно, батьки і діти обговорюючи делікатні теми відчують психологічний дискомфорт, бентежаться та ніяковіють, але варто пам'ятати, що ігнорування даних питань дозволяє дитині сформуванню уявлення про статеві стосунки під впливом інформації, що надходить ззовні (друзі, соціальні мережі, Інтернет) і найчастіше є невірною. Мішель Сідібе сказав: «Ми маємо зробити вибір: залишити дітей у пошуку власного шляху крізь туман неповної та спотвореної інформації, а часом відвертої експлуатації з боку медіа, Інтернету, однолітків та несумлінних дорослих, або відповісти на виклик і забезпечити чітке, інформативне, науково обґрунтоване статеве виховання, що ґрунтується на універсальних цінностях та повазі до прав людини» [1, ст. 172].

При розмові з дітьми важливо враховувати їх вікові та психологічні особливості. Тому, прийнято поділяти статеве виховання на етапи, які відображають залежність психологічної та вікової перебудови організму. Перший етап (від 2 до 7 років) характеризується початковим пізнанням власного тіла, великою кількістю запитань про відмінності між хлопчиками та дівчатками, про свою появу на світ і т. д. [1, ст. 200] Саме на цьому етапі важливо давати правильні та ґрунтовні відповіді дітям, що стане надійним фундаментом подальшого контакту із ними. Другий етап (8 – 11 років) є певною підготовкою до підліткового віку і потребує уточнень та конкретизації інформації отриманої дитиною в першому етапі. Особливу увагу приділяють в цей період дівчаткам, адже, щоб уникнути психологічної травми їм потрібно ще до настання менархе розповісти про зміни, які відбудуться в їх організмі. Наступний щабель у статевому вихованні (11- 13 років) – переломний, адже саме в цей період розпочинається активне пізнання протилежної статі, з'являються перші симпатії або й стосунки (враховуючи процеси акселерації сучасних дітей). Тут важливо говорити про, фізіологію людини, її почуття, а також про власне статеві відносини та їх правові наслідки. Четвертий (з 14 до 18 років) етап дозволяє зміцнити та

укріпити фізіологічні та соціально- побутові ролі чоловіка та жінки. В цей період можна говорити про статеву зрілість, перші інтимні контакти, материнство, шлюб ітд. Іноді виділяють і п'ятий етап (з 19 років), коли уже відбулося становлення статево зрілої особистості, часто і створення сім'ї, але не варто забувати, що і в цей період люди потребують порад та допомоги. Представлена вище етапність дозволяє у статевому вихованні правильно встановити зв'язок «батьки – дитина», «педагог – дитина» [2, ст.3].

У розмовах з дітьми не залежно від віку необхідно говорити правду, називати статеві органи правильно (не заміняючи їх назвами предметів, рослин і т.д.), не боятися і не соромитися пояснювати інформацію, яка їх цікавить, обирати правильний час і місце для таких бесід, проявляти повагу та розуміння до своєї дитини. Тематикою розмов з підлітками обов'язково має бути роз'яснення про менструацію, ерекцію, полюції, а також одностатеві відносини, проституцію, хвороби, які передаються статевим шляхом та засоби контрацепції [4, ст.286].

Отже, вчасне, поетапне та змістовне статеве виховання дітей та підлітків дозволяє сформувати не лише їх індивідуальне благополуччя, але й репродуктивне здоров'я нації. Метою правильного статевого виховання є прищеплення толерантності до однолітків, розуміння дитиною власного тіла та його потреб, закладення культури гармонійних стосунків з протилежною статтю та в перспективі міцний шлюб. Батьки повинні пам'ятати, що статеве виховання часто стає «подушкою безпеки» для їхніх дітей у сексуальній сфері і дозволяє уникнути психологічних травм, раннього батьківства, розчарування в собі, протилежній статі і т.д.

Література:

1. Августин Ю. Сексуальна інтеграція: путівник для пізнання і формування власної сексуальності/ Пер. з пол. З. Городенчук. – Львів, Свічадо, 2012. – 200 с.
2. Стан та чинники здоров'я українських підлітків: моногр. / О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, О.Р. Артюх та ін.; наук. Ред.. О.М. Балакірева. – К.: ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц.. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: «К.І.С.», 2011. – 172 с.

3. Статеве виховання: сім'я і школа. Як налагодити партнерство. Благодійний фонд «Здоров'я жінки і планування сім'ї», Київ, 2012. – 3 с.

4. Школа для батьків / Бондаровська В., Бабенко О., Возіянова О. та ін. – ПП «Заценко» – К.: 2006. – С. 286

УДК 615

Медичні науки

ТОКСИКОЛОГІЧНА ОЦІНКА ВПЛИВУ АНТРАЛЮ НА МОДЕЛЬНУ ТЕСТ-СИСТЕМУ СПЕРМІЇВ БУГАЇВ

Матисік С.І.

