

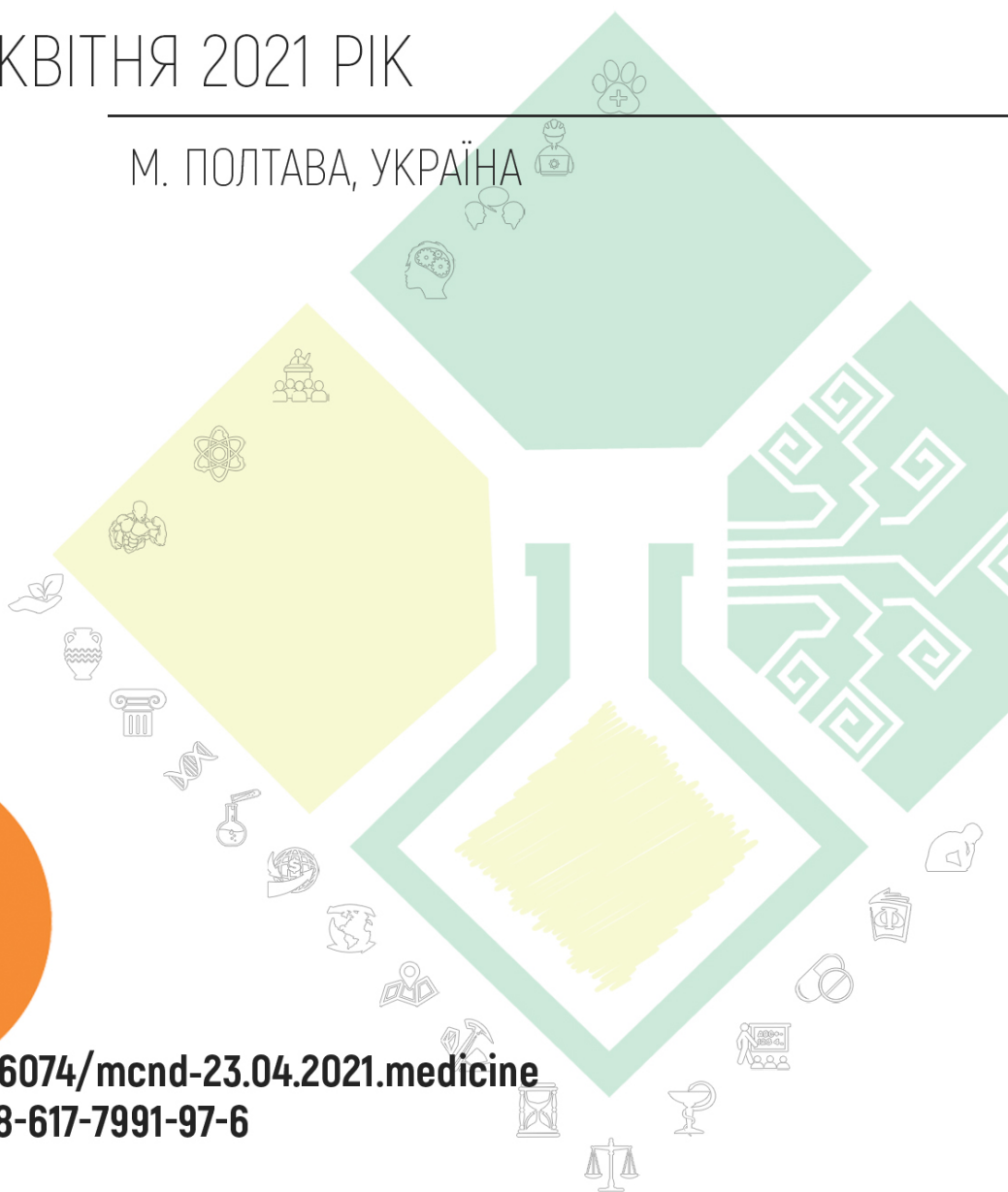
КОНЦЕПЦІЯ СУЧАСНОЇ ФАРМАЦІЇ ТА МЕДИЦИНИ: РОЗВИТОК БІОХІМІЇ, БІОТЕХНОЛОГІЙ ТА БІОМЕДИЧНОЇ ІНЖЕНЕРІЇ

I 23 КВІТНЯ 2021 РІК

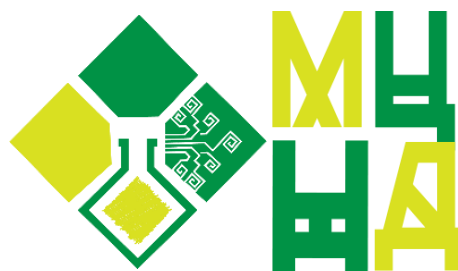
М. ПОЛТАВА, УКРАЇНА



DOI 10.36074/mcnd-23.04.2021.medicine
ISBN 978-617-7991-97-6



МАТЕРІАЛИ
МІЖНАРОДНОЇ
СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ
НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ



Міжнародний Центр Наукових Досліджень

КОНЦЕПЦІЯ СУЧАСНОЇ ФАРМАЦІЇ ТА МЕДИЦИНИ: РОЗВИТОК БІОХІМІЇ, БІОТЕХНОЛОГІЙ ТА БІОМЕДИЧНОЇ ІНЖЕНЕРІЇ

23 КВІТНЯ 2021 РІК
м. Полтава, Україна

Вінниця, Україна
«Європейська наукова платформа»
2021



Організація, від імені якої випущено видання:

ГО «Міжнародний центр наукових досліджень»

Голова оргкомітету: Рабей Н.Р.

Верстка: Білоус Т.В.

Дизайн: Бондаренко І.В.

Конференцію зареєстровано Державною науковою установою «УкрІНТЕІ» в базі даних науково-технічних заходів України та інформаційному бюлетені «План проведення наукових, науково-технічних заходів в Україні» (Посвідчення № 210 від 25.02.2021).

Матеріали конференції знаходяться у відкритому доступі на умовах ліцензії Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0).



Роботи, що містять цифровий ідентифікатор DOI індексуються в ORCID, CrossRef та OUCI (Український індекс наукового цитування).

К 64 **Концепція сучасної фармації та медицини: розвиток біохімії, біотехнологій та біомедичної інженерії:** матеріали І Міжнародної спеціалізованої наукової конференції, м. Полтава, 23 квітня, 2021 р. / Міжнародний центр наукових досліджень. — Вінниця: Європейська наукова платформа, 2021. — 60 с.

ISBN 978-617-7991-97-6

DOI 10.36074/mcnd-23.04.2021.medicine

Викладено матеріали учасників міжнародної спеціалізованої наукової конференції «Концепція сучасної фармації та медицини: розвиток біохімії, біотехнологій та біомедичної інженерії», яка відбулася у місті Полтава 23 квітня 2021 року.

УДК (60+61)+159.9

© Колектив учасників конференції, 2021

© ГО «Європейська наукова платформа», 2021

ISBN 978-617-7991-97-6

© ГО «Міжнародний центр наукових досліджень», 2021

ЗМІСТ

СЕКЦІЯ І.

МІКРОБІОЛОГІЯ, БІОЛОГІЯ ЛЮДИНИ І БІОЛОГІЧНА АНТРОПОЛОГІЯ, АНАТОМІЯ ТА ФІЗІОЛОГІЯ ЛЮДИНИ

FEATURES OF THE EXPRESSION OF THE TRANSCRIPTION FACTOR NF- κ B IN
EXPERIMENTAL DIABETES MELLITUS AND ADMINISTRATION OF
NONSPECIFIC BLOCKERS OF TNF α .

Науково-дослідна група:

Degen A.S., Zherebiatiev O.S., Egorov A.A. 5

ЕНДОСКОПІЯ В АНАЛІЗІ СТАНУ РИБ

Андрощук І.В., Шугуров О.О. 10

ПОРІВНЯЛЬНА АНАТОМІЯ ЛЕМЕШЕВО-НОСОВОГО ОРГАНУ В ЛЮДИНИ ТА
ЩУРА

Мота О.М., Пальтов Є.В. 16

СЕКЦІЯ ІІ.

БІОХІМІЯ, ФАРМАЦІЯ ТА ПРОМИСЛОВА ФАРМАЦІЯ

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕЧНІСТЬ МІСЦЕВИХ АНТИСЕПТИКІВ У
КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ РЕКУРЕНТНОГО ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ

Дідковський В.Л., Леус Є.В. 18

ЗАСТОСУВАННЯ ВІТАМІНУ D ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ
ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ

Зюзько Д.О., Темірова О.А., Хайтович М.В. 21

СЕКЦІЯ ІІІ.

ПЕДІАТРІЯ, ПЕРИНАТОЛОГІЯ ТА АКУШЕРСЬКА СПРАВА, МЕДИЧНА ГЕНЕТИКА

РИЗИК ВИНИКНЕННЯ ПАТОЛОГІЙ У ДІТЕЙ, НАРОДЖЕНИХ ЗА
ДОПОМОГОЮ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ (ДРТ)

Мельник О.О., Хижняк Є.П. 23

СЕКЦІЯ ІV.

ПСИХІАТРІЯ, НЕВРОЛОГІЯ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

ВПЛИВ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ НА УСПІШНІСТЬ ШКОЛЯРІВ

Ковальчук І.В., Осип М.А. 27

**ВПЛИВ СОЦІАЛЬНОГО ІНТЕЛЕКТУ НА ОСОБЛИВОСТІ МІЖОСОБИСТІСНИХ
КОНФЛІКТІВ У ПЕРІОД ЮНАЦТВА**

Олійник Н.Ю.30

КРИЗА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО НАПРЯМКУ: МІФ ЧИ РЕАЛЬНІСТЬ

Євдокімова Р.В.35

СЕКЦІЯ V.

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА ОХОРОНА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

**ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КОРОНАВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ:
МЕХАНІЗМИ, ЧИННИКИ ТА ШЛЯХИ ПЕРЕДАЧІ**

Баєва О.В.38

СЕКЦІЯ VI.

СУДОВА МЕДИЦИНА ТА ПАТОЛОГІЧНА АНАТОМІЯ

ДІЯ ОКРЕМИХ ХАРЧОВИХ ДОБАВОК НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ

Мустафіна Г.М.43

**ДОЦІЛЬНІСТЬ АКТИВНОГО ВПРОВАДЖЕННЯ ТЕЗИГРАФІЇ В
СУДОВО-МЕДИЧНУ ПРАКТИКУ**

Федорова О.А.46

**СЕКЦІЯ І.
МІКРОБІОЛОГІЯ, БІОЛОГІЯ ЛЮДИНИ І
БІОЛОГІЧНА АНТРОПОЛОГІЯ, АНАТОМІЯ
ТА ФІЗІОЛОГІЯ ЛЮДИНИ**

DOI 10.36074/mcnd-23.04.2021.medicine.01

**FEATURES OF THE EXPRESSION OF THE
TRANSCRIPTION FACTOR NF- κ B IN EXPERIMENTAL
DIABETES MELLITUS AND ADMINISTRATION OF
NONSPECIFIC BLOCKERS OF TNF α .**

НАУКОВО-ДОСЛІДНА ГРУПА:

Degen Anna Sergeevna

ORCID ID: 0000-0003-3031-7458

assistant

Department of Microbiology, Virology and Immunology
Zaporozhye State Medical University, Ukraine

Zherebiatiev Oleksandr Serhiiovych

ORCID ID: 0000-0002-1041-0084

PhD, senior lecturer

Department of Microbiology, Virology and Immunology
Zaporozhye State Medical University, Ukraine

Egorov Artem Anatolievich

ORCID ID: 0000-0003-3612-7460

PhD, senior lecturer

Department Pharmacology and
Medical Prescription with course Normally Physiology
Zaporozhye State Medical University, Ukraine

Type I diabetes mellitus (T1D) is one of the most common non-communicable diseases in the world and is one of the three diseases (atherosclerosis, cancer and diabetes) that lead to disability. This pathology is considered as a multifactorial,

polygenic autoimmune disease, in the development of which special attention should be paid to the relationship of gut-associated lymphoid tissue (GALT) and the factors that affect it and can potentiate the development of this pathology. [1]. Critical role may be played by changes in the expression of innate immune receptors by the structures of GALT - pattern-recognizing receptors (PRR), the main ligands for which are pathogen-associated molecular patterns (PAMP) of intestinal microorganisms [2]. Recently, the question of the fact that the contact of representatives of the intestinal eubiota with PRR leads to the modulation of its composition and maintenance of homeostasis, as well as plays a role in regulating the development of GALT. [3] It has been shown that changes in the composition of the intestinal microflora are quite common in people with T1D and in experimental models. [4, 5] However, the mechanisms of intestinal microbiome induction of autoimmune pathology, including T1D, remain unclear. Transcription factor NF- κ B controls the expression of more than 500 genes, including genes for immune response, apoptosis and cell cycle, and violations of its regulation cause the development of inflammation, autoimmune and cancer [6]. c-Rel-containing complexes are usually associated with cells of hematopoietic origin. This factor is the main stimulator of production of proinflammatory cytokines IL-1 β , IL-6, IL-18, TNF α and an important regulator of differentiation of cells of adaptive immune response, in particular subpopulations of suppressor T-regulatory (Treg) and proinflammatory Th17- and Th1-cells, the main reservoir pool of which is the small intestine, and their imbalance can play a role in triggering the progression of T1D. [7]. It should be noted that among such NF κ B - induced cytokines one of the main roles is played by TNF α , the main source of which are macrophages and activated T-lymphocytes GALT [8]. In NOD mice deficient in TNFR1, resistance to the onset of type 1 diabetes is observed, and stroke has a milder course. However, in these animals there is an increase in the amount of Treg and an increase in their suppressor activity. Presumably, the blockade of TNF-signaling is one of the mechanisms of activation of Treg functions and suppression of type 1 diabetes [9]. One of the non-selective TNF α blockers is pentoxifylline.

In experimental studies on 80 male Wistar rats, using modern techniques (morphometric, immunofluorescent, biochemical methods, polymerase chain reaction with real-time reverse transcription (RT-PCR), statistical analysis), we found out the features of expression of transcription factor in GALT cells in rats with experimental streptozotocin-induced diabetes mellitus (EDM) and after administration of pentoxifylline. Administration of streptozotocin to experimental animals led to the development of EDM: for example, by 2nd week of the pathological process, the concentration of glucose in the blood of rats increased 3.1 times ($9,78 \pm 0,71$ mmol / l, $p < 0,05$) compared with control ($3,13 \pm 0,12$ mmol / l). There was polydipsia, hyperphagia and polyuria - the main symptoms characteristic of type 1 diabetes. The study of serial sections of the ileum of control animals, pre-incubated

with monoclonal antibodies to the transcription factor Nf-kB, showed that the development of diabetes was accompanied by a significant increase in the total density of Nf-kB⁺-cells in the lamina propria of villi (LP) and isolated lymphoid follicles (ILF) by 45,5% and 74%, respectively ($p < 0,05$) at 14th day of pathology. The same trend was maintained on the 4th week of EDM development - an increase in the total density of Nf-kB⁺-cells in the LP by 39,4% ($p < 0,05$) compared with the control. (fig.1A) Administration of pentoxifylline to diabetic animals was accompanied by a tendency to decrease the total density of Nf-kB⁺-cells in both morphofunctional zones in both the 2nd and 4th week of EDM development. However, a significant decrease in the total population density of Nf-kB⁺ + cells was observed only in the ILF by 19,7% ($p < 0,05$) on day 14 of pathology. (fig.1B)

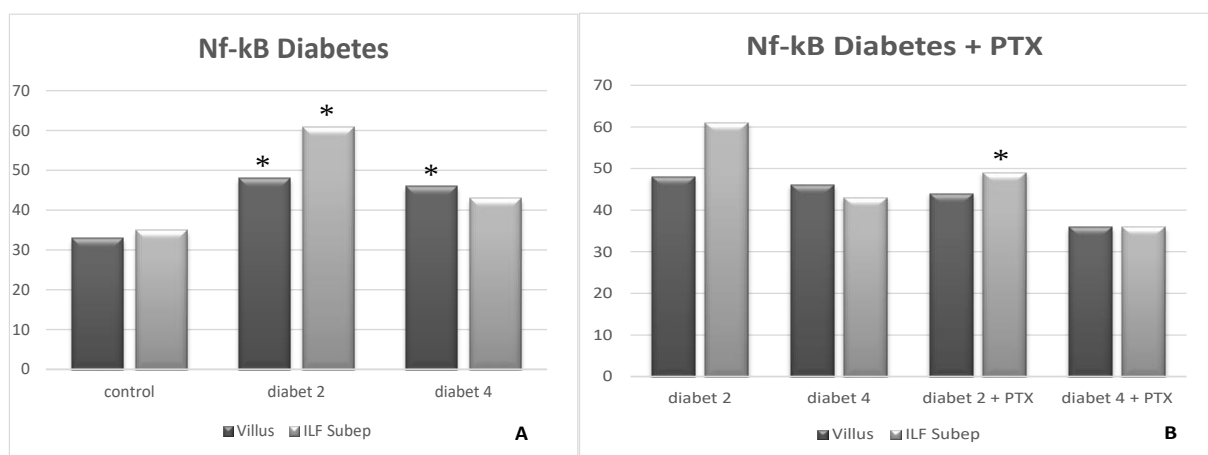


Fig. 1. The number (on 1 mm²) of Nf-kB⁺-cells in lamina propria of villus mucous layer (Villus) and in subepithelial zone of isolated lymphoid follicles (ILF Subep). The development of EDM (A). The administration of PTX (B) to experimental animals. Note: * – $P < 0.05$

The study of the relative normalized expression of the Nf-kB1 gene in rat ileal cells at 2nd week of diabetes showed an increase in mRNA concentration by 10,7 times, and at 4th week - by 5,2 times compared with the control group of animals (fig 2A). The transcriptional activity of the c-Rel gene also showed a tendency to increase with the development of EDM. Thus, on the 14th day of diabetes, this figure increased 3,6 times, and on the 28th day - 2,5 times compared with the control group of experimental animals (fig 2C). Administration of pentoxifylline to experimental animals resulted in a 3,2-fold decrease in Nf-kB1 expression at week 2 of EDM development compared with diabetic intact animals (duration of EDM - 2 weeks) and a significant 5-fold decrease in Nf-kB1 mRNA levels at the 4th week of pathology compared with diabetic intact animals (duration of EDM - 4 weeks) (fig 2B). The level of normalized expression of c-Rel on the background of the introduction of pentoxifylline showed significant changes only on the 14th day of the pathological

process - the rate increased 7,8 times compared with diabetic intact animals (duration of EDM - 2 weeks) (fig 2D).