*асистент кафедри загальної гігієни з екологією
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького
м. Львів, Україна*

При вирішенні питань гігієнічного регламентування передбачено проведення токсикологічних досліджень з використанням модельних організмів та культур клітин [1, с. 46; 2, с. 50], зокрема сперміїв бугая, яким характерна висока чутливість до токсичних речовин [3, с. 414]. Інтерпретація отриманої в таких дослідах інформації про специфічний вплив хімічної речовини на певні ланки метаболізму сперміїв бугаїв була застосована нами для оцінки цитотоксичної дії гепатопротектора антралю, що має істотне використання у терапевтичній практиці [4, с. 363].

Прояви цитотоксичної дії антралю вивчали за тривалістю виживання сперміїв та інтенсивністю окисних процесів у спермі бугаїв. У дослідженнях використовували свіжоотримані еякуляти бугаїв: об'єм 45 мл, концентрація сперміїв $0,7-0,9 \times 10^9$ клітин/мл, кількість живих статевих клітин – 70-85%. Для з'ясування впливу антралю проби сперми ділили на контрольну, розріджену фосфатно-сольовим буфером (ФСБ), і дослідні, із додаванням у ФСБ антралю у дозах $1/500 LD_{50}$ і $1/100 LD_{50}$. Визначали виживання сперміїв (год), дихальну активність (полярографічно) й відновну активність (потенціометрично). Статистично достовірними приймали розбіжності за умови $p < 0,05$.

Препарат у дозі 1/500 LD₅₀ зменшує споживання кисню на 58,9% (p<0,01) й відновну активність на 66,7% (p<0,001) порівняно з контролем. При цьому пригнічення окисних процесів у спермі не вплинуло на виживання сперміїв, яке становило 102,0±9,95 год і не відрізнялося від контрольних показників. За умов впливу антрацію у дозі 1/100 LD₅₀ виявлено зниження інтенсивності дихання (на 68,5%; p<0,01) й відновної активності (54,6 %; p<0,01), а також виживання статевих клітин (на 27,2%; p<0,01).

Отже, 1/500 LD₅₀ антрацію гальмує дихальну і відновну активності сперми та є, ймовірно, пороговою, оскільки збільшення дози до 1/100 LD₅₀ не спричиняє більш істотного зниження окисних процесів у спермі бугаїв. Поряд з вказаним, надлишок фармакологічного препарату (1/100 LD₅₀), очевидно, гальмує альтернативні шляхи використання субстрату і утворення макроергічних сполук та впливає на структури статевих клітин, що знижує виживання сперміїв.

Література:

1. Enayetallah, A.E., Puppala, D., Ziemek, D., Fischer, J.E., Kantesaria, S., Pletcher, M.T., Assessing the translatability of in vivo cardiotoxicity mechanisms to in vitro models using causal reasoning. *BMC Pharmacology and Toxicology*. 2013. 14, 46-58.
2. Дмитруха Н.Н. Культура клеток как in vitro model в токсикологических исследованиях. *Medix. Anti-Aging*. 2013, 3, 50-55.
3. Музика В.П., Атамаюк І.С., Чайковська О.І., Паних О.Р., Сергієнко О.І., Остапів Р.Д. До оцінювання токсикологічної дії полімерних виробів з використання тест-об'єктів сперміїв бугаїв. *Науково-технічний бюлетень. Інституту біології тварин і ДНДКІ ветпрепаратів та кормових добавок*. 2011. 12(3), 414-420.
4. Матисік С.І. Застосування гепатопротектора антрацію при різних патологіях (огляд літератури). XV Конгрес Світової федерації українських лікарських товариств. 2014. 363.

ПРОБЛЕМИ ЗІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ РОЗВИТКУ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ТА
МАСОВОГО СПОРТУ В УКРАЇНІ

*Мельниченко Олександр Анатолійович,
д.держ.упр., проф., професор кафедри
громадського здоров'я та управління охороною здоров'я,
Лапко Світлана Василівна, Ленська Ольга В'ячеславівна
старші викладачі кафедри
фізичної реабілітації та спортивної медицини
з курсом фізичного виховання та здоров'я,
Харківський національний медичний університет*

Розвиток вітчизняної фізичної культури та масового спорту – "невід'ємної частки духовного, інтелектуального, фізичного буття людини, яка забезпечує повноцінний та гармонійний розвиток особистості, сприяє підвищенню якості та рівня життя" [6, с. 43], а відтак – має вирізняється своєю значущістю. Проте порівняно незначна частка наших співвітчизників активно залучаються до цього процесу, що обумовлено не лише їх особистим ставленням власне до фізичної культури та масового спорту, а й існуючими численними проблемами у цій сфері. Означене, зрештою, й обумовлює актуальність даного дослідження.

Проведені узагальнення публікацій провідних науковців й результати власних досліджень за цією проблематикою дозволили сформулювати перелік проблем, які перешкоджають належному розвитку фізичної культури та масового спорту в Україні:

– несформованість сталих традицій та мотивацій щодо фізичного виховання та масового спорту як важливого чинника фізичного та соціального благополуччя, поліпшення стану здоров'я, ведення здорового способу життя й подовження його тривалості; обмежена рухова активність, нераціональне й незбалансоване харчування громадян, фактори асоціальної поведінки у суспільстві [3];

– недооцінка соціально-економічної, оздоровчої й виховної ролі фізичної культури та масового спорту [2; 12] в соціальному розвитку суспільства,

гармонійному вдосконаленні особи та утвердженні здорового способу життя [2]; невизначеність ідейно-теоретичних основ сучасного фізкультурно-спортивного руху [7]; недостатнє пропагування серед широких верств населення здорового способу життя [2–5; 9], занять дитячо-юнацьким і резервним спортом [4];

– слабка міжвідомча координація та взаємодія органів державної влади й органів місцевого самоврядування [3; 7; 12] й громадських організацій, які беруть участь у фізкультурно-спортивному русі [12]; наявність дублювання, перехрещення функціональних зв'язків управлінського впливу, що призводить до відсутності чіткого розмежування владних повноважень, значного збільшення управлінського апарату [11];

– недосконалість механізму державного управління у сфері фізичної культури та масового спорту [3; 10]; недостатнє опрацювання механізму соціальної захищеності спортсменів і тренерів [10];

– невідповідність нормативно-правової бази у сфері фізичної культури та масового спорту сучасним вимогам [4; 7; 9; 12];

– низька відповідальність за дотримання вимог законодавчих і нормативно-правових актів щодо організації фізичного виховання в системі освіти [3];

– невідповідність вимогам сучасності та значне відставання від світових стандартів ресурсного забезпечення сфери фізичної культури та спорту, а саме організаційного, кадрового, науково-методичного, медико-біологічного, фінансового, матеріально-технічного, інформаційного [2];

– недостатнє бюджетне фінансування [2–4; 10; 12] ("з державного бюджету виділяється у середньому 0,6 %; з місцевих бюджетів – 2 % їх видаткової частини), нерівномірне їх фінансування впродовж року" [10, с. 12]; неефективне залучення позабюджетних коштів, незначний обсяг інвестицій [3; 4]; зменшення державних інвестицій на утримання, реконструкцію та будівництво фізкультурно-спортивних об'єктів, виробництво спортивного одягу і взуття, обладнання та ін. [2]; неефективне використання коштів, відсутність відповідальності за певний напрям роботи [11];

– комерціалізація фізкультурно-спортивної сфери та виділення професійного спорту в окрему сферу; зниження інтересу профспілкових та інших громадських організації до проблем розвитку фізичної культури та масового спорту [2];

– відсутність [3] чи невідповідність (понад 80 % спортивних майданчиків) сучасним вимогам фізкультурно-оздоровчої інфраструктури [4], здатної задовольнити потреби населення в щоденній руховій активності відповідно до фізіологічних потреб, у т.ч. осіб з обмеженими фізичними можливостями [3]; слабка матеріально-технічна база [1; 2; 4; 7; 10; 11], її руйнування та використання не за призначенням [2]; "рівень забезпечення населення України (з розрахунку на 10 тис. осіб) фізкультурно-спортивними залами у 2–3 рази нижчий, ніж у провідних державах, плавальними басейнами – у 30 разів" [4, с. 239]; недостатня державна підтримка провідних спортсменів [2];

– невідповідність потребам населення послуг, що надаються засобами фізичної культури та спорту за місцем проживання, роботи громадян і в місцях масового відпочинку, в т.ч. в сільській місцевості, і потребам осіб з інвалідністю;

– відсутність товаровиробників доступного й високоякісного спортивного обладнання та інвентарю, які здатні задовольнити попит населення й конкурувати з іноземними виробниками [3]; підвищення цін на фізкультурно-оздоровчі та спортивні послуги [2];

– дефіцит цілеспрямованих, висококваліфікованих державних управлінців, спортивних менеджерів, тренерів, керівників спортивними спорудами та інфраструктурою [1; 8]; значне скорочення штатних фізкультурно-спортивних працівників [2];

– недосконалість системи підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації фізкультурних кадрів [4; 7]; недостатня адаптивність керівників і тренерсько-викладацького складу до нових умов управління в системі ринкової економіки [10];