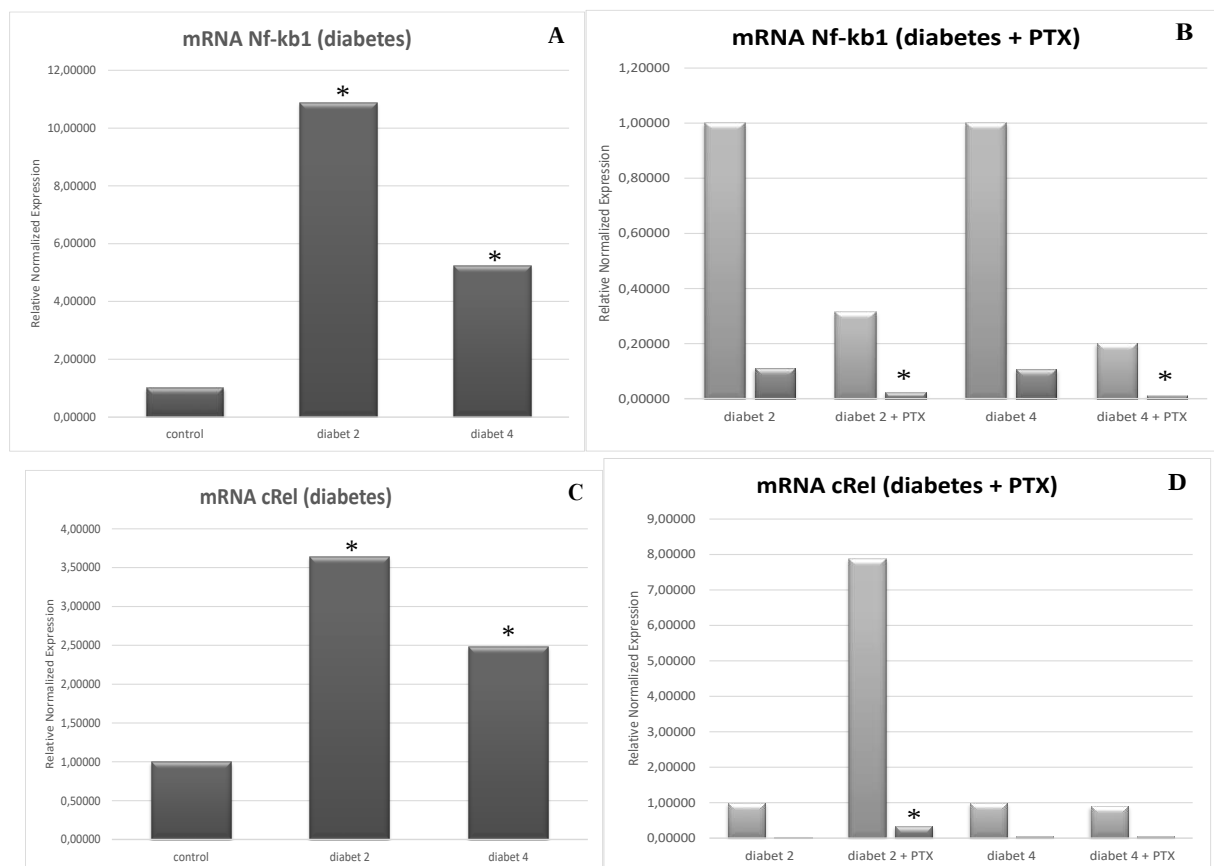


Fig. 2 Relative normalized expression of mRNA of *Nf-kB1* and *Spi-B* genes in rat ileum ILF cells. Normalization by the $\Delta\Delta C_t$ method with the GAPDH reference gene. diabetes 2, diabetes 4 - 2 and 4 week experimental diabetes mellitus, respectively; diabetes 2 + PF, diabetes 4 + PF - after the administration of pentoxifylline to a diabetic animal

Our results coincide with those of other researchers, because increased expression of Nf kB and increased transcriptional activity of genes Nf-kB1 and c-Rel immune cells of the intestine may affect the differentiation of different subpopulations of T helpers and their production of proinflammatory cytokines, thus acting as a trigger and progression of diabetes. In turn, the introduction of pentoxifylline, as a mild expression blocker, can correct the intensity of pro-inflammatory reactions, including the development of T1D.

References:

1. Vaarala O. Is the origin of type 1 diabetes in the gut? Immunol Cell Biol. 2012; 90(3): 271-276.
2. Atkinson MA, Chervonsky A. Does the gut microbiota have a role in type 1 diabetes? Early

- evidence from humans and animal models of the disease. *Diabetologia*. 2012; 55(11): 2868-2877.
3. Rheet K. J., Sethupdthi P., Driks A. Role of commensal bacteria in development of gut-associated lymphoid tissues and preimmune antibody repertoire. *Hi. Immunol.* 2004; 172(2): 1118-1124.
 4. Kamada N, Seo SU, Chen GY, Nunez G. Role of the gut microbiota in immunity and inflammatory disease. *Nat Rev Immunol.* 2013;13(5): 321-35.
 5. Alkanani AK, Hara N, Gottlieb PA, Ir D, Robertson CE, Wagner BD et al. Alterations in intestinal microbiota correlate with susceptibility to type 1 diabetes. *Diabetes*. 2015; 64(10): 3510-3520.
 6. Hayden MS, Ghosh S. NF- κ B in immunobiology. *Cell Res.* 2011; 21(2): 223-244.
 7. Gerondakis S, Siebenlist U. Roles of the NF-kappaB pathway in lymphocyte development and function. *Cold Spring Harb Perspect Biol.* 2010; 2(5): 182-188.
 8. Qiao Y.C., Chen Y.L., Pan Y.H., Tian F., Xu Y., Zhang X.X., Zhao H.L. The change of serum tumor necrosis factor alpha in patients with type 1 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.*, 2017; 12(4): e0176157.
 9. Liang L., Beshay E., Prud'homme G.J. The phosphodiesterase inhibitors pentoxifylline and rolipram prevent diabetes in NOD mice. *Diabetes*. 1998; 47(4): 570-575.

ЕНДОСКОПІЯ В АНАЛІЗІ СТАНУ РИБ

Андрощук Ірина Володимирівна

магістрант

Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара, Україна

Шугуров Олег Олегович

доктор біологічних наук, старший науковий співробітник,

професор кафедри загальної біології та водних біоресурсів

Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара, Україна

Вже досить давно методи інтероскопії стали одними з головних, які дають чітке уявлення про стан шлунково-кишкового тракту людини та допомагають вчасно виявити ті або інші патології, які виникли природним шляхом, або під дією негативних факторів [1]. Сучасна ендоскопія дає також можливість виявити патологічних змін глотової частини слухової труби, використовується у діагностиці та лікуванні ускладнень стравохідних, або гострих дуоденальних кровотеч [3]. Тобто, області використання ендоскопії постійно розширюються.

Також, вдосконалюється технічна база, що дає можливість встановлення нових підходів та методів: світлодіодної технології освітлення зони травного тракту – капсульна. Відмічено розширення переліку видів тварин (включаючи ті, що є у сільському господарстві) що тестуються на стан здоров'я, та відповідні показники, але все це зараз переважно відноситься лише до ссавців [2]. Перенесення прогресивних технологій, таких як ендоскопія, також й на водних тварин може дати певні переваги для підтримки водних біоресурсів. Тому, метою роботи було опробування можливостей ендогенної практики в оцінці патологій ротового та шлункового тракту риб.

Досліди були проведені у період осені 2019 – весни 2020 р. Всі експерименти були проведені на базі лабораторій кафедри загальної біології та водних біоресурсів, куди доставлялися та оброблялися живі риби (коропи – *Cyprinus carpio*). Вибір виду риб пов'язаний з наявністю у неї великого рота та відносно широкого стравоходу.

У досліджах ми концентрувалися на трав'яних риб, які є основними у водосховищі та могли проявити стандартні проблеми при такому харчуванні. Тому, всі досліджені риби (19 екземплярів) були виловлені у затоці річки Самара, та мали масу не менше 1 кг.

Волоконно-оптична ендоскопія – неінвазивний метод дослідження стану слизових оболонок шлунково-кишкового тракту, а також верхніх дихальних

шляхів, органів сечовиділення та інших порожнин організму. Ми використали професійний портативний ендоскоп UNI-T UT665 монітор, який має кольоровий TFT монітор з розміром 2.4 дюйми розширенням екрану 480 x 234 пікселів. Зонд повністю герметичний зі світлодіодами, його товщина складала 6 мм, що дозволило його безболісно вводити у рот та травний отвір риби.

Процес дослідження йшов наступним чином. Живу рибу тримали на піддоні, та утримували вручну в разі необхідності. Голівку ендоскопу змащували вазеліном або органічним жиром для легкого проникнення у травну систему. Пересування ендоскопу контролювалося за допомогою оцінки відеосигналу. При його введенні проводили зміни напрямку руху шляхом розворотів, (впливаючи на кабель ендоскопа). За допомогою реостата змінювали яскравість освітлення точки огляду патології у травній системі. Одночасно проводили фотографування тих або інших частин внутрішніх порожнин риби (формування світлин патологій). В умовах захвату точки знімали відеофільм, який показував процес проникнення у травну систему, точки, де знаходилися ті або інші патології.

На початкової стадії оцінки травної системи риб проводили пробні експерименти можливостей ендоскопа при зніманні ситуації на поверхні їх тіла, у зябрах під зябровими кришками (рис.1,а). З дослідів стало очевидним, що можна досить ефективно прижиттєво оцінювати зовнішні патології риб без нанесення їм летального травмування.

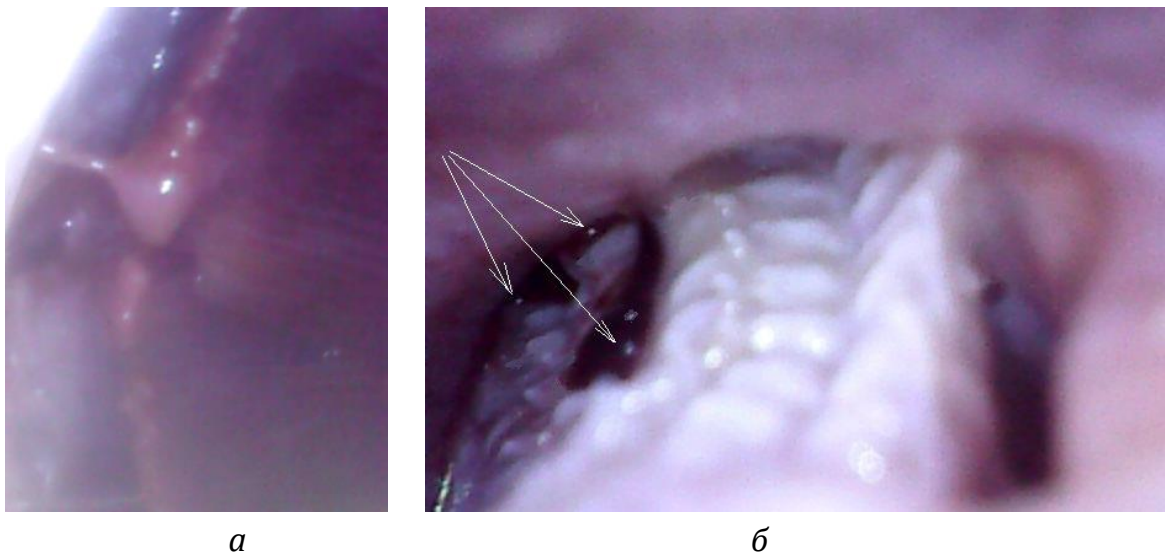


Рис. 1 Бактеріальні уражені зябра коропа (а) та бронхімікоз правої зябри ляща (б) з затоки р. Самара (ураження показані стрілками)

Було з'ясовано, що за допомогою вказаного пристрою можна не тільки фотографувати біологічні об'єкти (у цьому випадку – зябра) але й впроваджуватися в порожнини тіла на певну відстань. То, що зябра вражені

хворобою, стало також видно після того, як зонд ендоскопу ввели у горлянку риби.

На світлинах (рис.1,*а,б*) можна бачити білуваті цятки, які розподіляються у різних точках внутрішньої частини зябр. Відомо, що бранхімікоз – це гострозаразна хвороба риб різних видів, що характеризується ураженням кровоносних судин зябрового апарату та некротичним розпадом зябрової тканини. Хвороба зустрічається в рибогосподарських водоймах країн Західної Європи, ряді областей України. Збудником бранхіомікозу у коропа, сазана (і їх гібридів), карася, пічкура є гриб *Branchiomyces sanguinis Plehn*, у щуки – *B. demigrans Wundsch*; у ляща можуть паразитувати обидва гриби. *Branchiomyces sanguinis* – специфічний паразит крові, саме тому, як ми бачимо на світлині, гіфи гриба сильно розгалужені. Сильно розгалужені гіфи знаходяться тільки в кровоносних судинах зябрових дуг, зябрових пелюсток та дихальних складок.

Також, у горлі та стравоході риб було виявлено бактеріальні ураження м'яких тканин у вигляді локальних запалень та почервоніння, оскільки бактеріальні ураження м'яких тканин насамперед характеризується зміною їх кольору, та щільності.

При аналізі цілісності травної системи риб ми звертали увагу на всі випадки несиметричних змін тканин. Тобто, показником колишньої або нинішньої патології були зміни у формі частин травної системи, зміни кольору, нестандартне розташування звичних частин. До таких випадків ми віднесли факти знаходження у травній системі ран або загоєних рубців від попередніх ран (рис.2).



Рис. 2. Загоєний рубець від рани у стравоході риби

Такі випадки могли статися при стиканні риби з деякими антропогенними факторами, наприклад, крючками вудок. Також рани могли

утворитися при заковтуванні рибою тих або інших об'єктів (колючок, мілких гострих залишків молюсків), які здатні пошкодити м'які тканини горлянки або стравоходу. У багатьох випадках (як і у розглянутому) це закінчується одуженням риб, але завжди це тимчасово зменшує росту та накопичення маси промислової риби, що може приводити до програшів у внутрішньовидовій та зовнішньовидовій конкуренції.

Ще одними патологіями, які були знайдені у рибах, стали пухлини невиявленої етіології. Пухлини ми оцінювали в першу чергу шляхом порівняння правої та лівої сторони досліджуваного об'єкту – асиметрія у травних органах та тілі трактувалася як невизначена за природою опухлість.

В загальному випадку пухлини можуть утворюватися різним чином, в залежності від причини її розвитку. Це може бути як онкологічне утворення, яке розвивається від похибок генетичного апарату, так й утворення доброякісне. Дуже часто всередині пухлин знаходять іржаві риболовні гачки, що отруюють навколишні клітини: у такому випадку зовнішні предмети можуть закапсулюватися та знаходитися надалі у організмі без нанесення рибі наступних неприємностей.

Ще одною з патологій можна назвати різноманітні запалення тканин травної системи (рис.3).



Рис. 3. Запалення травного шляху коропа

Можна бачити, що в разі різноманітних запалень відбувається опухання тканин, їх вигинання, виразки на слизовій (рис.3). Як встановлено, це також досить поширені прояви негативного впливу зовнішніх факторів на травну систему.

Аналізуючи отримані дані можна говорити, що, на перший погляд, травлення у риб відбувається просто. Насправді при детальному вивченні

цього питання, виявляється, що існує безліч пристосувань, які допомагають їм здобувати й засвоювати корм. Окремі групи риб розвивалися в сильно розрізняються умовах. В результаті цього навіть в близьких регіонах абсолютно різна кормова база, до якої риби були змушені пристосовуватися. Відповідно, прояви природних та антропогенних впливів можуть декілька відрізнятися.

В наших досліджах встановлено, що майже всі риби (89 %) показали наявність в момент обстеження (або у попередньому часі) тих або інших патологічних випадків, що не закінчилися летально. Перш за все це означає, що факторів, які впливають на життя та розмноження риб дуже багато. Відповідно негативним факторам впливу можна представити гістограму патологічних проявів досліджених риб затоці р. Самара (рис.4). При цьому, всі риби на момент дослідження були живі (від наявних патологій – не вмерли).

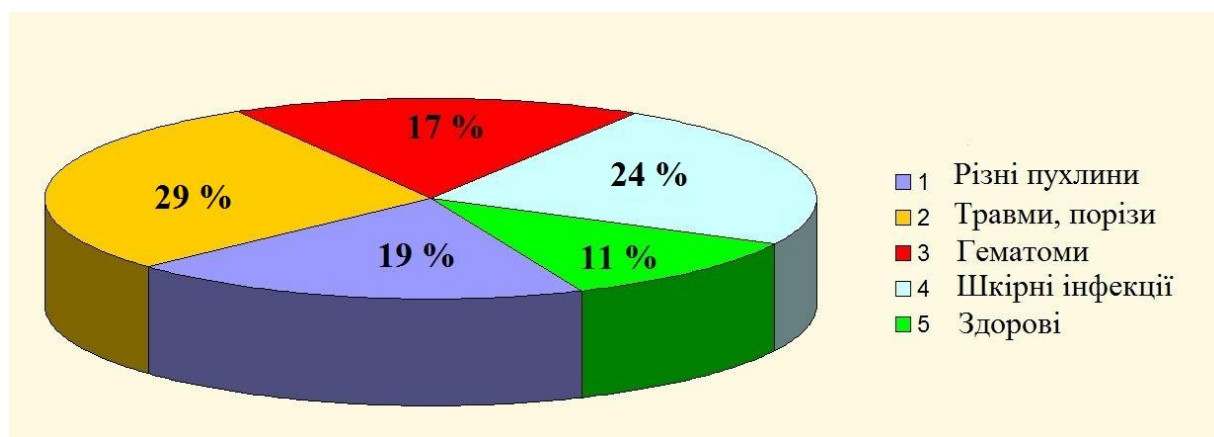


Рис.4. Розподілення виявлених патологічних випадків у живих риб Самарської затоки у період 2019 – 2020 р.

Получені дані треба розуміти та враховувати при описі стану гідробіонтів Самарської затоки у подальших дослідженнях. На основі проведених досліджень ми зробили наступні висновки:

- ендоскопічні показники можуть адекватно виявити типові патологічні процеси, що протікають у травній системі риб на момент дослідження;

- виявлено, що для аналізу стану шлунково-кишкової системи треба використовувати лише риб, розмір ротової порожнини яких приблизно в 1,5 раза більше за діаметр камери ендоскопу. Відповідно, ендоскопічні дослідження можна рекомендувати для моніторингу стану здоров'я лише великих за розміром риб кожного виду;

- у 89 % риб знайдено ті чи інші патологічні прояви на вході травної системи – пошкодження цілісності тканин (рани), гематоми, ушкодження зябр: у 17 % риб р. Самари у травній системі присутні гематоми, у 19 % – пухлини різної природи, 24 % – шкірні інфекції; 29 % – травми та загоєні та незагоєні порізи.

Список використаних джерел:

1. Курдеко А.П. Эндоскопическое исследование сельскохозяйственных животных: история, состояние, проблемы, перспективы // Ветеринарный журнал Беларуси.– 2015.– № 1.– С. 36 – 40.
2. Пюрова Л.П. Эндоскопическая диагностика рубцовых стенозов гортани и трахеи и их коррекция // Эндоскопическая хирургия.– 2010.– Т. 16, № 5.– С. 15 – 17.
3. Щербаков П.Л. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта // Медицинская сестра.– 2013.– № 1.– С. 15 – 19.

ПОРІВНЯЛЬНА АНАТОМІЯ ЛЕМЕШЕВО-НОСОВОГО ОРГАНА В ЛЮДИНИ ТА ЩУРА

Мота Оксана Миколаївна

ORCID ID: 0000-0003-4516-1169

кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри нормальної анатомії
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.
Україна

Пальтов Євген Володимирович

ORCID ID: 0000-0002-2622-4753

кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри нормальної анатомії
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.
Україна

Питання лемешево-носового органа (ЛНО) у людини залишається дискусійним до сьогоднішнього дня. Навіть зараз вчені сперечаються з приводу його морфології, функцій та наявності в людини в постнатальному періоді онтогенезу. Встановлено, що стимуляція ЛНО спричиняє вивільнення гонадотропін-рилізінг гормону, який, у свою чергу, підсилює продукцію фолікулостимулюючого та лютеїнізуючого гормонів гіпофізом [1,2]. Таким чином, постає питання про можливість введення лікарських препаратів, використовуючи ЛНО. Також дискусійним є питання щодо враховування топографії ЛНО підчас оперативних втручань на носовій перегородці, адже при їхньому виконанні можна легко пошкодити дану структуру. Разом з тим питання порівняльної анатомії органів людини та піддослідних тварин сьогодні є доволі актуальним, оскільки подальший розвиток медичної науки неможливо уявити без експерименту. Саме з таких причин вивчення морфології ЛНО в людини і порівняння з аналогічним органом у щура є важливим та актуальним.

Проведено дослідження носової порожнини п'яти білих щурів (5 самок і 5 самців), масою 200-230 г. Тварин зважували, а далі проводили евтаназію з використанням ефірного наркозу. Здійснювали декапітацію і виконували сагітальні зрізи голови, паралельно до носової перегородки. Детально вивчали стан слизової оболонки з обох сторін перегородки носа з метою ідентифікації ЛНО. З метою вивчення ЛНО в людини було проведено ендоскопію носової порожнини 10 осіб (5 чоловіків і 5 жінок) за допомогою носового ендоскопа KARL STORZ на базі медичного центру святої Параскеви.

При детальному огляді слизової оболонки носової порожнини щура з обох сторін у всіх випадках вдалося виявити ЛНО, який мав вигляд округлої ямки з діаметром приблизно 1 мм, що розміщена в нижніх відділах носової перегородки майже біля твердого піднебіння. При введенні голки в отвір вдалося потрапити в канал довжиною 6-7 мм, який сліпо закінчується.

При аналізі результатів ендоскопії носової порожнини людини встановлено, що у всіх десяти осіб вдалося візуалізувати ЛНО, але лише з одного боку. При тому, у чоловіків тричі в правому ході і двічі у лівому, а в жінок – навпаки. Він розташований у ділянці загального носового ходу на слизовій оболонці носової перегородки на відстані, приблизно, 2-3 см від ніздрі і дещо вище твердого піднебіння та має вигляд овальної ямки.

Таким чином, ЛНО краще розвинутий у білого щура, ніж в людини (в щура він візуалізується з обох боків носової перегородки, а в людини – лише з одного). В людини ЛНО має вигляд ямки овальної, а в щура – округлої форми, і в обох випадках він розташований в передніх відділах носової порожнини в ділянці перегородки носа, приблизно, на рівні різцевого каналу.

Список використаних джерел:

1. Quenton Wessels, P.V.J.M. Hoogland, W. Vorster (2014) Anatomical evidence for an endocrine activity of the vomeronasal organ in humans. *Clinical Anatomy*, 27(6), 856-860. Вилучено з: <https://doi.org/10.1002/ca.22382>
2. M.A Durante et al. (2020) Single-cell analysis of olfactory genesis and differentiation in adult humans. *Nature Neuroscience*, (23), 323-326. Вилучено з: <https://doi.org/10.1038/s41593-020-0587-9>

СЕКЦІЯ II.

БІОХІМІЯ, ФАРМАЦІЯ ТА ПРОМИСЛОВА ФАРМАЦІЯ

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕЧНІСТЬ МІСЦЕВИХ АНТИСЕПТИКІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ РЕКУРЕНТНОГО ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ

Дідковський Вячеслав Леонідович

кандидат медичних наук, доцент кафедри оториноларингології
НМУ імені О.О. Богомольця, Україна

Леус Єва Володимирівна

студентка фармацевтичного факультету
НМУ імені О.О. Богомольця, Україна

Науковий керівник: Хайтович Микола Валентинович

доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації
НМУ імені О.О. Богомольця, Україна

Вступ. Проблема тонзилітів, зокрема рекурентних, завжди була актуальною темою в людському суспільстві через її поширеність. Етіологія даного захворювання може бути різноманітна від переохолодження до вірусів та бактеріальних інфекцій [1-4, 6]. Так і на сьогодні відомо, що в Україні хворіє на хронічний тонзиліт 1260 людей на 10 тис. населення, з них 25-35% дорослих, та майже 60% дітей (загалом це вік “молодшої школи”, саме той період коли йде формування імунітету на всіх його рівнях). Під діагнозом “тонзиліт”, потрібно розуміти, що це запалення мигдаликів понад їх фізіологічну норму, а тому має додаткову виникаючу клінічну симптоматику [4,7,9].

Рекурентний тонзиліт характеризується періодичними загостреннями декілька разів на рік; викликає неодноразове запалення мигдаликів, погіршуючи якість життя пацієнта [10]. Тому виникає актуальне питання з пошуку дієвої фармакотерапії.

Як і більшість хронічних захворювань, тонзиліт лікують консервативним

методом, при цьому намагаються пригнітити інфекцію глотки [12]. Таке лікування полягає в регулярному полосканні горла різними антисептичними лікарськими засобами такі як: Декасан, Хлорофіліпт, Мірамістин, Фурацилін, Хлоргексидин; або промивання лакун мигдаликів цими препаратами по 8-10 процедур, 2 рази на рік [8,11]. Час від часу (зазвичай в період загострення) призначають курс антибіотиків [5]. Таким чином можна отримати тривалу ремісію, але потрібно дуже уважно досліджувати, і при наявності бета-гемолітичного стрептококової інфекції крім місцевого антисептика застосувати систему антибіотикотерапію, щоб попередити розвиток інфекційно-алергічних ускладнень стрептококового тонзиліту [13].

Мета роботи. Оцінити ефективність та безпечність застосування лікарських антисептичних засобів у комплексному лікуванні рекурентного тонзиліту.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати лікування 40 пацієнтів, які проходили лікування у ЛОР-центрі “Healthy Tonsils” в місті Києві (Україна). Пацієнти були поділені на умовні 4 групи, які відрізнялись схемою лікування.

Результати. В групі 1 (6 пацієнтів, які крім хронічного тонзиліту страждають на алергічний риніт) використовували фурацилін, сольовий розчин; комбінований препарат, що містить мометазону фууроат і азеластину гідрохлорид та санація лакун мигдаликів розчином декаметоксину. Пацієнти групи 2 (11 пацієнтів) комплекс лікування включав полоскання горла спиртовим розчином хлорофіліпта, комбінований фітопрепарат Імупрет та санацію лакун мигдаликів розчином мірамістину, 12 пацієнтів групи 3 (крім хронічного тонзиліту страждали на алергоз) полоскали горло розчином хлоргексидину, вживали антигістамінний засіб другого покоління дезлоратадин, а також проводилось промивання лакун мигдаликів розчином фурациліну. Пацієнти 4 групи (12 дітей старше 6 років) полоскали горло розчином декаметоксину, вживали вітамін С, санація лакун мигдаликів проводилась розчином хлоргексидину.

Встановлено, що ефективність лікування у пацієнтів 1 і 2 груп була 85%, у пацієнтів 3-ї групи – 80%, у пацієнтів 4-ї групи – 90%. Не відмічено побічних

Висновки. У більшості пацієнтів із хронічним рекурентним тонзилітом виявлено супутні алергічні прояви. Персоналізований підхід до лікування: поєднання місцевих антисептиків із місцевими чи загальними протиалергічними чи імуномодельюючими засобами був безпечними і при цьому ефективним у 80-90% пацієнтів.

Список використаних джерел:

1. Герасимюк М.І. Бальна оцінка стану хворих на хронічний тонзиліт за клінічними

- показниками в залежності від характеру динаміки імунологічних показників / М.І. Герасимюк // Шпитальна хірургія імені Л.Я. Ковальчука. – 2016. - №4. – С.72-75.
2. Інфекційні хвороби: підручник / О. А. Голубовська, М. А. Андрейчин, А. В. Шкурба та ін. ; за ред. О. А. Голубовської. — К.: ВСВ «Медицина», 2012. — С.728.
 3. Попович В.І. Тонзиліт Київ: ТОВ Медіа груп.; 2017
 4. 4.Белов В.А., Воропаева Я.В. Возрастные и гендерные особенности распространенности хронического тонзиллита у детей // Медицинский совет, 2015, № 1, с. 18-21.
 5. Дронов И.А. Проблемы выбора антибактериальной терапии при стрептококковом тонзиллофарингите у детей / И.А. Дронов, Н.А. Геппе, У.С. Малявина // Лечащий врач. – 2014. – № 1. – С. 7-10.
 6. Карпищенко С.А., В.М. Свистушкина //Хронический тонзиллит и ангина. Иммунологические и клинические аспекты - 2020. - №2 — С.120-145
 7. Крючко Т.Ф. Проблема тонзиллита в педиатрической практике / Т.Ф. Крючко, О.Я. Ткаченко, Т.В. Шпехт // Здоровье ребенка. — 2010. — № 1. — С. 79-82.
 8. Лихачев А.Г. //Многотомное руководство по оториноларингологии — 2013 С.358-371.
 9. Мельников О.Ф. Современные подходы к консервативной терапии хронического тонзиллита / О.Ф. Мельников, Д.Д. Заболотная. – К.: ООО «Вістка», 2012. – 80 с.
 10. Мельников ОФ, Заболотный ДИ, Кишук ВВ, Бредун АЮ, Рыльская ОГ. Иммунология хронического тонзиллита. Київ. Логос. 2017; 192.
 11. Mohammad Salah Abdulsahib Hadi. The sensitivity of microorganisms in the composition of bacterial biofilms to argento-cept and chlorgexidine antiseptics Вилучено з <http://elib.grsmu.by/handle/files/11576> /Mohammad Salah Abdulsahib Hadi, T. N. Sakalova,2019
 12. 12.The current evidence for the burden of group A streptococcal diseases / J. R. Carapetis, A. C. Steer, E. K. Mulholland, M. Weber // World Health Organization. – 2015. – 132 p.
 13. 13. Windfuhr J., Toepfner N., Steffen G., Waldfahrer F., Berner R. Clinical practice guideline: tonsillitis 1. Diagnostics and nonsurgical management // Eur Arch Otorhinolaryngol. – 2016. – b. 273. – P. 974– 989.

ЗАСТОСУВАННЯ ВІТАМІНУ D ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ

Зюзько Дар'я Олексівна

студентка 5 курсу фармацевтичного факультету
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Україна

Темірова Олена Анатоліївна

асистент кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Україна

Хайтович Микола Валентинович

д-р. мед. наук, професор,
завідувач кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Україна

Актуальність. Вітамін D здійснює регулювання метаболізму кальцію та фосфатів що сприяє правильній мінералізації та росту скелету. Відповідно, основним напрямком використання вітаміну D є профілактика та лікування рахіту. Результати останніх досліджень доводять важливу роль вітаміну в функціонуванні імунної системи. Показано, що компенсація дефіциту вітаміну D є ефективним методом профілактики та лікування гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ), зокрема COVID -19.

Мета роботи. Дослідити частоту застосування препаратів вітаміну D при ГРВІ.

Матеріали та методи. Основу проведених досліджень становили матеріали анкетного опитування. Було розроблено анкету для спеціалістів – провізорів/фармацевтів та для відвідувачів аптек. Проведено анкетування 201 аптечного працівника, серед яких 80,1% були фармацевти, 11,9% – завідувачі аптеками та 8% – провізори. Стаж роботи опитуваних становив від 5 до 11 років. Також було проведено анкетування 140 відвідувачів аптек. Середній вік опитуваних відвідувачів становив 19-29 років, при цьому 85,7% були жінки, 14,3% – чоловіки.

Результати. За даними результатів анкетного опитування аптечних працівників та відвідувачів встановлено, що препарати вітаміну D є більш актуальними в осінньо-зимовий період. Майже 65% фахівців відмітили, що відвідувачі частіше просять відпустити вітамін D без призначення лікаря.

Разом з тим, споживачі відповідали, що приймали вітамін за рекомендацією лікарів (63% опитуваних), родичів та знайомих (19,3%), працівників аптек (16%), реклами (15%).

На думку працівників аптеки основними станами при яких здійснюється відпуск препаратів вітаміну D є: профілактика гіповітамінозу (93%), профілактика та лікування ГРВІ (75%), профілактика рахіту (54,3%), підтримуюче лікування остеопорозу (53,4%). Зокрема, майже 67% опитуваних фахівців рекомендують вітамін D відвідувачам для профілактики та в комплексній терапії ГРВІ. Аптечні працівники частіше використовують інформацію про препарати із інструкцій (85,8% респондентів), від медичних представників (39,7% респондентів) та статей/підручників (37,7 опитуваних).

На думку 71,5% працівників аптек препарати вітаміну D частіше відпускаються у формі таблеток, тоді як 83,3% опитуваних споживачів відмічають зручність даної лікарської форми. Майже 16% аптечних працівників та споживачів відмітили рідку лікарську форму вітаміну.

Встановлено, що близько 63% споживачів приймали препарати вітаміну D курсом. При цьому, як фахівці (93%) так і відвідувачі (78%) вважають препарати вітаміну D безпечними. Лише 7% споживачів відповіли що при прийомі вітаміну спостерігалися несприятливі побічні реакції.

Щодо проміжку часу за який спостерігався ефект від прийому вітаміну D споживачі відповіли наступним чином. Майже 70% відмітили що їм важко відповісти коли відчували ефект від прийому. На думку як 16% респондентів дія препаратів спостерігалася вже через тиждень після застосування, 13% – після прийому курсу. Окрім того, 86,2% опитуваних споживачів зазначили, що порадять застосування препаратів вітаміну D родичам та знайомим.

Висновки. Отже, препарати вітаміну D є найбільш актуальні в осінньо-зимовий період року, використовуються з метою профілактики та лікування ГРВІ. Препарати є безпечними та часто відпускаються за рекомендацією аптечних працівників.

СЕКЦІЯ ІІІ. ПЕДІАТРІЯ, ПЕРИНАТОЛОГІЯ ТА АКУШЕРСЬКА СПРАВА, МЕДИЧНА ГЕНЕТИКА

[DOI 10.36074/mcnd-23.04.2021.medicine.03](https://doi.org/10.36074/mcnd-23.04.2021.medicine.03)

РИЗИК ВИНИКНЕННЯ ПАТОЛОГІЙ У ДІТЕЙ, НАРОДЖЕНИХ ЗА ДОПОМОГОЮ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ (ДРТ)

Мельник Оксана Олексіївна

ORCID ID: 0000-0003-1384-9102

асистент кафедри педіатрії, неонатології та дитячих інфекцій
Донецький національний медичний університет, Україна

Хижняк Євгенія Павлівна

Здобувач вищої освіти медичного факультету №3
Донецький національний медичний університет, Україна

Актуальність теми: за даними ВООЗ, кожна з п'яти подружніх пар у світі не мають дітей або стикаються з проблеми запліднення. В Україні безпліддя становить 2,8-3,5 на 1000 серед осіб жіночого та 0,3 на 1000 осіб [1] чоловічого населення. Проблема дуже актуальна: щоб мати дитину, більшість пар звертаються за медичною допомогою або до втручання репродуктивних технологій, усиновлюють маля чи звертаються до сурогатного материнства. Зі зростанням безпліддя, з кожним роком підвищується чисельність дітей, народжених із застосуванням ДРТ [2].

Ключові слова: репродуктивні технології, екстракорпоральне запліднення (ЕЗ), безпліддя, вроджені вади розвитку, новонароджений.

Методи дослідження: література за напрямком допоміжних репродуктивних технологій, статистичних даних та проведених наукових досліджень.

Основна частина: В усьому світі проведено ще недостатньо досліджень по визначенню захворюваності та летальних випадків у ЕКЗ-дітей, та ті, що маємо, далеко неоднозначні. За критерій дослідження використовують наявність вроджених вад чи аномалій розвитку у малюків, але цей показник не

перевищує загальнопопуляційний на 3-5% [1], тому не варто враховувати тільки цей критерій.