– невисока престижність професій у сфері фізичної культури та масового спорту, низький рівень матеріального заохочення працівників бюджетного сектору, а також медичного та медико-біологічного забезпечення осіб, що займаються фізичною культурою та масовим спортом [3];

– низький рівень наукового забезпечення розвитку фізичної культури та масового спорту [3; 4; 7; 9];

– зменшення питомої ваги позаурочних занять з фізичного виховання в навчальних закладах; руйнування ефективних форм організації фізкультурно-оздоровчої роботи в трудових колективах, за місцем проживання, в місті та на селі [2];

– проведення подвійного обліку та заліку одних і тих же показників результатів роботи управліннями різного підвідомчого підпорядкування [11].

З урахуванням вищевикладеного матеріалу можна зробити такі висновки. Використання пропонованого переліку проблем, які перешкоджають належному розвитку фізичної культури та масового спорту в Україні, дозволить більш системно підходити до розробки конкретних рекомендацій по їх усуненню. Подальші наукові розвідки мають бути присвячені розробці рекомендацій, спрямованих на підвищення результативності публічного управління розвитку фізичної культури та масового спорту.

Література:

1. Абдельрахман Ма Найрат. Формування державної політики у сфері фізичної культури і спорту у Палестині: автореф. дис. ... к.фіз.вих.: 24.00.02. Київ, 2003. 18 с.

2. Вавренюк С.А. Механізми державного управління розвитком фізичної культури і спорту у вищих навчальних закладах України: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2015. 205 с.

3. Гасюк І.Л. Механізми державного управління фізичною культурою та спортом в Україні: автореф. дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2013. 42 с.

4. Горбенко О.В., Коргниєнко І.Г. Організаційно-управлінські резерви професійно-орієнтаційної роботи ВНЗ галузі фізичної культури і спорту із загальноосвітніми школами. Оптимізація наукових досліджень. Миколаїв: Вид-во НУК, 2009. С. 239–241.

5. Кононович В.Г. Теоретичні і правові основи державного управління фізичною культурою і спортом в Україні. *Університетські наукові записки:*

зб. наук. пр. Хмельницький, 2013. № 2. С. 40–44.

6. Кудлата К.В. Державне управління фізичною культурою та спортом на регіональному рівні: поняття та сутність. *Інвестиції: практика та досвід*. 2013. № 23. С. 156–160.

7. Кухтій А.О. Організаційні основи розвитку фізкультурно-спортивного руху в Україні впродовж ХХ століття: автореф. дис. ... к.фіз.вих.: 24.00.02. Львів, 2002. 22 с.

8. Моїсеєва С. Проблеми державної кадрової політики України у сфері фізичної культури та спорту. *Державне управління та місцеве самоврядування*: зб. наук. пр. Дніпропетровськ: Вид-во ДРІДУ НАДУ, 2012. № 4. С. 243–251.

9. Про затвердження Державної програми розвитку фізичної культури і спорту: Постанова Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2006 р. № 1594. URL: http://dsmsu.gov.ua/media/Transferred/documents/2006/11/15/1/2006_15-94_rkmi.pdf. (дата звернення: 02.02.2016 р.)

10. Узберг Е.Н. Региональная модель управления в сфере спорта высших достижений (на примере Воронежской области): автореф. дис. ... к.пед.н.: 13.00.04. Москва, 2009. 22 с.

11. Шевчук І.В. Організаційний механізм державного управління фізичною культурою і спортом на регіональному рівні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2014. № 14. С. 136–142.

12. Ярова Н.Г. Організаційно-правове регулювання в галузі спорту в Україні: автореф. дис. ... к.ю.н.: 12.00.07. Ірпінь, 2009. 26 с.

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПЕРИТОНІТУ В УМОВАХ ХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ

Мороз П. В.

к.мед.наук, асистент кафедри хірургії №1

Матвійчук С. М.

студентка медичного факультету №1

ВДНЗ України «Буковинський державний

медичний університет»,

м. Чернівці

У сучасній хірургії гострий перитоніт є одним із найнебезпечніших ускладнень багатьох захворювань черевної порожнини. У кінці 30-х років ХХ ст. проф. В. Н. Шапов стверджував: «... проблема перитоніту, як стародавній сфинкс, стоїть перед сучасними хірургами багато в чому нерозгаданою і продовжує забирати із хірургічних установ одну жертву за іншою». У цій над важливій проблемі за майже 90 років багато чого змінилося, але відсоток смертності при перитоніті залишається високим. Саме тому, розробка та використання сучасних методів діагностики і лікування є перспективним напрямком в абдомінальній хірургії.

На сучасному етапі діагностика перитоніту базується на клінічних ознаках, лабораторних та інструментальних даних. Скарги хворих залежать від багатьох факторів (індивідуальних особливостей і стану захисних систем організму, джерела перитоніту, фази та швидкості його перебігу і т.д.), тому вони мають свою специфіку у кожного окремого пацієнта і є суб'єктивними. Перкусія та пальпація у початкових фазах перитоніту досить часто відображає картину хвороби, яка спричинила його розвиток і може розцінюватися хірургом, як наявність не ускладненого захворювання того чи іншого органа черевної порожнини. [1,ст. 24- 26] Лабораторні показники при наявності даного ускладнення також є неспецифічними та в загальному відображають наявність запального процесу в організмі, а іноді є допоміжними у визначенні фази перитоніту. Для діагностики тяжкості стану хворих і прогнозу наслідків хвороби в даний час широке поширення набули різні

шкали: SAPS, APACHE II, перитонеальний індекс ALTONA(PIA), перитонеальний індекс Мангейма (MPI), які засновані на оцінці в балах віку хворих, статі, різних клінічних ознак і результатів лабораторних досліджень.[2, ст. 53- 58]Також перспективним напрямком є генетичне дослідження, зокрема, для прогнозування характеру вираженості запального процесу та його розповсюдженості по очеревинній порожнині, що дозволяє в подальшому покращити вибір лікувальної тактики.[3,ст. 55- 60; 4, ст.123]

Лікування гострого перитоніту включає в себе вирішення трьох основних питань: ліквідація причини виникнення запального процесу в очеревинній порожнині, ефективна санація та створення умов для контролю і впливу на ділянки очеревини. Тактика лікування повинна підбиратися відповідно до поширеності перитоніту, фази його перебігу, вираженості змін з боку систем органів. У сучасна хірургії з метою зменшення травматизації та скорочення післяопераційного відновлення пацієнта з гострим перитонітом все частіше застосовують лапароскопічну санацію очеревинної порожнини (в основному при місцевому, дифузному та загальному перитоніті). При розлитому перитоніті найбільш ефективним є використання запрограмованої лапароперції. [5, ст. 82-85]Проблематичним питанням також є підбір антибактеріальної терапії, яка повинна проводитись з урахуванням точної локалізації і характеру первинного осередку інфекції, клінічного перебігу захворювання, передбачуваних збудників, їх прогнозованої чутливості до антибіотиків. Перша корекція терапії здійснюється через 24-48 год. після забору досліджуваного матеріалу на підставі даних антибіотикограми, а друга – на 3-4 добу за даними повторного бактеріологічного обстеження (ідентифікація збудника, уточнення антибіотикограми). [6, ст. 144]

Отже, лікування хворих із гострим перитонітом повинно бути лабораторно та інструментально обґрунтованим, підбиратися індивідуально із зниженням травмуючи факторів. Та варто зазначити, що не зважаючи на прогрес медицини діагностика та лікування гострого перитоніту залишається нерозв'язаною проблемою сучасної хірургії, яка з плином часу потребує вдосконалення, об'єктивізації та доопрацювання. [7, ст. 121- 124]

Література:

1. Гринчук Ф.В. Об'єктивна діагностика поширеності перитоніту / Ф.В. Гринчук, І.Ю. Полянський, А.Ф. Гринчук // Матеріали IV науково-практичної конференції «Запалення: морфологічні, патофізіологічні, терапевтичні і хірургічні аспекти».- Вінниця, 2015.- С. 24-26.
2. Оцінка важкості стану хірургічного хворого/ Сипливий В.О., Дронов О.І., Конь К.В., Євтушенко Д. В. – К : Майстерня книги, 2009 – с. 53- 58
3. Polianskyi I.Yu., Moroz P.V. Peculiarities of immunological and metabolic disorders in case of diffuse peritonitis with different variants of $il1\beta$ (-511 c/t) gene Deutscher Wissenschaftsherold German Science Herald, N 3/2017 P. 55-60.
4. Polianskij I.Ju., Moroz P.V., Moskalyuk V. Optimization of therapeutical tactics in inflammatory processes in peritoneal cavity due to the genetical determined disorders of immunologic reactivity. Arta Medica. 2015. Nr. 3(56). P. 123.
5. Сравнительная оценка результатов лечения разлитого гнойного перитонита в зависимости от техники и тактики санации брюшной полости / В. К. Логачёв, Ю. В. Иванова, И. А. Криворучко и др. // Харківська хірургічна школа. – 2005. – № 1.1 (15). – С. 82–85.
6. Антибактериальная терапия абдоминальной хирургической инфекции /Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Бурневич З.С. и др.// М.: Медицина.- 2000 – с. 144
7. Хирургический сепсис: современные подходы к оценке тяжести/ Сипливый В. А., Гринченко С.В., Береснев А.В.// Український Журнал Хірургії. – 2009. - №1. – с. 121- 124.