За статистичними даними, багато ЕКЗ-дітей (близько 65%) [1] народжуються з морфофункціональною незрілістю, малою вагою, внутрішньочерепними крововиливами чи в стані асфіксії. Все це потребує реанімаційних заходів і подальшої інтенсивної терапії. Ці стани, а також реанімаційні заходи надалі негативно впливають на постнатальний період розвитку дитини. Так, наприклад, асфіксія середньої тяжкості, може призвести до подальшого розвитку гідроцефалії чи енцефалопатії, з наявністю судомного синдрому, а її важка форма — до тяжких неврологічних ускладнень, з подальшим розвитком ДЦП та, навіть, до загибелі дитини. У дітей цієї групи ризику, в більш ранньому віці формувались тяжкі рухові порушення: спастичні та змішані тетрапарези, частіше відмічались епілептичні синдроми.

Тобто мова йде про саме ті стани, що будуть формувати соціальний рівень подальшого життя дитини та рівень її адаптації у майбутньому. [5].

Також, у деяких дослідженнях відмічають перевищення аномалій розвитку на 30-40% [3] в ЕКЗ-дітей у порівнянні з загальною популяцією новонароджених, що народилися природним шляхом. У цієї групи немовлят найбільш частими аномаліями визнані аномалії розвитку шлунково-кишкового тракту, таких як атрезія стравоходу та анусу, трахеостравохідні нориці, діафрагмальні грижі. [3] Атрезія стравоходу (з трахеостравохідною норицею чи без неї) та інші аномалії кишково-шлункового тракту формується ще внутрішньоутробно (приблизно на 4-тому тижні гестації), що надалі буде порушувати нормальну життєдіяльність дитини та буде потребувати хірургічного втручання або лікувальних заходів для стабілізації діяльності системи травлення.

Поряд з цими проблемами та аномаліями, можуть виникати вади серця, нирок, зустрічаються випадки аномалій розвитку ЦНС та судин головного мозку.

На МРТ у деяких малюків відмічалось зменшення об'єму білої речовини мозку новонародженої дитини, ознаки згладженості малюнку та порушення диференціювання білої та сірої речовини мозку.

У малюків виявлялись зорові порушення, які виникали на фоні недорозвинення оболонок ока. В основі патогенезу лежать незрілість структури сітківки та незавершеність васкуляризації на момент пологів, особливо передчасних. Тригером ретинопатії вважається мультифакторний вплив на розвиток ретинальної судинної системи. Тому причинами також можуть бути внутрішньоутробна затримка розвитку плода, виражені коливання оксигенації, важкі внутрішньоутробні інфекції, гіпоксичні ураження ЦНС та дисплазія головного мозку в проекції провідних шляхів

зорового аналізатора, генетична схильність та ін. Клінічна картина варіабельна й залежить від локалізації, протяжності та стадії процесу. [6].

В деяких випадках аномалії головного мозку, в більшості випадків, поєднувалися з мікроаномаліями серця. Наприклад, з диспластичною кардіопатією, у вигляді відкритого овального вікна або дефекту між шлункової перетинки серця малюка. [4].

Щоб чітко розуміти, чому виникають такі загрозливі стани у дітей від ЕКЗ-технологій або це є незалежними від цього збігами, що трапляються також і при фізіологічному заплідненні, треба з'ясувати: на тлі чого вони з'явилися?

За даними літератури, важливу роль в розвитку дитини в антенатальному періоді грає репродуктивне та соматичне здоров'я та вік майбутніх батьків, деякі автори не виключають й дію та розвиток негативних впливів застосування самих методів ДРТ на ембріон або шляхом лікарських засобів та самого методу запліднення тощо. [2]

Висновок: Проаналізувавши статистичні цифри, дані досліджень Вітчизняної та закордонної літератури, важко одразу сказати, що саме методи ДРТ приводять до патологій у новонароджених. Вони досі не є доказовими. Що можна безсумнівно констатувати, що у таких малюків підвищений ризик виникнення різних перинатальних ускладнень. Ці діти входять до потенційної «групи ризику» та повинні бути під постійним прицільним доглядом команди вузьких спеціалістів (педіатрів, неврологів, окулістів, кардіологів та ін. тощо).

ЕКЗ-діти, які сприятливо минули неонатальний період без ускладнень та важких станів, не відрізняються від інших малят, народжених у фізіологічних умовах та в них немає відхилень в фізичному та психічному розвитку. Для більш точного висновку, потрібні масштабні дослідження та комплексне обстеження малюків, за допомогою яких можна буде з'ясувати вплив ДРТ на всі системи та органи дитини в цілому в перинатальному періоді та у подальшому майбутньому розвитку дитини.

Це цілком важливо, бо здоров'я дитини — це здоров'я всієї нації, особливо зараз, коли спостерігається тенденція зниження народжуваності. Здоров'я кожної дитини дуже важливе, бо формує майбутнє держави!

Список використаних джерел:

1. Бекетова Г.В., Алексеєнко Н.В., Ган Р.З., Дика О.М., Ганієва Л.М. (2011) Проблема безпліддя та способи її вирішення. Особливості стану здоров'я дітей, яких було народжено в результаті застосування ДРТ. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології*, (2), 145-146.
2. Мельник Л.А., Йова А.С., Щугарева Л.М. (2017) Стан здоров'я дітей, народжених за допомогою допоміжних репродуктивних технологій. *Педіатрія*. 96 (1): 110-111.
3. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Беляєва І.А., Бомбардірова Є.П., Смирнов І.Е. (2015)

Медико-соціальні проблеми допоміжних репродуктивних технологій с позиції педіатрії. *Весник РАМН*. (1), 310.

4. Яновська Н.В., Євтушенко О.С., Євтушенко С.К. (2017) Особливості патології ЦНС у дітей 1-го року життя, народжених за допомогою ЕК-запліднення. Том 26, (2), 129.
5. Master D., Lie R.T., Markestend E. (2012) Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed.- Vol.-86,(1),16-18.
6. Мельник О.О., Єременко А.В. (2020), ПРОБЛЕМА ПОРУШЕННЯ ЗОРУ НОВОНАРОДЖЕНИХ. «PROBLEMS AND INNOVATIONS IN SCINCE», ISBN 978-1-5272-6103-7, Great Britain, London, 4 – 5, May 2020, Vol.1, 241. Британія_Ч1_сайт.pdf

СЕКЦІЯ IV. ПСИХІАТРІЯ, НЕВРОЛОГІЯ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

ВПЛИВ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ НА УСПІШНІСТЬ ШКОЛЯРІВ

Ковальчук Іванна Віталіївна

студентка 4 курсу

Комунальний заклад вищої освіти

Луцький педагогічний коледж Волинської обласної ради, Україна

Осип Марія Анатоліївна

викладач

Комунальний заклад вищої освіти

Луцький педагогічний коледж Волинської обласної ради, Україна

У сучасному світі неможливо повністю уникнути стресових ситуацій. Особливо це стосується дітей шкільного віку. Ці ситуації впливають не тільки на поведінку, взаємини з друзями та сім'єю, а і на здоров'я дитини (тут ідеться мова не лише про психологічне).

Звичайно ж, якщо не пропрацьовувати стресові ситуації безпосередньо з учнями – це може призвести до таких негативних наслідків, як виникнення психологічних травм в подальшому житті, погіршення навчальної успішності та псуванню взаємин з оточуючими.

Варто і не забувати про те, що насамперед на психологічний стан школярів впливають саме зовнішні чинники. Це можуть бути і взаємини в сім'ї чи шкільному колективі, емоційна вразливість та нестабільність дітей чи інші індивідуальні властивості.

Я вважаю, що педагогу потрібно розуміти вплив психоемоційного стану на учнів, його причини та наслідки. Саме тому дослідження даної проблеми завжди буде актуальним, бо від цього залежить стан здоров'я дітей, їх поведінка та загальний розвиток.

Насамперед хочу виокремити саме ці зовнішні фактори та поділити їх на дві групи: пов'язані з сім'єю та пов'язані зі шкільним оточенням. Отож до

першої групи належать: підвищена зайнятість батьків; менше контактування з дитиною з боку батьків чи інших осіб, які виховують її; зростання конфліктів в сім'ї. А до другої групи належать: зміна шкільного режиму; зміна шкільного колективу; труднощі а непорозуміння у відносинах між учнем та дитиною; погіршення стосунків з однолітками; недостатня або навпаки надмірна участь у шкільному житті.

Тобто багато чого залежить саме від батьків, вчителів та інших оточуючих, які повинні спрямовувати свою увагу більше на формування сприятливого психоемоційного стану дітей молодшого шкільного віку. Також важливо розробляти певні заходи, які б могли сприяти позитивному емоційному стану, який є головним чинником успішної адаптації дитини та її психологічного здоров'я. Я вважаю, що здоров'я учнів залежить не так від новітніх технологій, які не завжди бувають достатньо ефективними, як в більшій мірі від правильного підходу до вдало організованих зовнішніх умов (режиму праці, відпочинку, фізичних навантажень, харчування).

Діти дуже багато часу проводять пасивно, велика частина з них не виконує навіть ранкову гімнастику, не відвідує гуртків і секцій та не приділяє достатньо часу спільній праці в сім'ї, багато дітей навіть не читають художньої літератури. Оскільки важливим є вплив на зовнішні фактори, які в свою чергу впливають на психологічний стан, то варто удосконалювати режим дня та спосіб життя. Це важлива умова здоров'я дитини.

Навіть в молодшому шкільному віці недоліки зовнішніх впливів починають впливати на психічний стан. А це в подальшому може негативно позначитися на функціональних системах організму. Найпоширенішими, за версією психологів, негативними емоційними станами школярів є: стан тривоги; тривожність, психічна напруга; стан страху; стан гніву; стан депресії; стан пасивності; стан астенії; втома; стан перевтоми; стан моногонії.

На розвиток та виховання дитини впливають певні умови та багато різноманітних обставин. Ефективне виховання, яке відповідає потребам суспільства і самої особистості, можливе лише тоді, коли можна керувати впливом цих факторів та контролювати їх наслідки.

Взаємодію психоемоційного стресу та успішності школярів хочу показати на прикладі тривожності. Існує закономірність: з підвищенням успішності учнів збільшується і рівень тривожності. Це відбувається тому, що школярі хвилюються через свої оцінки, оскільки не хочуть отримувати нижчі, ніж їх особистий середній бал.

Основною причиною розвитку швидкої втоми та зменшення розумової працездатності учнів залишається неправильна побудова навчально-виховного процесу, невідповідність гігієнічних вимог щодо організації

навчальних занять і відпочинку загальноприйнятими нормами та надмірна інформаційна перенасиченість шкільних предметів.

Для зменшення стресових ситуацій у школярів потрібно створити стабільну сприятливу атмосферу та зменшити ризик виникнення цих стресових ситуацій. Це можна здійснити шляхом впровадження тестування щодо готовності дітей до шкільного навчання, дієвої психологічної допомоги учням, дотримання норм вікових навчальних навантажень тощо. Також важливо підвищити функціональні можливості організму школярів, стійкості до стресових ситуацій. Для цього важливим є оздоровлення дітей та роль фізичного виховання в навчальному процесі, як один з чинників пропаганди здорового способу життя.

Отже, психологічне здоров'я учнів стоїть чи не найпершому місці в освітньо-виховному процесі.

Важливо не лише знати усі ситуації, які можуть впливати на емоційний стан школярів, а і мати змогу не допустити моментів, які є негативними, та які залежать від вчителя чи шкільного керівника.

Діти по-різному реагують на стресові ситуації залежно від індивідуальних якостей і навичок управління собою. Школярі молодших класів не можуть повністю пояснити свої почуття, в той час як дорослі діти краще скажуть, що їх турбує і чому.

Діти реагують на стрес більш глобально через депресію, апатію і уникнення, нав'язливі стани, надмірну сором'язливість, надмірну увагу, надмірне занепокоєння, «замерзання» в соціальних ситуаціях, нав'язливим інтересом до предметів, рутини, їжі і постійного занепокоєнням про те, «що буде далі»; надмірним чіплянням.

Основною ознакою стресу є зміни в поведінці і головна задача педагога – виявити цю ситуацію та самостійно залагодити непорозуміння, якщо це щось не дуже значне, чи розповісти батькам, або при необхідності направити дитину до спеціаліста.

Список використаних джерел:

1. Болтівець С.І. Педагогічна психогігієна: теорія та методика: монографія / С.І. Болтівець – К., 2000. – 302 с.
2. Шапранова Т.А. Профілактика навчального стресу / Т.А. Шапранова, К.О. Родькіна // Практич. психологія та соц. робота. – 2009. – № 7. – С. 31-34.
3. Кочубей Б. І. Емоційна стійкість школяра / Б. І. Кочубей, Є. В. Новікова. – М. : Ексімо, 2005. – 435 с.

ВПЛИВ СОЦІАЛЬНОГО ІНТЕЛЕКТУ НА ОСОБЛИВОСТІ МІЖОСОБИСТІСНИХ КОНФЛІКТІВ У ПЕРІОД ЮНАЦТВА

Олійник Наталія Юріївна

здобувач вищої освіти

навчально-наукового інституту педагогіки і психології

Луганський національний університет імені Тараса Шевченка, Україна

Науковий керівник: Макаров Володимир Іванович

кандидат педагогічних наук, доцент кафедри психології

навчально-наукового інституту педагогіки і психології

Луганський національний університет імені Тараса Шевченка, Україна

В наш час така проблема, як конфліктна поведінка в юнацькому віці, властива кожній родині. Саме юнацький вік характеризується достатньо постійними проявами труднощів в спілкуванні як з однолітками так і з вчителями, батьками. Юнаки та дівчата таким чином намагаються затвердити свою позицію у відносинах з соціумом. На даному етапі розвитку особистість виходить за рамки свого дитинства, але все ще недостатньо має досвіду, щоб стати дорослим, знаходиться на кордоні між дитинством та дорослістю, саме в цей час відбувається становлення та усвідомлення себе, як особистості.

Міжособистісні конфлікти можуть мати найрізноманітніші причини, і в більшості випадків, щоб вирішити конфліктну ситуацію, юнаки та дівчата потребують в допомозі дорослих.

Феноменології конфлікту як одному з головних видів спілкування присвячено роботи В.В.Дружиніна, Г.І.Кримської, А.А. Литовка, В.В. Панчука, М.І.Станкіна, В.П.Шейнова та інших. У психології конфлікти вивчаються досить ґрунтовно і різноаспектно. Це стосується, зокрема, загальнопсихологічних параметрів міжособистісних конфліктів (Н.В. Грішина, В.Т. Кудрявцев, Л.Е. Орбан-Лембрик, М.М. Обозов, Б.Д. Паригін, М.І. Пірен та ін.). Багато досліджень присвячено вивченню психологічних детермінант конфліктної поведінки, способів її психологічної корекції та відповідних рис особистості, типології конфліктів, закономірностей їх виникнення (А.Я. Анцупов, А. Бандура, М.Й. Боришевський, І.В. Ващенко, Н.В. Грішина, О.А. Донченко, В.Л. Зливков, Г.В. Ложкін, В.С. Медведєв, Л.А. Петровська, Н.І. Пов'якель, В.А. Семиченко та ін.)

Нині не існує єдиного підходу до визначення поняття «соціальний інтелект», не сформована єдина наукова позиція щодо критеріїв, чинників,

технологій вивчення й формування цієї значущої якості особистості на різних етапах її життя. Однак, розуміючи наукову й практичну значущість проблеми розвитку соціальної сфери особистості, чимало науковців (Г.Айзенк, А.Богущ, Д.Векслер, Н.Гавриш, Дж.Гілфорд, Н.Кентор, О.Михайлова, Г.Олпорт, О.Проценко, А.Савенков, Р.Селман, Р.Стенберг, Е.Торндайк та ін.) присвятили їй власні наукові розвідки. Окремі аспекти, які стосуються визначення складових проблеми соціального інтелекту, вивчаються в контексті близьких за значенням понять: «комунікативна компетентність» (Г.Андрєєва, Н.Амінов, О.Коблянська, Л.Петровська та ін.), «соціальна обдарованість» (В.Сиск, С.Уїддет), «комунікативний потенціал» (В.Рижов, А.Реан, Д.Фельштейн та ін.), «соціальна компетентність» (В.Куніцина, Д.Люсін, О.Проценко та ін.).

Термін «соціальний інтелект» був введений у психологію Едвардом Лі Торндайком в 1920 р., який визначав соціальний інтелект як здатність до прогнозування міжособистісних відносин та прирівнював його до здатності мудро вчиняти в людських стосунках. Автор виділив три форми інтелекту: абстрактний, соціальний і конкретний. Можна стверджувати, що й досі у сфері соціального інтелекту відсутні вагомі досягнення [1].

У 1937 р. Г. Олпорт описував соціальний інтелект як особливу здатність (соціальний дар) правильно оцінювати людей, прогнозувати і забезпечувати адекватне пристосування в міжособистісних взаємодіях. Він виділяє набір якостей, котрі забезпечують розуміння інших людей; соціальний інтелект був включений до системи цих якостей як окрема здатність [2].

По Торндайку, існують три види інтелекту:

- абстрактний інтелект як здатність розуміти абстрактні вербальні і математичні символи й проводити з ними будь-які дії;
- конкретний інтелект як здатність розуміти речі й предмети матеріального світу і проводити з ними будь-які дії;
- соціальний інтелект як здатність розуміти людей, та взаємодіяти з ними.

Основна функція соціального інтелекту – прогнозування поведінки інших. Наголошено, що кожен вид інтелекту вміщує певні здібності особистості до виконання певного виду діяльності.

Функціями соціального інтелекту особистості є розуміння інших людей, пристосування до вимог суспільства, пізнання поведінки соціальних об'єктів, когнітивні та поведінкові функції, функції розуміння дій інших людей і вплив на них, розуміння себе і моделювання поведінки відповідно до своїх потреб, цілей і здібностей, здатність висловлювати спонтанні судження про інших людей, прогнозувати поведінку інших людей, функції пристосування до життєвих ситуацій, розв'язання практичних завдань і ситуацій повсякденного життя, функція соціальної адаптації, функції розв'язувати завдання на суб'єкт-суб'єктному рівні, функції самоорганізації інтелекту, соціалізації в суспільстві,

інтеріоризації соціальних норм і правил, вибір відповідної реакції у міжособистісній взаємодії, а також функції «забезпечення адаптивності в умовах, що постійно змінюються», «формування програми успішної міжособистісної взаємодії», «планування та прогнозування міжособистісних подій соціального середовища», «мотиваційна функція», «функція становлення соціальної компетентності», «саморозвиток», «самопізнання» та «самонавчання» тощо.