СУДОВО-МЕДИЧНІ ТА ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ В УМОВАХ КАРАНТИНУ І НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ

Хижняк В.В.,

*кандидат медичних наук, доцент кафедри судової медицини
та медичного правознавства ім. засл. проф. М.С. Бокаріуса
Харківський національний медичний університет*

Моргун А.О.,

*лікар-судово-медичний експерт
Харківське обласне бюро судово-медичної експертизи*

Снітко О.А.,

*Начальник патологоанатомічної лабораторії
Військово-медичний клінічний центр Північного регіону*

Моргун О.О.,

*лікар-судово-медичний експерт
Харківське обласне бюро судово-медичної експертизи
м. Харків, Україна*

Відповіддю нашої країни на виклики пандемії COVID-19 у 2020 р. стало введення на всій території України надзвичайної ситуації і жорстких умов карантину.

За офіційними відомостями МОЗ України через засоби масової інформації на цей час (станом на 5 квітня 2020 р.) у нас кількість хворих на вірус COVID-19 становить 1251 особи. З цієї кількості хворих одужало 25 особи (2 %), а померло 32 осіб (2,5 %). МОЗ України попереджає, що пік кількості хворих ми відчуємо, приблизно, через 2 тижні.

В мережах Інтернету повідомляється, що на вулицях Нью-Йорка вперше після теракту 11 вересня 2001 р. почали встановлювати тимчасові морги для зберігання тіл померлих. За словами спікера Офісу головного судмедексперта Нью-Йорка Аїи Уорти-Дэвис рефрижератори почнуть використовувати після перевищення ліміту місткості моргів, що розташовані в госпіталях. У той же час повідомляється, що їх будуть використовувати не конкретно для померлих від

коронавірусу, а для того, щоб розвантажити лікарняні морги, якщо вони будуть переповнені. Але за словами Аїи Уорти-Девіс, мобільні морги є частиною плану міста при підготовці до потенційного надмірного прибуття тіл внаслідок пандемії коронавірусу. Один такий трейлер разом із спеціальними мобільним палатками, що розташовуються поруч, має місткість на 3500-3600 трупів. У запасі Офісу головного судмедексперта Нью-Йорка є 45 рефрижераторів » [1].

На території аеропорту Бірмінгему у Великій Британії побудують тимчасовий морг для померлих від коронавірусу. Про це повідомляє «Європейська правда» з посиланням на «The Guardian». Тимчасовий морг буде розміщено поруч з Національним виставковим центром, який перетворили у польовий госпіталь для розміщення хворих на коронавірус. На першому етапі морг розраховано на 1 500 осіб, а згодом зможе прийняти до 12 000 трупів [2].

На нашу думку, така динаміка пандемії COVID-19 на території України обумовила певні особливості роботи судово-медичної служби і військово-медичних підрозділів Міністерства оборони (далі – МО) України з патологоанатомічним напрямком.

Спорідненість судово-медичної служби України та патологоанатомічних підрозділів МО України очевидна. Крім того, судово-медичну роботу з об'єктами, що постачають Збройні Сили України (далі – ЗС), проводять цивільні обласні бюро судово-медичної експертизи. Так, внутрішнім наказом № 124 від 18.11.2013 р. центральна судово-медична лабораторія МО України розформована. Хоча за інформацією Української військово-медичної академії факультет підготовки військових лікарів готує військових лікарів за 14 спеціальностями, зокрема, є і спеціальність «судово-медична експертиза» [3].

Мета нашого повідомлення – аналіз основних особливостей роботи судових медиків і військових патологоанатомів в умовах пандемії COVID-19 на теренах України.

Відсутність масової життєвої лабораторної діагностики осіб, що є носіями COVID-19 і хворіють внаслідок зараження цим вірусом, обумовлює для судово-медичних експертів і військових патологоанатомів високий ризик на

захворювання цією недугою. Тому карантин і надзвичайна ситуація в Україні повинні стати основою для реалізації організаційних, технічних і допоміжних заходів для безпечної роботи судмедекспертів і військових патологоанатомів.

Бойові чи суміжні травми, супутні патології та інше можуть супроводжуватися зараженістю постраждалих або ознаками хвороби у них на зазначений вірус при наявності причини смерті, що жодним чином не пов'язана з коронавірусом. Тобто, причини смерті від травм чи інших чинників не завжди відповідають ситуаціям, в яких померли військовослужбовці. А це може сприяти зараженню та розповсюдженню інфекції за межі госпіталів та інших військових установ.

Організаційні заходи під час карантину і пандемії на коронавірус зазначених медичних служб, на нашу думку, мають такі особливості:

- тривалий термін їхньої реалізації внаслідок відсутності вакцини і специфічних медикаментозних засобів лікування небезпечного для життя ускладнення у виді тяжкого двобічного запалення легенів;

- обов'язковість лабораторної діагностики на зараження COVID-19 шляхом проведення полімеразної ланцюгової реакції (далі – ПЛР) на коронавірус, яку здійснюють до початку розтину мерця у всіх підозрілих випадках наглої смерті;

- проведення ПЛР діагностики на COVID-19 під час розтину всіх трупів, як з вираженими ознаками ускладнень, так і без них;

- щотижнева експрес-діагностика всіх співробітників моргів, що перебували хоча б один день за тиждень на роботі;

- створення вахтового тижневого графіку роботи з огляду на те, що ВООЗ визначила середній термін інкубаційного періоду в 5,1 добу тощо.

Крім того, пропонується створити на базі існуючих підрозділів патологоанатомічної служби ЗС України пересувні мобільні підрозділи під назвою «Патологоанатомічна і судово-медична лабораторія» у складі військово-медичних центрів ЗС України, яким треба делегувати повноваження проведення патологоанатомічних досліджень і експертиз у повному обсязі щодо невідновних втрат [4]. Вони

будуть діагностувати та ізолювати тіла померлих без залучення потужностей комунальних структур міст, сіл та інших населених пунктів, проводячи діагностику та інші маніпуляції з тілами загиблих відповідно до своїх можливостей.

Особливості технічних заходів для роботи судово-медичних експертів і військових патологоанатомів нами визначаються так:

= обов'язковість одноразових індивідуальних засобів захисту для кожного розтину мерця, щоб не було переносу коронавірусу з трупу на труп і штучного збільшення захворюваності на COVID-19;

= фіксація та консервація відходів дослідження, зокрема, унеможливлення попадання відходів у мережу каналізації ;

= кварцювання і озонування моргів;

= резервування на території моргів автомобільних причепів-холодильників тощо.

Допоміжні заходи забезпечення безпечної роботи визначаються відповідними до закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» владними органами в залежності від місцевих умов.

Ці та інші адекватні заходи забезпечать стабільну і безпечну роботу судово-медичних експертів і військових патологоанатомів в умовах карантину і надзвичайної ситуації на COVID-19.

Таким чином, робота судово-медичної служби і військових патологоанатомічних підрозділів Збройних Сил України має важливі особливості під час карантину і надзвичайної ситуації в Україні, обумовлених пандемією на COVID-19. Ці особливості роботи зазначених служб ми розділили на організаційні, технічні та допоміжні заходи, виконання яких позитивно буде впливати на працю та ефективність співробітників моргів.

Література:

1. Коронавирус в США: на улицах Нью-Йорка начали устанавливать мобильные морги [Електронний ресурс]. Режим доступу <http://antifashist.com/item/koronavirus-v-ssha-na-ulicah-nyu-jorka-nachali-ustanavlivat-mobilnye-morgi.html> (Заголовок з екрану) 30.03.2020 р. о 22:00.

2. Коронавірус в Британії: в аеропорту Бирмінгема построять тимчасовий морг на 1500 тел [Електронний ресурс]. Режим доступу <https://www.euro-integration.com.ua/rus/news/2020/03/29/7108103/> (Заголовок з екрану) 30.03.2020 р. о 22:30.

3. Українська військово-медична академія [Електронний ресурс]. Режим доступу <http://rada.com.ua/ukr/catalog/19646/> (Заголовок з екрану) 03.04.2020 р. о 01:30.

4. Удосконалення роботи судово-медичної служби України: монографія / За заг. ред. А.О. Моргуна та В.В. Хижняка. – Харків : ФОП Бровін О.В., 2018. – С. 34-39.

УДК 657

Медичні науки

ДІАГНОСТИКА ГАСТРОПАРЕЗУ ЯК НАСЛІДКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Швід С.О., Колодяжна В.В.

студенти 4 курсу 3 медичного факультету 22 групи

Лахно О.В.

кандидат медичних наук, доцент кафедри

внутрішньої медицини №3 та ендокринології

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність. Термін «діабетичний гастропарез» (ДГ) вживають як синонім порушення моторно - евакуаторної функції шлунка при цукровому діабеті (ЦД). Це поняття - «gastroparesis diabetorum» - ввів. Kassandra в 1958 р. За даними епідеміологічного дослідження в Olmsted County (Міннесота, США), кумулятивний рівень захворюваності гастропарезом становить 4,8% для пацієнтів з ЦД 1 типу, 1% для хворих на ЦД 2 типу та 0,1% для пацієнтів без діабету. З віком рівень захворюваності зростає. Встановлено, що діабетичний гастропарез в типових випадках розвивається при існуванні ЦД більше 10 років, частіше - у пацієнтів з ЦД 1 типу, що мають нейропатію, нефропатію і ретинопатію. Гастропарез помітно впливає на якість життя, підвищує прями

витрати охорони здоров'я на госпіталізацію, першу допомогу або візити до лікаря, і витрати, що пов'язані із захворюваністю і смертністю.