У структурі емоційного інтелекту виокремлюють два аспекти – внутрішньо емоційний та міжособистісний. Перший аспект – внутрішньо емоційний, характеризується наступними компонентами: самооцінка, усвідомлення власних почуттів, впевненість в собі, терпимість, мотивація досягнень, оптимізм та гнучкість.

Н. М. Князева описала особливості соціального інтелекту в юнацькому віці таким чином:

1. Добре розвинена здатність орієнтуватися в розумінні наслідків поведінки, передбачати вчинки людей.

2. Юнаки більшого значення надають вербальному спілкуванню, здатні знаходити відповідний тон при спілкуванні з різними співрозмовниками, у різних ситуаціях спілкування.

3. Спостерігається гендерні та статеві відмінності у розвитку соціального інтелекту у дівчат та юнаків. Дівчата більш проявляють чутливість до характеру людських взаємовідносин, що дозволяє їм правильно розуміти і оцінювати мовну експресію. Дівчата надають більшого значення невербальному спілкуванню, на відміну від юнаків.

Отже, соціальний інтелект є частиною загального інтелекту і передбачає здатність особистості здійснювати свою соціальну поведінку, взаємодіяти з іншими людьми.

Говорячи про юнацький вік, необхідно мати на увазі не просто вікові, а статево особливості, бо статеві відмінності досить істотні і виявляються в специфіці емоційних реакцій, в структурі спілкування, в умовах самооцінок, в психосексуальному розвитку, в співвідношенні етапів і вікових характеристик професійно-трудового і шлюбно-сімейного самовизначення.

І, нарешті, даючи характеристику раннього юнацького віку необхідно враховувати, що у кожного покоління юнаків є характеристики, які притаманні в принципі самої юності, але питома вага цих характеристик у різних поколінь може не збігатися. Крім того, існують і такі характеристики, які властиві тільки того чи іншого покоління молоді та обумовлені зовнішніми факторами розвитку.

У віковій психології юнацький вік характеризують як період, в якому формується стійка система цінностей, відбувається становлення самосвідомості та формується соціальний статус особи.

І. С. Кон підкреслює, що в ході самовизначення, спроб розібратися в навколишньому світі і в самому собі, особами юнацького віку здійснюється пошук сенсу життя взагалі і свого життя зокрема. В результаті у них формуються не тільки переконання і погляди, але й світогляд - погляд на світ в цілому, система переконань, що виражають відношення людини до світу і його головні ціннісні орієнтації [3].

М. С. Яницький зазначає, що новоутворення юнацького віку тісно пов'язані з протікаючими у цей період соціальними перетвореннями, які визначають всю динаміку процесу соціалізації.

Слободчиков відмічає, що відмінною особливістю віку стає різке посилення саморефлексії, тобто прагненню до самопізнання власної особистості, до оцінки її можливостей і здібностей, вибору свого шляху в житті.

Конфліктність юнаків відрізняється низкою особливостей, пов'язаних із недостатністю їхнього життєвого досвіду й низьким рівнем самокритики, нездатністю до адекватної оцінки життєвих обставин, підвищеною емоційною збудливістю, імпульсивністю, руховою й вербальною активністю, загостреним почуттям залежності, прагненням до набуття певного статусу у референтній групі, негативізмом, невірноваженістю збудження й гальмування. Схильність до конфліктності може пояснюватися не тільки емоційними і фізіологічними віковими змінами. Однією з характеристик нестійкого, дискомфортного положення підлітка є недостатня сформованість його соціальних навичок, які сприяють успішній соціалізації. Недостатньо сформовані соціальні навички, посилені соціально-економічною незахищеністю, часто є причиною, яка впливає на підвищену агресивність, конфліктність юнаків, на його бажання будь-якими засобами компенсувати своє незадоволення життям.

Висновки . У психології юнацький вік характеризують як період, в якому формується стійка система цінностей, відбувається становлення самосвідомості та формується соціальний статус особи.

Юнацькому віку притаманна наступна ієрархія груп ціннісних орієнтацій:

1) цінності особистого життя (здоров'я, любов, хороші та вірні друзі, щасливе сімейне життя тощо);

2) індивідуальні цінності (матеріальне забезпечення, самостійність, краса, високі домагання, сміливість, тверда воля, нетерпимість до недоліків, життєрадісність тощо);

3) етичні цінності (вихованість, чуйність, чесність, милосердя тощо);

4) цінності професійної спрямованості (цікава робота, суспільне визнання, впевненість у собі, освіченість, раціоналізм, самоконтроль, відповідальність, ефективність у справах тощо);

5) цінності розвитку і пізнання (розвиток, творчість, активне діяльне життя тощо).

Юнацький вік характеризується достатньо постійними проявами труднощів в спілкуванні як з однолітками так і з вчителями, батьками. Міжособистісні конфлікти можуть мати найрізноманітніші причини, і в більшості випадків, щоб вирішити конфліктну ситуацію, юнаки та дівчата потребують в допомозі дорослих.

Таким чином, актуальність теми дослідження визначається тією гостротою, якої в теперішній час набули питання регуляції міжособистісних взаємин у шкільних колективах, тим значенням, яке мають нормальні взаємовідносини між учителями, учнями, батьками для підвищення ефективності навчально-виховного процесу.

Особливої актуальності проблема розвитку соціального інтелекту набуває в юнацькому віці. Саме в цей віковий період найбільш інтенсивно розвиваються не тільки інтелектуальні здібності особистості, але і міжособистісна взаємодія, уявлення дитини про соціальну поведінку.

Соціальний інтелект визначається частиною загального інтелекту і передбачає здатність особистості здійснювати свою соціальну поведінку, взаємодіяти з іншими людьми. Соціальний інтелект реалізує функціонування пізнавальних процесів, пов'язаних із відображенням людини як партнера по спілкуванню та діяльності. Основна функція соціального інтелекту – прогнозування поведінки інших. Функціями соціального інтелекту особистості є розуміння інших людей, пристосування до вимог суспільства, пізнання поведінки соціальних об'єктів, когнітивні та поведінкові функції, функції розуміння дій інших людей і вплив на них, розуміння себе і моделювання поведінки відповідно до своїх потреб, цілей і здібностей, здатність висловлювати спонтанні судження про інших людей, прогнозувати поведінку інших людей, функції пристосування до життєвих ситуацій, розв'язання практичних завдань і ситуацій повсякденного життя, функція соціальної адаптації, функції розв'язувати завдання на суб'єкт-суб'єктному рівні, функції самоорганізації інтелекту, соціалізації в суспільстві, інтеріоризації соціальних норм і правил, вибір відповідної реакції у міжособистісній взаємодії, а також функції «забезпечення адаптивності в умовах, що постійно змінюються», «формування програми успішної міжособистісної взаємодії», «планування та прогнозування міжособистісних подій соціального середовища», «мотиваційна функція», «функція становлення соціальної компетентності», «саморозвиток», «самопізнання» та «самонавчання» тощо.

Список використаних джерел:

1. Андреева Г. М. Психология социального познания / Г. М. Андреева — М. : Аспект Пресс, 2005.
2. Куницына В. Н. Межличностное общение : учебник для вузов / В. Н. Куницына, Н. В. Казаринова, В. М. Поголыца. — СПб.: Питер, 2001.
3. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологи / Б.Ф. Ломов. – М.: Наука, 1989. – 449 с.

КРИЗА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО НАПРЯМКУ: МІФ ЧИ РЕАЛЬНІСТЬ

Євдокімова Руслана Валеріївна

здобувач магістерського рівня факультету психології

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, Україна

Сучасна психотерапія супроводжує всі основні школи психологічних знань, а отже потерпає від кризи психології так само, як і інші напрямки зазначеної науки. Серед основних проблем можна виділити ті, що мають найбільший вплив на перебіг повноцінного існування психотерапевтичного напрямку, а саме: відсутність єдиної, такої, що приймається всіма, теорії, відсутність критеріїв добування, верифікації та адекватності знань, розчленовування цілісності особистості. А також, істотний розрив між теоретичною і практичною психологією, особливо, якщо врахувати, що психотерапія як метод використовується фахівцями з використанням тих чи інших методик.

Підготовка професіоналів здійснюється в різних освітніх інститутах, що є однією з основних проблем цілісності знань, що отримуються (наприклад: в медичних закладах не викладається в достатньому обсязі психологія, на факультетах психології – основи медицини).

Отже, криза теоретичної психології носить перманентний характер і не може не позначатися на психологічній практиці, включаючи психотерапію, на психологічних, відповідно і психотерапевтичних, підходах, школах.

Сучасна психотерапія накопичила таку кількість методик, що один психотерапевт не тільки не може опанувати ними, а й навіть мати про них реальне уявлення, а потік їх не зменшується. В наші дні стали «модними» так звані інтегративні, або еклектичні методики, які не використовують психологічні знання інтеграції.

Інтеграція в психотерапії включає кілька варіантів: перший, передбачає створення нової теорії, а з нею – нові методи та техніки; другий – еклектичне поєднання вже існуючих методик з застосуванням або без такого еклектичної теорії; третій – успішний психотерапевт інтуїтивно, а частіше випадково формує сукупність з технік і оголошує це авторським методом.

Якщо психотерапія – практична психологія, то в своїй інтеграції вона повинна спиратися на особливості інтеграції психологічних знань і практики. Методологічною основою цього методу можуть стати методологічні розробки А. В. Юревича, який запропонував при формуванні нових знань

відштовхуватися від «розривів» для інтеграції психологічних знань і намітив три шляхи інтеграції: горизонтальний, вертикальний, діагональний [1].

«Горизонтальний» розрив, той, що існує між психологічними напрямками – біхевіоризм, когнітивізм, психоаналіз тощо – які пропонують свій образ психічної реальності та свої шляхи її вивчення [1].

«Вертикальний» розрив – розрив між різними рівнями пояснення психічного – феноменологічним, фізіологічним, соціальним та ін., що створюють відповідні «паралелі» (психофізичні, психофізіологічні, психосоціальні) [1].

«Діагональний» розрив – це розрив між академічною та практичною психологією, який взагалі властивий психотерапевтичній практиці [1].

На думку багатьох психотерапевтів та психологів, саме «діагональний» розрив є головною перешкодою на шляху формування теорії психотерапії не по типу «єдиної» теорії та методології психотерапевтичного методу. Психотерапевтичне співтовариство протягом ряду років обговорює питання окремого закону про психотерапевтичну допомогу, про психотерапію як самостійну науку.

Варто зазначити, що правова база діяльності психологів та інших фахівців даної науки, практично відсутня (виняток становить освітня діяльність, яка законодавчо регламентується).

В основу психотерапевтичного методу покладені ідеї М. М. Кабанова, який, посилаючись на С. Ледер, визначає психотерапію як форму людського втручання і спілкування, відзначаючи одночасно спірність і суперечливість позицій в розумінні психотерапії: «Як метод лікування, що впливає на психічні та соматичні функції організму (формулювання заснована на медичній моделі); як метод впливу, пов'язаний з навчанням (психологічна); як інструмент соціального контролю (соціальна); як явища комунікації між людьми (модель, пов'язана з філософськими системами)» [2]. Однак, можна вважати, принаймні, доведеним існування двох самостійних аксіологічних метанаук: медичної та психологічної психотерапії. Психотерапія (медична модель) – самостійна аксіологічна метанаука, особистісно-орієнтована на фізичне і психічне здоров'я людини, де цінністю виступає фізичне і психічне здоров'я індивіда, метою якої є відновлення, підтримання, збереження і інші фактори. Психокорекція (психологічна модель) – самостійна аксіологічна метанаука особистісно-орієнтована на всебічний розвиток, навчання, професійне і гармонійне формування індивіда [1].

Отже, з огляду на міждисциплінарність використання психотерапевтичного методу, теоретичні знання повинні включати в себе психологічні, педагогічні, психопатологічні та інші знання і практику – вибір методики до конкретних цілей.

Що стосується криза всередині психотерапевтів, психотерапевтичних напрямків, психотерапевтичних асоціацій, які, на жаль, в організаційно-правовому та адміністративному відношенні будуть розділені, але як професійне співтовариство можуть бути разом і спільно розробляти морально-етичні принципи, створювати освітні програми на підставі медичного та психологічної досвіду, «самоідентифікації» і «саморефлексії» в професії і особистості.

Список використаних джерел:

1. Юревич, А. В. Психологія і методологія/ А.В. Юревич. – Москва: Інститут психології РАН, 2005. – 312 с. – (Методологія, теорія і історія психології).
2. Кабанов М. М., Лічко А. Є., Смірнов В. М. Методи психологічної діагностики та корекції в клініці. – Ленінград: Медицина, 1983. – 310 с.

СЕКЦІЯ V. ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА ОХОРОНА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КОРОНАВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ: МЕХАНІЗМИ, ЧИННИКИ ТА ШЛЯХИ ПЕРЕДАЧІ

Баєва Олена Вікторівна

д-р. біол. наук, професор,

зав. кафедри Громадського здоров'я та мікробіології

ПВНЗ «Київський медичний університет», Україна

Коронавірус вперше було описано в 1965 році англійськими вірусологами Д. Тайрелом та М. Біноєм, вірус був отриманий від добровольця, який був заражений носовими виділеннями від хворого на гострий риніт. Проте, тривалий час на інфекційні захворювання, спричиненні коронавірусами, науковці особливої уваги не звертали. Причиною цього був легкий перебіг інфекційних захворювань, а у випадках з SARS-CoV та MERS-CoV епідемії мали локальний характер.

11 березня 2020 року ВООЗ визнав ситуацію з розповсюдженням COVID-19 як пандемію. На 17 квітня 2021 року вірус SARS-CoV-2 спричинив захворювання у понад 140 млн. осіб, з яких більше ніж 3 млн. осіб померло.

Коронавіруси (лат. Coronaviridae) — родина одноланцюгових РНК-вірусів, здатних до швидкої мутації та рекомбінації. Родина Coronaviridae включає 2 підродини: Coronavirinae і Torovirinae [1, с.35; 2, с.32]. Підродина Coronavirinae включає 4 роди: Alphacoronavirus; Betacoronavirus; Deltacoronavirus; Gammacoronavirus. Підродина Torovirinae поєднує у собі два роди: Torovirus та Bafinivirus [3, с.32; 4, с.808].

Human coronavirus 229E (HCoV-229E, рід Alphacoronavirus) виявлений в 1965 р. викликає розвиток респіраторних захворювань і ураження шлунково-кишкового тракту. Передається повітряно-крапельним і контактним шляхами. Клітини, що інфікуються: не війчастий епітелій дихальних шляхів, моноцити людини, нейрони [5].

До роду Alphacoronavirus відноситься також Human coronavirus NL63 (HCoV-NL63, New Haven coronavirus), виявлений в 2004 р. у Амстердамі, має

сезонну динаміку, розповсюджується в країнах з помірними кліматичними умовами. Захворювання, збудником яких є HCoV-NL63 виявляються як респіраторний синдром з ускладненнями: бронхіт, пневмонія, круп. Хворіють переважно діти молодшого віку, люди похилого віку і пацієнти з ослабленим імунітетом. В густонаселених містах передається від людини до людини повітряно-крапельним та контактним шляхами. За межами організму HCoV-NL63 зберігає життєздатність в розчинах до 7 днів, на сухій поверхні – до 3 годин [6].

Рід Betacoronavirus є збудником найбільшої кількості захворювань, спричинених коронавірусами. До цього відносять Human coronavirus OC43 (HCoV-OC43), який спричиняє легкі інфекції верхніх дихальних шляхів, шлунково-кишкового тракту. Клітини, що інфікуються: війчастий епітелій дихальних шляхів, макрофаги в культурі, нейрони. До Betacoronavirus також відносять Human coronavirus HKU1 (HCoV-HKU1, 2005-nCoV)- виявлений у 2005 р. в лабораторії Гонконгського університету, спричиняє ураження верхніх дихальних шляхів, сприяє розвитку пневмонії. Вірусні захворювання, спричинені 2005-nCoV спостерігались в Австралії, Китаї, США як у дорослого населення, так і у дітей. HCoV-HKU1 має виражену сезонну динаміку, більшість захворювань припадає на останні тижні зими. Діагноз на HCoV-HKU1 було встановлено при дослідженні носоглоткових аспіратів та зразків калу [7].

До роду Betacoronavirus відноситься MERS-CoV (Middle East respiratory syndrome-related coronavirus), який спричинює близькосхідний коронавірусний респіраторний синдром (верблюжий грип). Вперше MERS-CoV виявлений в 2012 р., траплявся переважно на території Аравійського півострова, зокрема, у Саудівській Аравії. У 2015 р. зафіксовано спалах хвороби в Північній Кореї. За період з 2012 по 2017 рік 88% хворих на MERS виявлено на Близькому Сході; 11% випадків - в країнах Азії; в Європі 0.8% та 0.1% випадків зареєстровано у США. Захворюваність на MERS мало сезонну динаміку: найбільша кількість випадків реєструвалась в літні місяці і найменша частота захворювань реєструвалась протягом жовтня-січня, в період з 2012 по 2017рр.[8].

Антитіла до збудника MERS-CoV у верблюдів які не мають проявів хвороби, тому є вторинним резервуаром корона вірусу. Збудник MERS-CoV від людини до людини передається пасивним повітряно-крапельним шляхом — внаслідок тісного контакту із зараженим, при користуванні спільними предметами побуту. Клінічні прояви MERS характерні для гострого респіраторного вірусного захворювання: основними початковими симптомами є гарячка, кашель, задишка, іноді діарея. У міру розвитку хвороби може переходити у тяжкий гострий респіраторний дистрес синдром, іноді з розвитком пневмонії. Смерть хворих відбувається через гостру дихальну і

ниркову недостатність та сягає до 36-40 % від загальної кількості захворілих осіб [1-2].

Severe acute respiratory syndrome (SARS-CoV) - це Betacoronavirus, який спричиняє тяжкий гострий респіраторний синдром - висококонтагіозне респіраторне захворювання вірусної природи, яке вперше було зареєстроване 16 листопада 2002 року на території провінції Гуандун на півдні Китаю, а потім стрімко набуло пандемічного поширення на території ще 30 країн Європи, Азії, Північної та Південної Америки, Австралії. Захворіло 8098 осіб, коефіцієнт смертності 9.6-10% [9]. SARS-CoV має тваринне походження. Була показана можливість джерела інфекції від ціветт (*Pagumalarvata*), зокрема через погано термічно оброблене м'ясо в ресторанах. Найбільш ймовірно зараження людей від кажанів, диких ссавців, енотовидних собак, бірманських тхорячих борсуків і ін., через погано прожарене м'ясо. Не можна виключити пряму передачу інфекції людей через продукти життєдіяльності кажанів, днювання яких можуть перебувати на горищах житлових будівель.

SARS-CoV передається повітряно-крапельним шляхом та при контакті із біологічними рідинами організму хворого. Не виключається повітряно-пиловий, показано наявність збудника не тільки в слині, а й в блювотних масах, сечі і в інших продуктах життєдіяльності. Особливої небезпеки піддаються медичні працівники, які контактують з хворими. Найбільш швидке поширення захворювання відбувалося в госпітальних умовах. При відсутності достатніх заходів контролю і профілактики один хворий у середньому заражав три контактних особи [2, 10].

Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2), спричинює розвиток коронавірусної хвороби 2019 (англ. Coronavirus disease 2019, COVID-19). SARS-CoV-2 - одноланцюговий РНК- вмісний штам виду SARSr-CoV роду Betacoronavirus.

Існує кілька теорій щодо походження SARS-CoV-2. Спочатку вважалося, що вірус походить від кажанів, морепродуктів та змії, які поширились серед людей, які відвідували або проживають у місті Ухань (Китай), проте останнім часом припускають, що він передався від панголінів, ціветт, або верблюдів до людей.

SARS-CoV-2, як і SARS-CoV, MERS-CoV передаються при контакті людини з людиною або при дотику до поверхонь, забруднених зараженою людиною, та через аерозольну передачу. Передача SARS-CoV-2 відбувається через безпосередній контакт людини з людиною. Переважають контакти між працівниками охорони здоров'я, первинних медичних працівників та хворим пацієнтом. SARS-CoV-2 віруси поширюються через дихальні краплі під час чхання чи кашлю та залишається на поверхнях різних предметів. Краплі слизу важче повітря, тому не затримуються в вигляді аерозолі, а падають на різні

поверхні. SARS-CoV-2 існує в краплях рідини на сталевих і пластикових поверхнях – від 7-24 годин до 2-3 днів. Останні наукові повідомлення викликають занепокоєння щодо зворотної зоонозної передачі SARS-CoV-2 хутровим тваринам, тваринам із зоопарків, домашнім тваринам, таким як собаки та коти, тому необхідне формування цілісного підходу з метою визначення різних можливостей та ймовірностей передачі вірусу за різних умов навколишнього середовища [11].

Основним чинником передачі вірусу є потрапляння крапель слизу від зараженої людини до слизових оболонок інших людей.

Торовіруси підродини Torovirinae вперше у 1972 році вірус був виділений у коня в Берні, Швейцарія, який страждав на діарею. У 1982 році аналогічний вірус був виділений з телят у Бреді, штат Айова. У 1984 р. у фекаліях людини були виявлені віруси аналогічні за морфологічною структурою. Захворювання супроводжувалось гастроентеритом або сильною діареєю. Однак через обмеження діагностичних аналізів та безсимптомне протікання інфекції в багатьох випадках, на сьогодні бракує епідеміологічних досліджень щодо Torovirinae [12].

Список використаних джерел:

1. Львов Д.К., Колобухина Л.В., Дерябин П.Г. Коронавирусная инфекция. Тяжелый острый респираторный синдром// Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение.- 2015.- № 4.-С. 35-42
2. Супотницький М.В. Новый коронавирус SARSCoV-2 в аспекте глобальной эпидемиологии коронавирусных инфекций // Вестник войск РХБ защиты.-2020.-Т.4.-№ 1.- С. 32–65.
3. Калініна О.С. Таксономічна характеристика РНК-геномних вірусів хребетних тварин і людини// Науковий вісник ЛНУВМБ імені С.З. Гжицького, 2017.- т 19.- № 78.- С.30-35
4. de Groot R.J., Baker S.C., Baric R. et al. Family Coronaviridae. Virus Taxonomy: Ninth report of the international committee on taxonomy of viruses / eds A.M.Q. King, M.J. Adams, E.B. Carstens, E.J. Lefkowitz. Oxford : Elsevier Science, 2011: 806–28.
5. Hamre D., Procknow J. J.A new virus isolated from the human respiratory tract// Experimental Biology and Medicine.- 1966.- vol. 121, no. 1, pp. 190–193, View at: Publisher Site | Google Scholar
6. Sahar Abdul-Rasoo, Burtram C Fielding Understanding Human Coronavirus HCoV-NL63// Open Virol J. 2010; 4: 76–84. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2918871>
7. Esper F., Weibel C., Ferguson D., Landry M.L., Kahn J. S. Coronavirus HKU1 Infection in the United States// Emerg Infect Dis. 2006 May; 12(5): 775–779. [Electronic resource]. – Mode of acces: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3374449/>
8. Nassari M.S., Bakhebah M.A., Meo S.A., Alsuaibeyl M.S., Zaher W.A. Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) infection: epidemiology, pathogenesis and clinical characteristics// European Review for Medical and Pharmacological Sciences.- 2018; 22: 4956-4961 [Electronic resource]. – Mode of acces: <https://www.europeanreview.org/wp/wp-content/uploads/4956-4961.pdf>
9. Hui1 D.S.C., Chan1 M.C.H., Wu1 A.K. м Severe acute respiratory syndrome (SARS): epidemiology and clinical features// Postgrad Med J 2004;80:373–381 [Electronic resource]. – Mode of acces: <https://pmj.bmj.com/content/80/945/373>

10. Lipsitch M., Cohen T., Cooper B. et al. Transmission dynamics and control of severe acute respiratory syndrome // Science. 2003. Vol. 300. P. 1966–1970. [Electronic resource]. – Mode of acces: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12766207>
11. Balasubramanian Ganesh,Thangarasu Rajakumar,Mathiyazhakan Malathi, Natesan Manikandan, Jaganathasamy Nagaraj, Aridoss Santhakumar, Arumugam Elangovan, Yashpal Singh Malik Epidemiology and pathobiology of SARS-CoV-2 (COVID-19) in comparison with SARS, MERS: An updated overview of current knowledge and future perspectives// Clin Epidemiol Glob Health. 2021.- 10: 100694. [Electronic resource]. – Mode of acces: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7806455>
12. Zhang-Min Hu Yong-Le Yang Lingdong Xu Bin Wang Pan Qin Yao-Wei Huang Porcine Torovirus (PToV)—A Brief Review of Etiology, Diagnostic Assays and Current Epidemiology // PToV Etiology and Epidemiology.- 2018 [Electronic resource]. – Mode of acces: https://www.researchgate.net/publication/332507914_Porcine_Torovirus_PToV-A_Brief_Review_of_Etiology_Diagnostic_Assays_and_Current_Epidemiology

СЕКЦІЯ VI. СУДОВА МЕДИЦИНА ТА ПАТОЛОГІЧНА АНАТОМІЯ

ДІЯ ОКРЕМИХ ХАРЧОВИХ ДОБАВОК НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ

Мустафіна Галія Міркатівна

ORCID ID: 0000-0002-1596-2486

аспірант кафедри патологічної анатомії з секційним курсом

Українська медична стоматологічна академія, Україна

Науковий керівник: Старченко І.І.

ORCID ID: 0000-0002-6666-1448

д.мед.н., професор, зав.кафедри патологічної анатомії з секційним курсом

Українська медична стоматологічна академія, Україна

Харчові добавки - найрізноманітніші природні сполуки чи хімічні речовини, що навмисно додаються до складу їжі. За походженням можна розділити на натуральні і синтетичні. Синтетичні бувають двох типів: синтезовані речовини, які зустрічаються і в натуральних продуктах харчування, та штучні речовини, які не мають природних аналогів. Речовини, що не пройшли випробування називаються недозволеними харчовими добавками. Окремі добавки можуть бути дозволені в одній країні, але заборонені в іншій [1,2,3,4,5]. По мірі розвитку аналітичних методів, виявлення нових токсикологічних чи інших даних, нормативи добавок переглядаються.

На підставі аналізу сучасних наукових джерел викладені дані щодо виявленого негативного впливу конкретних добавок, зокрема понсо 4R, нітриту натрію та глутамату натрію на організм.

Е 124 - доволі поширена харчова добавка (англ.: Ponceau 4R; франц. «квітка маку») - синтетичний азо-барвник що використовують з 1910 року для підфарбовування різні напої і продукти в яскраво-червоний колір [3,4,5]. Не схвалений у США через інформацію, що натрієві солі, які входять до складу Е 124 є канцерогеном який може призвести до утворення злоякісних пухлин [4,5]. Країни Європи і Азії переконують в безпечності даної добавки, за умов використання її в рекомендованих дозах. Проте, починаючи з 1970-х років

періодично з'являються дані, щодо асоціації добавки з синдромом дефіциту уваги і гіперактивності дітей і це стало підґрунтям до включення E 124 в список заборонених речовин в окремих країнах [3,5].

Поширена група харчових добавок - нітрати nitrate (NO_3) та нітрити nitrite (NO_2) - сполуки азоту, які містяться у овочах, сирах, ковбасо-м'ясних виробках.

На повітрі очищений нітрит натрію (E 250) повільно доокислюється до нітрату натрію NaNO_3 . Близько 5% нітратів перетворюється у нітрити в шлунку. Решта, лише в термінальних відділах кишечника, що зменшує їх засвоєння організмом, але таке може підвищувати ризик розвитку раку товстої кишки [2]. В крові нітрити взаємодіють з гемоглобіном, окислюючи залізо, перетворюють його в метгемоглобін. Мінімальні дози якого небезпечні для немовлят ("синдром синього немовляти") через їх вагу та більш високий рівень pH у шлунку, що призводить до підвищеної конверсії нітратів у нітрити [5,6].

В процесі додавання до м'яса E 250 перешкоджає розвитку *Clostridium botulinum*, і вступаючи у взаємодію з міоглобіном, утворює нітроміоглобін, який і надає м'ясним продуктам привабливий рожево-червоний колір [1,6]. Під дією високої температури, E 250 вступає у реакцію з амінокислотами внаслідок чого утворюються нітрозаміни - похідні аміаку, які виступають як канцерогени.

Глутамінова кислота в нашому організмі є у вільному стані та у складі білків, і відноситься до умовно незамінних амінокислот. E 620 ідентифікована в 1866 році німецьким хіміком, а в 1907 році японський біохімік Ікеда Кікунае вивчив властивості глутаматних солей та ізолював хімічно чистий E 621 (MSG), що є найбільш розчинним, найсмачнішим та найпростішим для кристалізації.

E 621 підсилює та врівноважує смаки [2,4,5,6]. Вільний глутамат надає їжі так званий «м'ясний» смак. Інтернет-джерела стверджують, що в теперішній час щорічне споживання E 621 на планеті досягло 200 000 тон [5,6].

Зустрічаються данні, що великі дози E 621 можуть викликати головний біль і інші почуття дискомфорту, що в літературі отримали назву як «китайський ресторанный синдром» [6], і що як підсилювач смаку сприяє переїданню, та збільшує ймовірність розвитку надлишкової ваги. Хіросі Огурою було описано втрату зору і витончення сітківки ока білих щурів після годування їжею з 20% вмістом глутамату натрію, проте інші дослідження це не підтвердили. Також є припущення, що при тривалому вживанні E 621 можлива гепатотоксична дія.

Висновки. Отже, питання щодо можливих наслідків вживання харчових добавок на морфо-функціональний стан внутрішніх органів відносно часто переглядається, так як дослідники досі мають неоднозначні, інколи протилежні точки зору. Більшість харчових добавок виводиться з організму

після процесів окислення, відновлення, гідролізу і кон'югації, що протікають переважно в печінці, тому печінка є одним з основних органів, що може страждати від потрапляння до організму значної кількості харчових добавок чи їх комбінацій.

Список використаних джерел:

1. Mustafina H. M., Starchenko, I. I., KokaV. M., Lukachina, Y. I., & Chernyak, V. V. (2021). Сучасні уявлення про вплив окремих харчових добавок на організм людини. / Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії, 21(1), 194-198. <https://doi.org/10.31718/2077-1096.21.1.194>
2. Vsemirnaya organizaciya zdavoohraneniya [Internet]. Dostupno: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/food-additives> [in Russian]
3. FAO/WHO Food Standards [Internet]. Codex Alimentarius: GSFA Online. Available from: <http://www.fao.org/gsfaonline/index.html>
4. U.S. Food and Drug Administration (FDA). An official website of the United States government [Internet]. Food: Food Ingredients & Packaging. Available from: <https://www.fda.gov/food/food-ingredients-packaging>
5. Food Standards Agency [Internet]. Approved additives and E numbers. Available from: <https://www.food.gov.uk/business-guidance/approved-additives-and-e-numbers>
6. The International Glutamate Information Service (IGIS) [Internet]. The scientific research supporting the safety and benefits of monosodium glutamate (MSG) is extensive. Available from: <https://glutamate.org/safety/msg-safety-fact-sheet/>

ДОЦІЛЬНІСТЬ АКТИВНОГО ВПРОВАДЖЕННЯ ТЕЗИГРАФІЇ В СУДОВО-МЕДИЧНУ ПРАКТИКУ

Федорова Олена Анатоліївна

ORCID ID: 0000-0002-5509-2155

канд. мед. наук, асистент кафедри судової медицини та медичного права
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Україна

Вступ. Оскільки термін проведення судово-медичних експертиз регламентуються чинним законодавством, судово-медичні експерти й працівники правоохоронних органів зацікавлені в скороченні часу виконання і підвищенні якості експертиз. Через це, судово-медична практика вимагає впровадження нових, швидких та доказових методів діагностики.

Наприкінці минулого сторіччя в багатьох галузях медичної практики було широко впроваджено діагностичні методи біокристаломіки, однак, у вітчизняній судовій медицині відбулись лише перші спроби встановлення ефективності кристалографічних методів діагностики, а саме - тезиграфічного методу. В подальшому було встановлено, що цей метод, як і багато інших кристалографічних методів є наочним та ефективним, оскільки чітко реагує на щонайменші зміни фізико-хімічного складу в організмі людини та візуалізує їх через формування кристаломорфологічних структур, характерних для станів стресу, хвороби, травми та інтоксикації.

Через це, на кафедрі судової медицини та медичного права НМУ імені О.О. Богомольця з 2015 р. було розпочато роботу з комплексного вивчення тезиграфії біооб'єктів тіла та встановлення діагностичного значення цього метода для потреб судово-медичної практики.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось з дотриманням норм біоетики та за добровільною згодою пацієнтів. В роботі використовувались різні біорідини тіла: зразки сечі та змішаної слини реконвалесцентів, тканинні екстракти внутрішніх органів (секційний матеріал) та анамнестичний (катамнестичний), тезиграфічний й аналітичний методи досліджень.

Результати та обговорення.

Дослідження проводилось за такими напрямками, як:

- 1) встановлення регіонального походження крові;
- 2) встановлення травматичного та патологічного походження гострого порушення мозкового кровообігу для потреб експертизи живих осіб;
- 3) встановлення тезиграфічних ознак живо- та мертвонародженості для потреб проведення експертиз трупів новонароджених;

4) встановлення динаміки реконвалесценції пацієнтів від деяких хвороб;
 5) встановлення можливості контролю за якістю лікування пацієнта тощо. Певні результати фрагментів дослідження вже були частково опубліковані [1, 2]. Оприлюднення повного узагальнення результатів заплановано у відповідній монографії.

Тезиграфічне дослідження. Тезиграфія проводилась за стандартною методикою, з використанням в якості кристалоутворювача спиртового розчину $\text{CuCl}_2 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$ та подальшою термічною співкристалізацією протягом певного часу, визначеного експериментально відповідно до кожного біооб'єкта.

Для кожного біооб'єкта було розроблено тезиграфічні стандарти «нормальної» кристалізації та діагностичні шаблони тезиграфічних показників.

Тезиграфічне динамічне спостереження цих об'єктів виявило ряд змін діагностичних показників та поступову їх нормалізацію у порівняних осіб.

Також, в ході комплексного тезиграфічного дослідження було встановлено, що за допомогою порівняльного тезиграфічного методу можна діагностувати: динаміку реконвалесценції пацієнта, а також ефективність його лікування; проведення дифдіагностики таких актуальних судово-медичних питань, як встановлення живо- та мертвонародженості за рахунок дослідження тканинних екстрактів плаценти й пуповини тощо.

Приклад № 1.

З метою судово-медичної оцінки доцільності проведення тезиграфії для констатації динаміки одужання молодого пацієнта, хворого на COVID-19, було проведено неодноразовий тезиграфічний контроль кристалізації екстракту змішаної слини пацієнта, в ході якого стало вочевидь поступове покращення тезиграфічних показників до повної їх нормалізації (рис. 1-3).



Рис. 1. Кристалізація екстракту слини пацієнта, хворого на COVID-19 на 7 добу від початку хвороби



Рис. 2. Кристалізація екстракту слини пацієнта, хворого на COVID-19 на 28 добу від початку хвороби

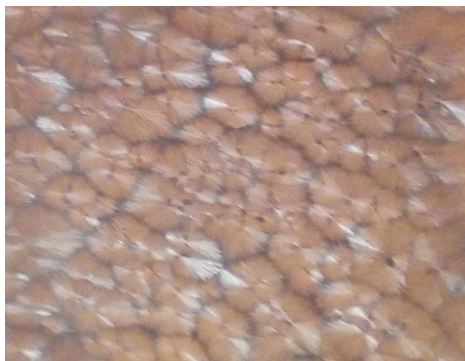


Рис. 3. Повна нормалізація кристалізації за 5 місяців

Таким чином, за порівняльним аналізом отриманих в процесі реконвалесценції пацієнта тезиграфів можливо чітко прослідковувати динаміку нормалізації діагностичних тезиграфічних показників, а отже й нормалізацію фізико-хімічних процесів в організмі, тобто стан одужання.

Приклад № 2.

З метою судово-медичної оцінки доцільності проведення тезиграфії для проведення контролю лікування, було проведене динамічне тезиграфічне спостереження за кристалізацією змішаної слини пацієнтів відділення онкопатології ЛОР-органів. У тих з них, які знаходились на лікуванні злоякісних новоутворень (ЗН) у відділенні тривалий час, і в яких була змога проведення неодноразового контролю, спостерігалась позитивна тезиграфічна динаміка на час виписки, як на наведених рис. 4-5, що свідчило про ефективність обраного та проведеного лікування.