Гастропарез діагностується при наявності уповільнення спорожнення шлунка у пацієнтів, що мають характерні симптоми, після виключення інших потенційних причин симптомів і обструкції при проведенні верхньої ендоскопії або рентгенологічного обстеження шлунка. Непрямою ознакою неефективного спорожнення шлунка і гастропарезу є наявність в шлунку залишків з'їденої напередодні їжі при проведенні ранкової ендоскопії, але при відсутності морфологічних змін. У тих випадках, коли симптоматика відсутня, замість терміна гастропарез доцільно використовувати термін уповільнення спорожнення шлунка. [2]

Документація уповільненого шлункового спорожнення включає в себе сцинтиграфічну оцінку швидкості спорожнення шлунка від твердої їжі. Американське суспільство нейрогастроентерологія і моторики (ANMS) разом з Товариством ядерної медицини затвердили сцинтиграфію з тестовим сніданком (мічений низькомолекулярний жир яєчного білка з тостом і джемом) і скануванням через 1, 2 і 4 години після прийому їжі як стандартизований протокол діагностики гастропареза. Легка затримка випорожнення шлунка становить 11-15%, помірна - 16-35% і важка - більше 35% за 4 години.[1, ст 449].

В якості альтернативних методів оцінки швидкості випорожнення шлунка розроблені так звані офісні тести - електрогастрографія, ^{13}C -октаноевий дихальний тест і капсула SmartPill[3,ст 20].

При дихальному тесті ^{13}C -октаноевая кислота, розчинена в яйці, евакуюючи зі шлунка, потрапляє в тонку кишку, де абсорбується і метаболізується з виділенням $^{13}\text{CO}_2$, рівень якого потім реєструється інфрачервоним аналізатором стабільних ізотопів. Даний тест дає можливість кількісного визначення швидкості випорожнення шлунка (в нормі час напіввиведення менше 75 хвилин, коефіцієнт спорожнення понад 3,1). При цьому відсутня променеве навантаження, що дозволяє проводити дітям,

вагітним, післяопераційним хворим, дані легко відтворюються, тест може проводитися багаторазово[2, ст 20].

Інший тест - це порівняно недавно розроблена інноваційна методика за допомогою одноразової капсули SmartPill (SmartPill Corp, Buffalo, Нью-Йорк), що дозволяє одночасно вимірювати рН, тиск і температуру протягом усього шлунково-кишкового тракту. Результати передаються по бездротової технології і реєструються пристроєм-одержувача, який пацієнт носить із собою на поясі. Ці фізіологічні вимірювання змін рН і інших показників дозволяють точно визначити час випорожнення шлунка, а також загальний час транзиту і тонко-товстокишкового час транзиту[1,2, ст 449-455].

DBSQ (Diabetes Bowel Symptom Questionnaire) анкета за кишечними симптомами при ЦД, корисна методика вдосконалення глікемічного електронного контролю як при ЦД1, так і при ЦД2. Gastroparesis Cardinal Symptom index (GCSI) - індекс основного результату опитування пацієнтів щодо симптомів гастропарезу, що включає в себе 9 найбільш часто зустрічаються симптомів. Була розроблена модифікація GCSI-DD, де пацієнти відмічають симптоми щорічно, що дозволяє лікарям оцінити добову варіабельність симптомів і відповідну динаміку лікування. Легалізація GCSI знаходиться в стадії реалізації[3,ст 102-108].

Висновок. При цукровому діабеті (ЦД) існує ризик розвитку гастропарезу внаслідок недостатнього контролю глікемії, автономної та ентеричної нейропатії, зменшенні кількості інтерстиціальних клітин Кахаля. Важливість діагностики даного ускладнення доводить використання достатньої кількості методів та пошук нових інноваційних.

Література:

1. Jones KL, Russo A, Berry MK, et al. A longitudinal study of gastric emptying and upper gastrointestinal symptoms in patients with diabetes mellitus. Am J Med. 2002;113: 449-455.

2. Farrugia G. Interstitial cells of Cajal in health and disease. Neurogastroenterol Motil. 2008;20:54-63. 20.

3. Forster J, Damjanov I, Lin Z, et al. Absence of the interstitial cells of Cajal in patients with gastroparesis and correlation with clinical findings. *J Gastrointest Surg.* 2005;9:102-108.