Рис. 4. Відсутність нормальної кристалізації в тезиграмі слини гр.-ки С., хворої на ЗН 4 ст. з метастазами в лімфовузли шиї, стан після операції Крайля та хіміопроменевої терапії

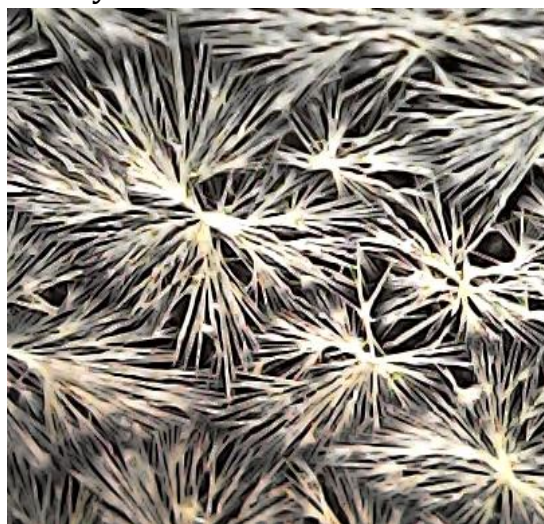


Рис. 5. Зміни кристалізації в бік нормалізації - формування дендритно-«сніжинкової» кристалізації в тезиграмі слини у гр.-ки С. через 2,5 місяці після проведення паліативної променевої терапії

Таким чином, під час проведення даного фрагменту порівняльного аналізу, стало вочевидь, що тезиграфічний метод може використовуватись для констатації позитивних або негативних кристаломорфологічних змін показників в тезиграмах пацієнта внаслідок проведення певного лікування, а отже, для встановлення його ефективності для даної особи.

Приклад № 3.

В результаті вперше проведеного для потреб судово-медичної практики порівняльного тезиграфічного дослідження тканинних екстрактів плацент мертво- та живонароджених, було встановлено, що тезиграми тканинних екстрактів даних біооб'єктів також відрізняються один від одного (рис. 6-9).

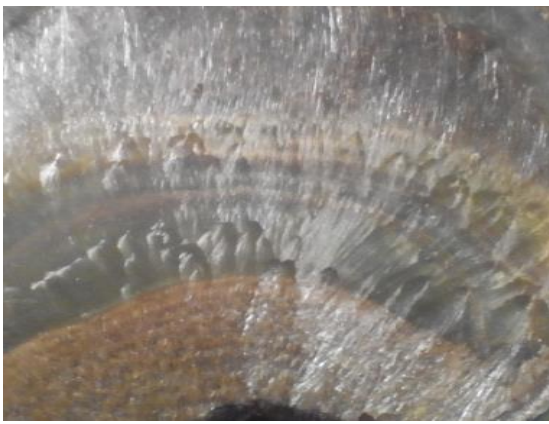


Рис. 6. Загальний «склоподібний» вид тезиграми екстракту плаценти мертвонародженого



Рис. 7. «Нерозправленість» центрів та нежиттєздатний вигляд дендритів у центрах кристалізації



Рис. 8. Загальний вид тезиграми екстракту плаценти живонародженого



Рис. 9. «Звичайні» пухнасті центри кристалізації в тезиграмі екстракту плаценти живонародженого

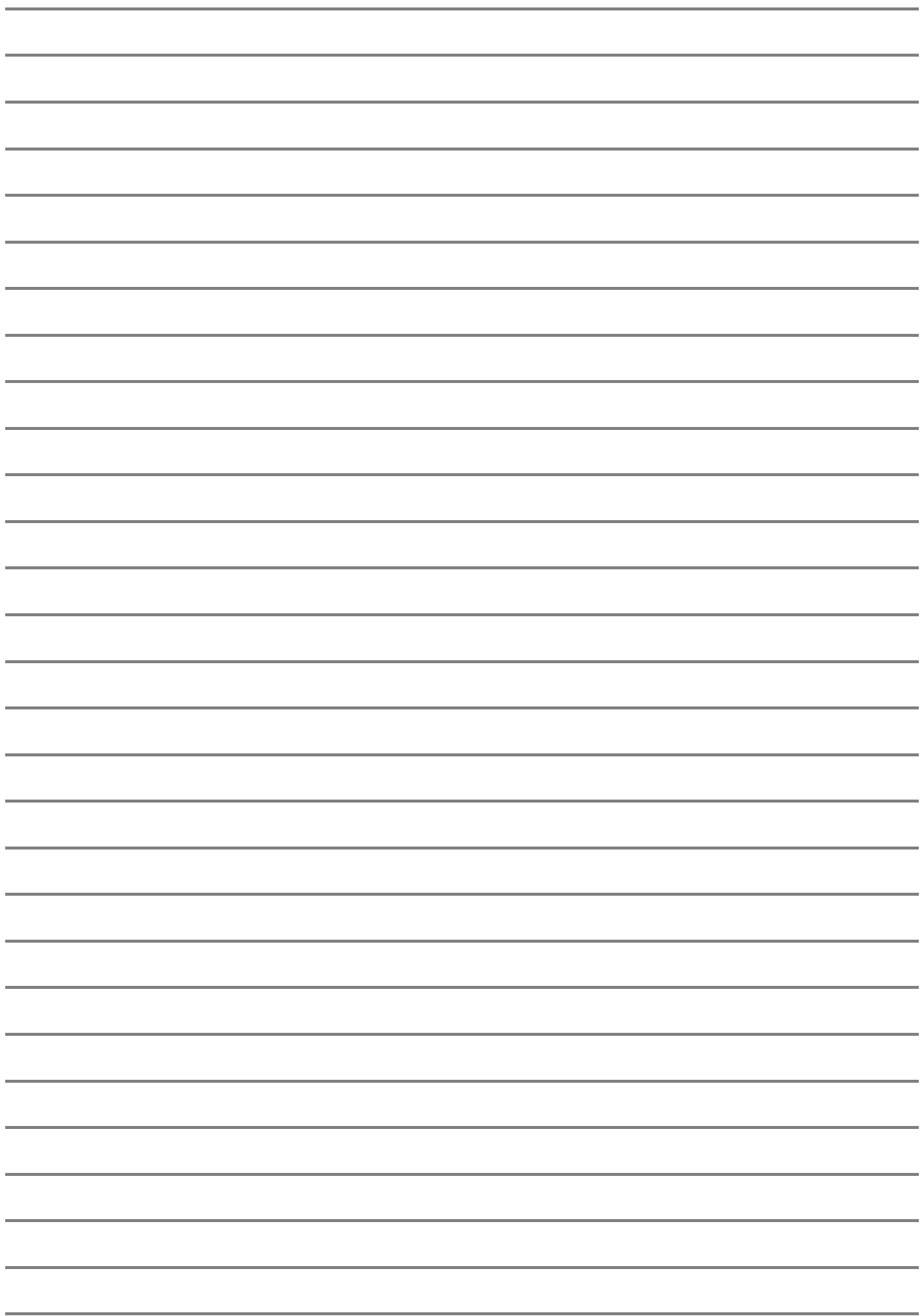
Отже, стало вочевидь, що тезиграфічне дослідження може потенційно стати досить швидким додатковим діагностичним методом встановлення живо- та мертвонародженості, в комплексі з судово-гістологічним.

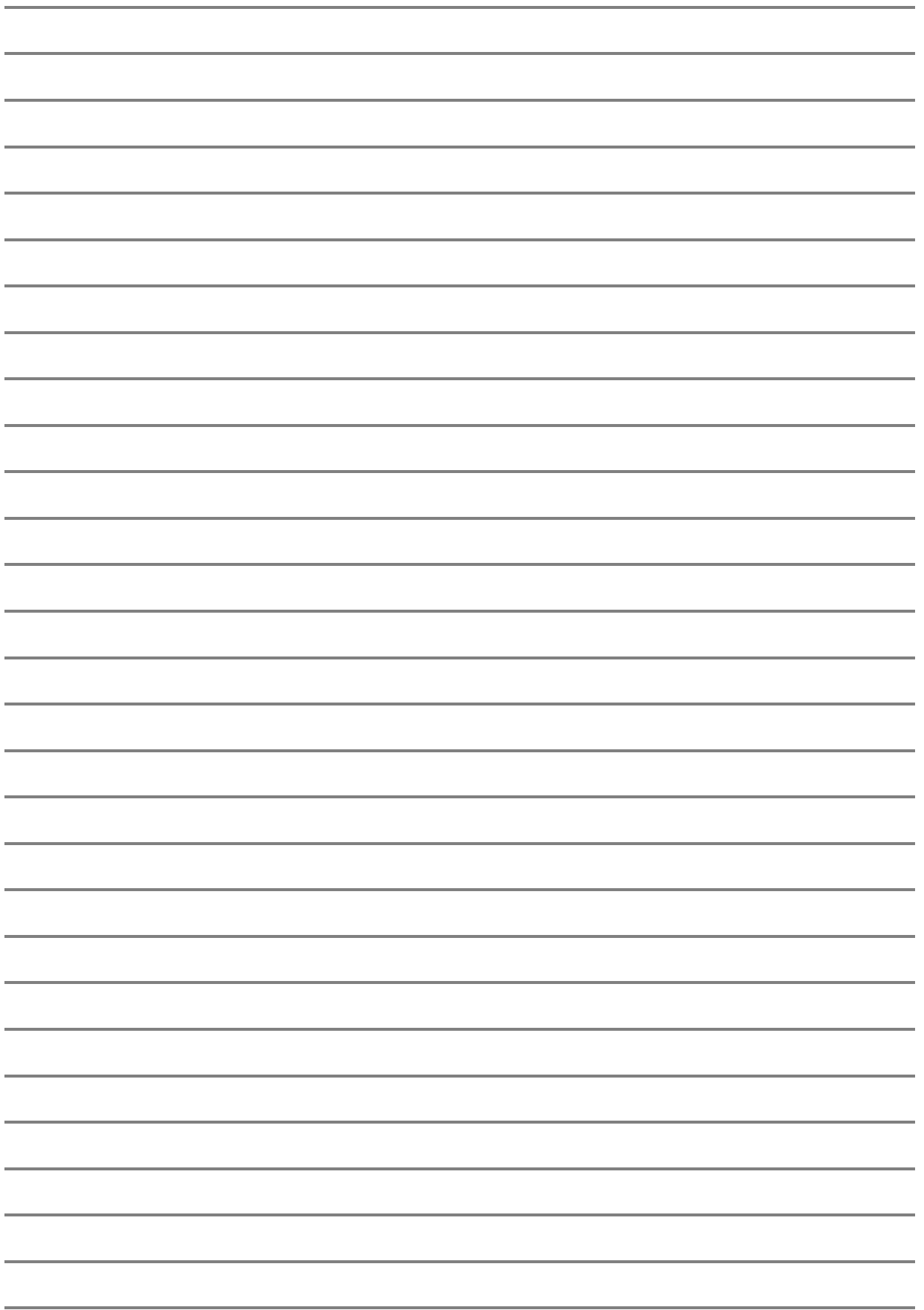
Висновок. Враховуючи результати вперше проведеного комплексного тезиграфічного дослідження різних біооб'єктів, стає вочевидь, що використання даного кристалографічного методу досліджень сприяє отриманню наочних, об'єктивних результатів, є швидким (1,5 – 6 годин для різних об'єктів) та бюджетним, оскільки не потребує складного обладнання та дефіцитних реактивів, а отже, є цілком доцільним в судово-медичній практиці.

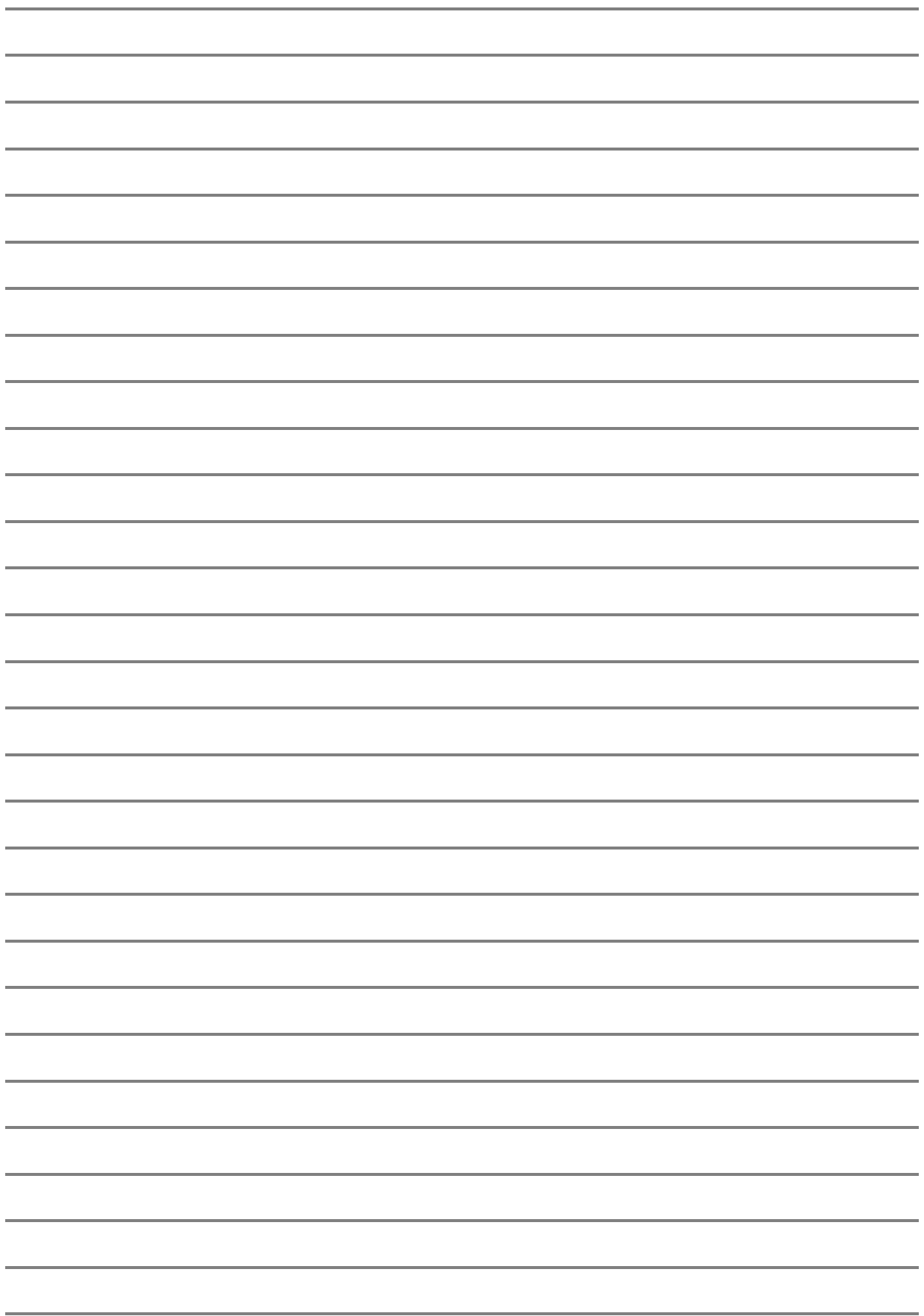
Список використаних джерел:

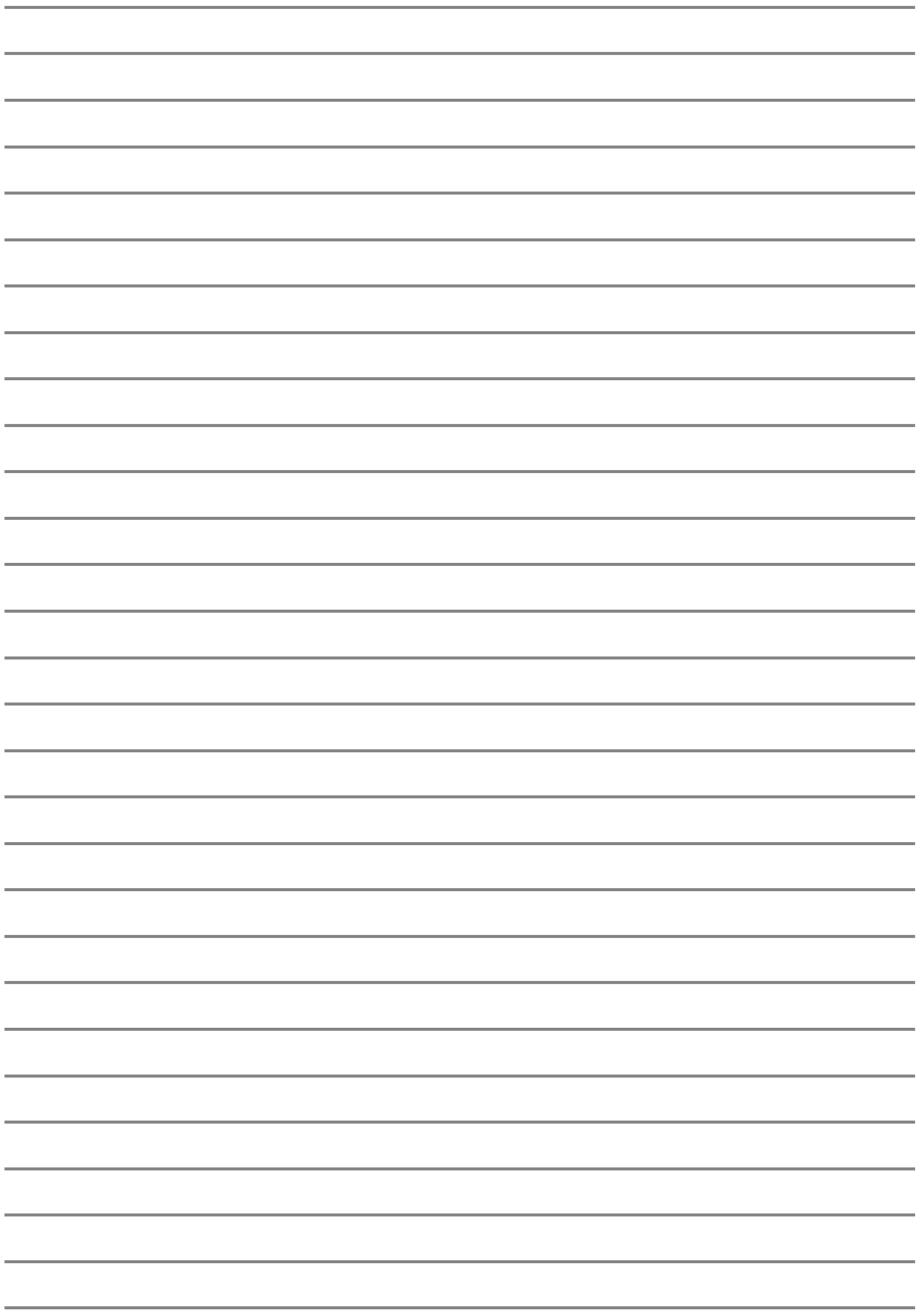
1. Федорова Е. А., Михайличенко Б.В. (2016). Диагностика давности наступления смерти по методике кристаллографии экстрактов из тканей внутренних органов и крови трупа. *Лабораторная диагностика. Восточная Европа. Международный научно-практический журнал*, Т. 5, (3), 364-371.
2. Федорова О.А., (2020). Тезиграфія показників реконвалесценції осіб, хворих на COVID-19(розбір клінічних випадків). *Збірник наукових праць ЛОГОС*, 70-76. <https://doi.org/10.36074/25.12.2020.v2.20>

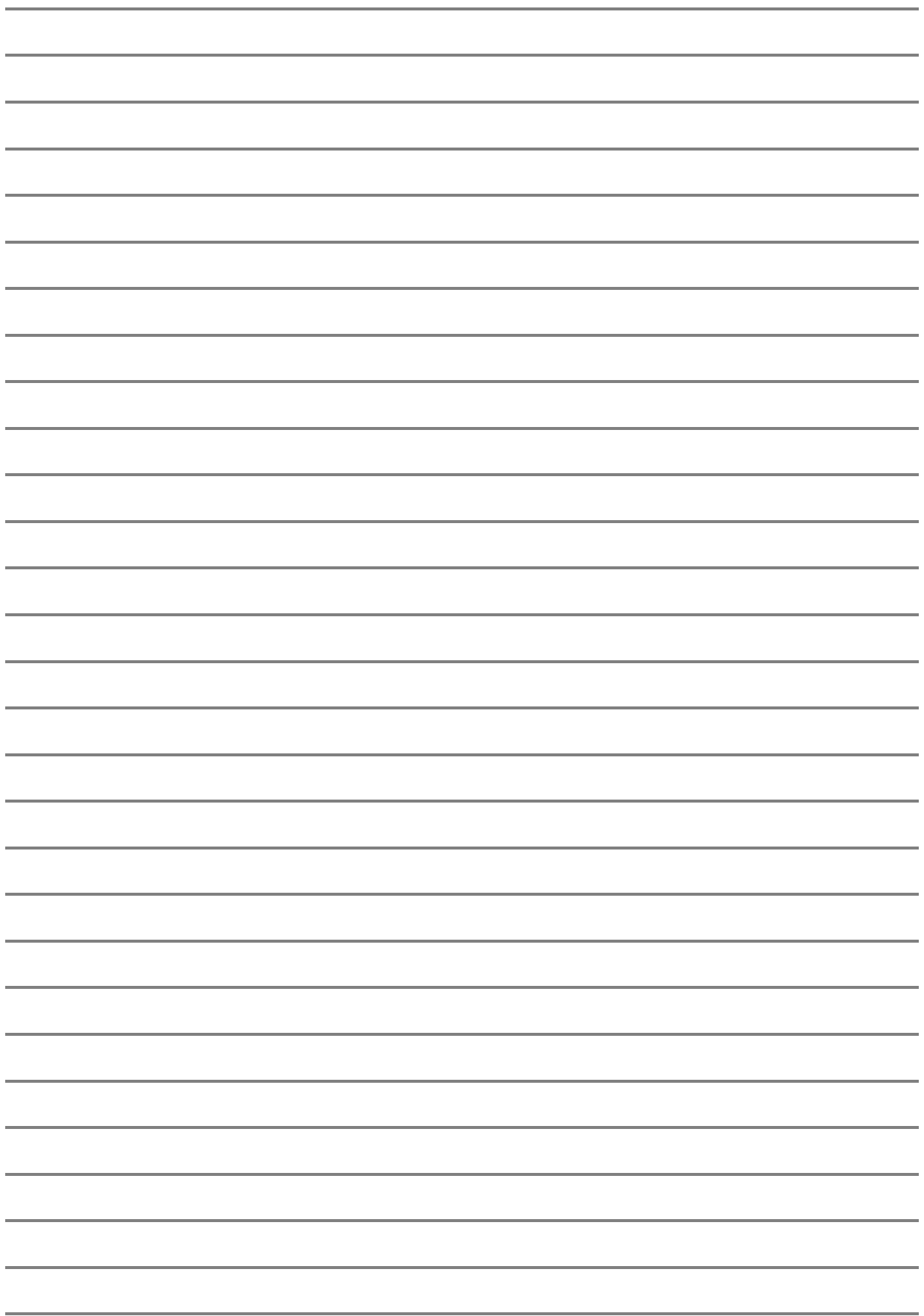
This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 20 evenly spaced horizontal grey lines across the entire width of the page, providing a guide for handwriting or typing. The background is a clean, solid white color.

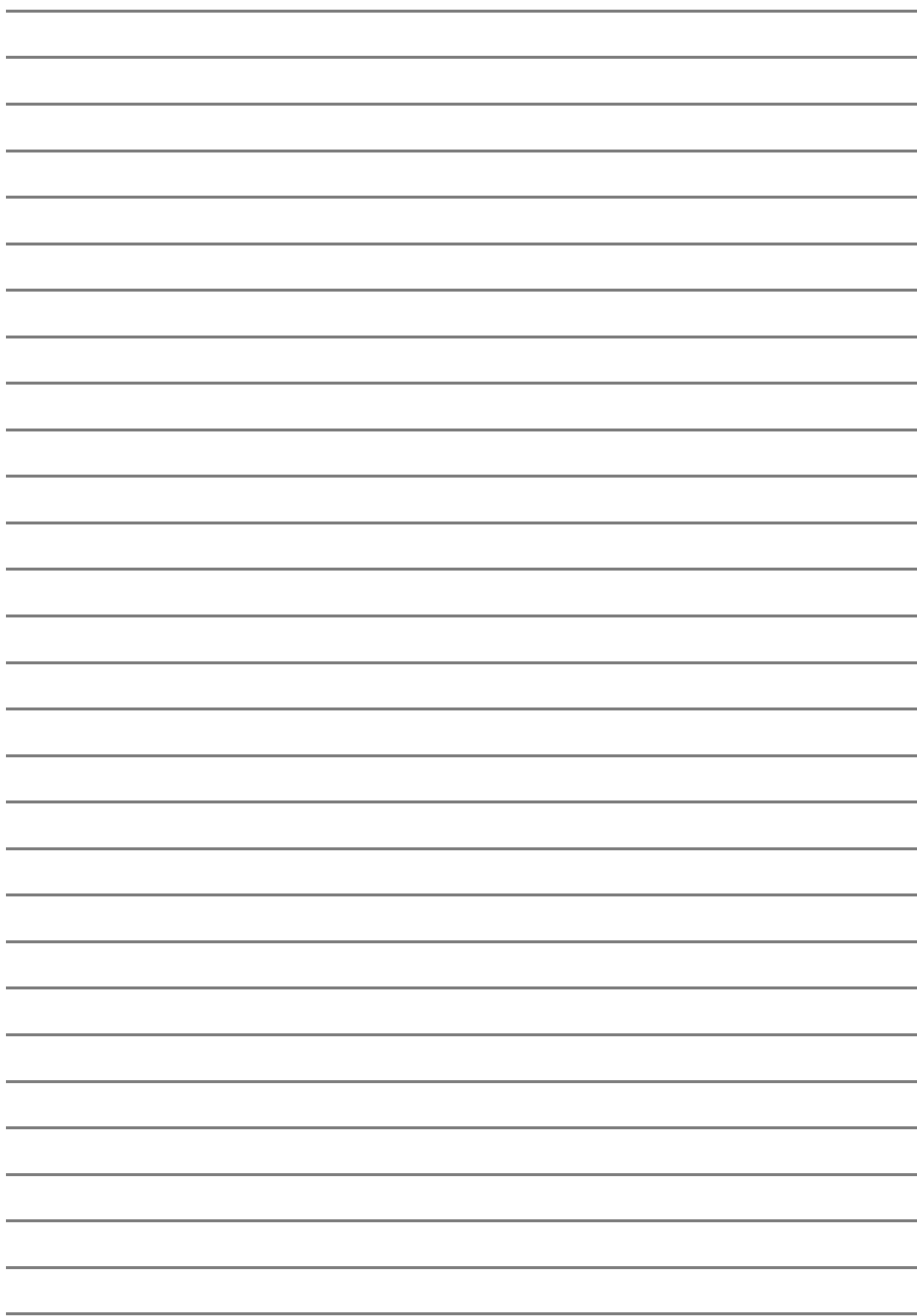


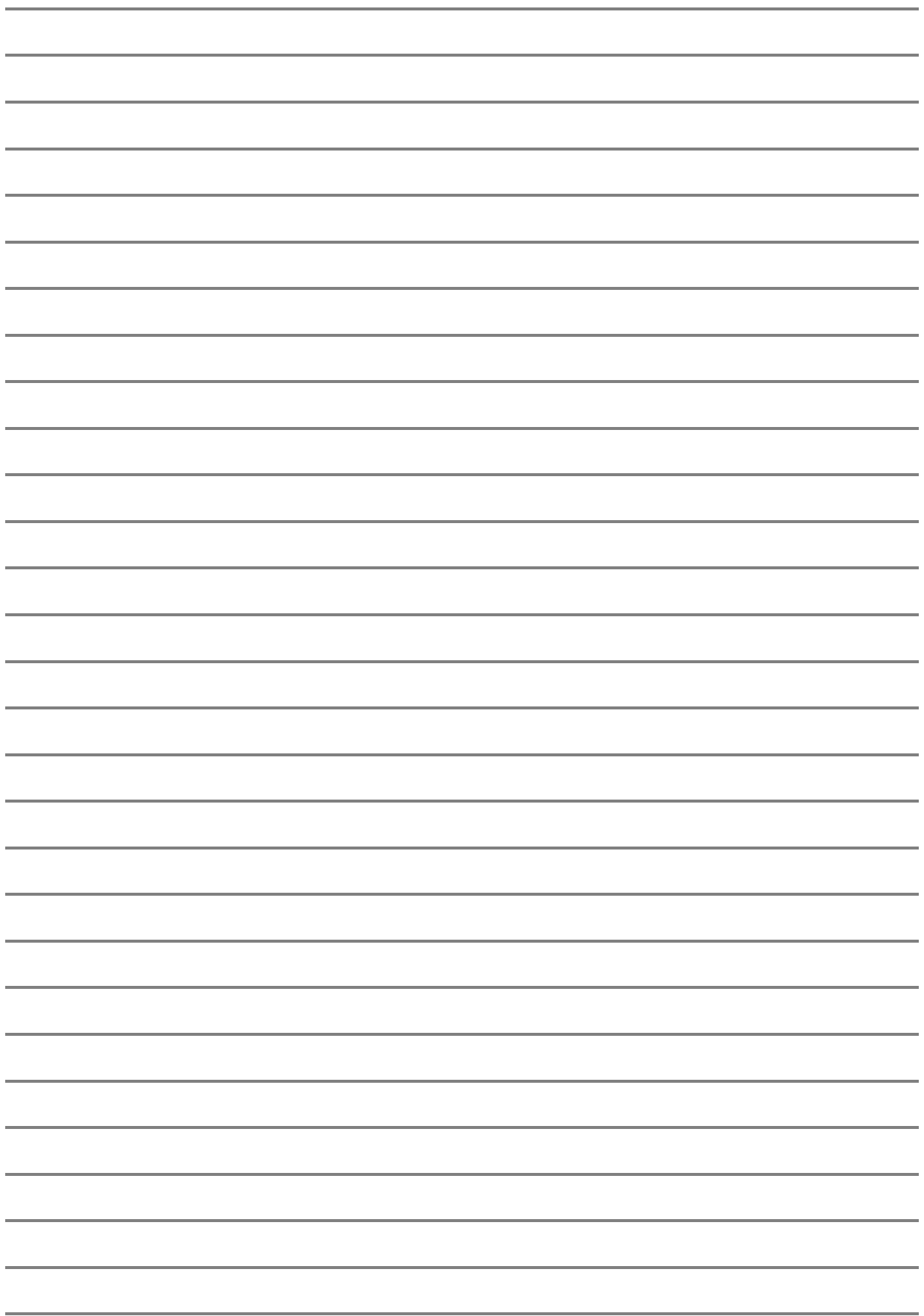


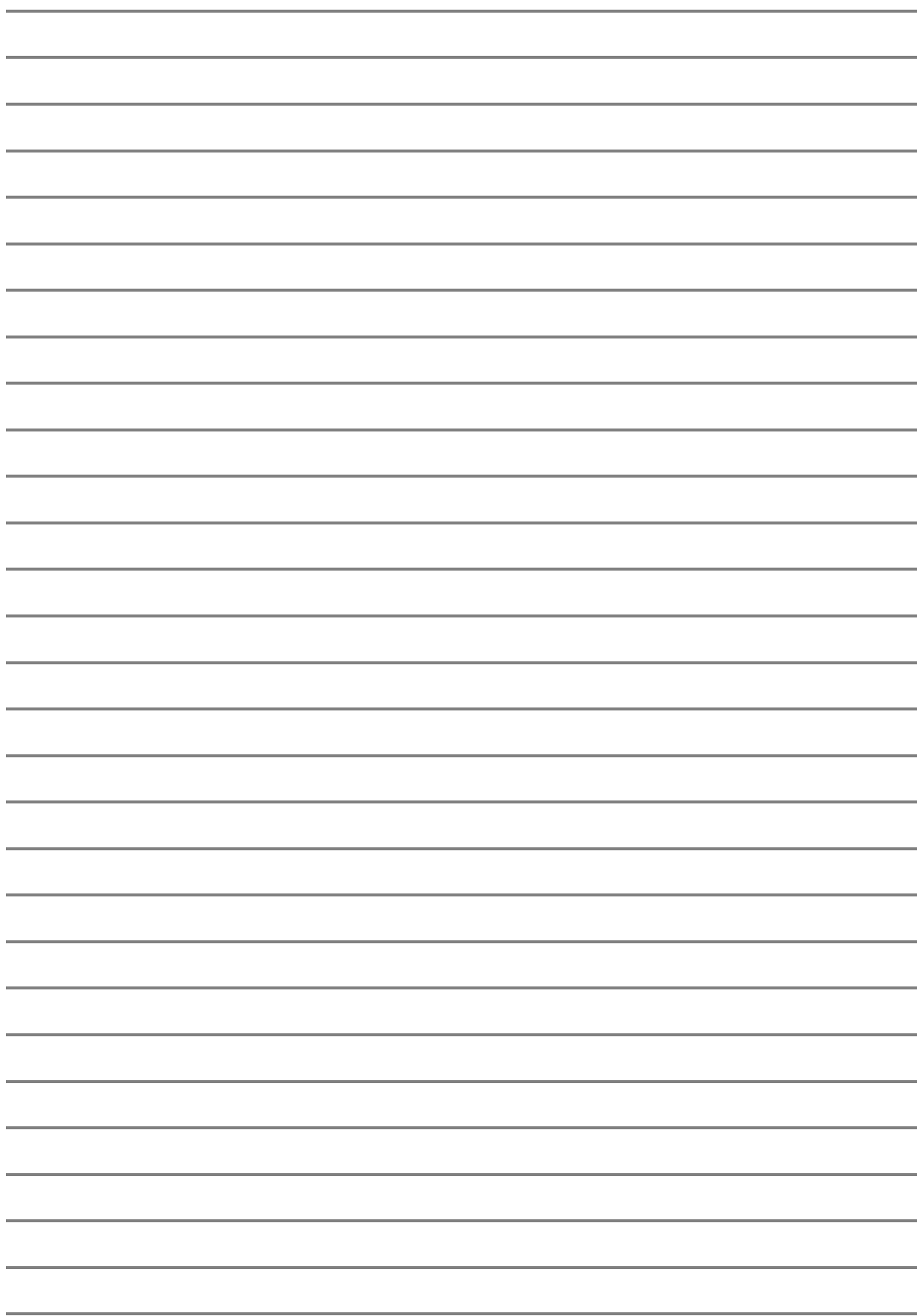












НАУКОВЕ ВИДАННЯ

МАТЕРІАЛИ МІЖНАРОДНОЇ
СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

**«КОНЦЕПЦІЯ СУЧАСНОЇ ФАРМАЦІЇ ТА МЕДИЦИНИ:
РОЗВИТОК БІОХІМІЇ, БІОТЕХНОЛОГІЙ ТА
БІОМЕДИЧНОЇ ІНЖЕНЕРІЇ»**

23 квітня 2021 року ♦ Полтава, Україна

Українською та англійською мовами

*Всі матеріали пройшли оглядове рецензування.
Організаційний комітет не завжди поділяє позицію авторів.
За точність викладеного матеріалу відповідальність несуть автори.*

Підписано до друку 26.04.2021. Формат 60×84/16.
Папір офсетний. Гарнітура Cambria. Цифровий друк.
Умовно-друк. арк. 3,49. Замовлення № 21816. Тираж: 50 примірників.
Віддруковано з готового оригінал-макету.

Контактна інформація організаційного комітету:
21037, Україна, м. Вінниця, вул. Зодчих, 40, офіс 103
Міжнародний центр наукових досліджень
Телефони: +38 098 1948380; +38 098 1956755
E-mail: mcnd@ukrlogos.in.ua

Видавець: Громадська організація «Європейська наукова платформа».
21037, Україна, м. Вінниця, вул. Зодчих, 18, офіс 81. E-mail: info@ukrlogos.in.ua
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи: ДК № 7172 від 21.10.2020.

Виготовлювач: Друкарня ФОП Гуляєва В.М.
08700, Україна, м. Обухів, вул. Малишка, 5. E-mail: 5894939@gmail.com
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи: ДК № 6205 від 30.05.2018 р.