

A photograph of a football game. In the center, a player in a dark blue jersey with "NAVY" written on it in green letters is running with the ball. He is wearing a gold helmet with "NAVY" on the side and the number 32 on his shoulder. He is being tackled by several players in white jerseys with red accents. One player in the foreground has "GIRARD" on his jersey. Another player in the background has "RUTGERS" on his jersey. The word "WayScience" is overlaid in large blue letters with orange horizontal lines through it.

WayScience

III Міжнародна науково-практична
інтернет-конференція

«Сучасний рух науки»

WayScience

III Міжнародна науково-практична
інтернет-конференція

«Сучасний рух науки»

Редакція Міжнародного електронного науково-практичного журналу «WayScience»

Матеріали подані в авторській редакції. Редакція журналу не несе відповідальності за зміст тез доповіді та може не поділяти думку автора.

Сучасний рух науки: тези доп. III міжнародної науково-практичної інтернет-конференції, 1-2 жовтня 2018 р. – Дніпро, 2018. – 748 с.

III міжнародна науково-практична інтернет-конференція «Сучасний рух науки» присвячена головній місії Міжнародного електронного науково-практичного журналу «WayScience» – прокласти шлях розвитку сучасної науки від ідеї до результату.

Тематика конференцій охоплює всі розділи Міжнародного електронного науково-практичного журналу «WayScience», а саме:

- державне управління;
- філософські науки;
- економічні науки;
- історичні науки;
- юридичні науки;
- сільськогосподарські науки;
- географічні науки;
- педагогічні науки;
- психологічні науки;
- соціологічні науки;
- політичні науки;
- інші професійні науки.



Рисунок 7 Олексій Молдован під Прагою

Родинна фототека містить знімки і про період відбудови знищеного війною господарства, про часи «відлиги» та «застою», період перебудови та про зовсім недалекі події в нашій українській історії. Зрозуміло, що найдавнішим фото – особливе місце, адже їх зовсім мало, тому вони й найцінніші.

Отож, завершуючи мандрівку в минуле сторінками сімейного фотоальбому, через історію однієї родини ми доторкнулись до історії нашої країни. Ця подорож у часі стала можливою завдяки тому, що в моїй родині всі покоління зростали в любові, добрі та повазі до сімейних цінностей. Ось так із маленьких родинних історій складається велична історія держави. Творімо її разом!

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІНФЕКЦІЙНОЇ (НЕАЛЕРГІЧНОЇ) БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Сухан В.С.

viktorija.sukhan@uzhnu.edu.ua

кандидат медичних наук, доцент

доцент кафедри пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії

Ужгородський національний університет

м. Ужгород, Україна

Поширеність бронхіальної астми (БА) стрімко зростає у всьому світі. За останні 20 років ця цифра зросла майже вдвічі – з 160 млн. до 300 млн. чоловік [1, 2, 3]. Незважаючи на розробку та впровадження в медичну практику протоколів ведення хворих на БА, міжнародних рекомендацій покрокової терапії контроль над астмою залишається на низькому рівні [4, 5]. За даними GINA 57% хворих на БА, що мешкають в Європі не контролюють своє захворювання, а 77% із них продовжують приймати швидкодіючі препарати більше ніж двічі на тиждень [5].

Однією з причин недостатнього контролю БА є її фенотипова неоднорідність [6, 7, 8]. Клінічні фенотипи БА є гетерогенними. Про гетерогенну природу БА відомо давно, що відображалось у різних спробах класифікації астми та виділення різних її типів перебігу [9, 10]. Та тільки в останнє десятиріччя науково – медична спільнота прийшла до розуміння того, що БА – не одне захворювання, а сукупність великої кількості фенотипів. Їх формування залежить від генетичних та екологічних впливів та визначається взаємодією клітинних елементів дихальних шляхів та імунної системи [10]. Фенотипування відбувається у двох напрямках: за клінічними, патофізіологічними, молекулярними маркерами та варіантами відповіді на терапію [7, 10]. Одним із таких фенотипів є інфекційна (неалергічна) БА (ІБА). Серед чинників розвитку та загострення ІБА важливе місце посідають респіраторні інфекції як верхніх дихальних шляхів (ВДШ) так і нижніх дихальних шляхів (НДШ), які розглядаються як одне ціле. Інфекційний чинник в кожному відділі ДШ здатен модифікувати перебіг БА [11]. Встановлено, що від 30% до 40% дебюту та загострень БА пов'язано з тривалою персистенцією патогенних та умовнопатогенних мікроорганізмів, де у 50% - 90% етіологічно припадає на вірусний збудник [6].

Метою роботи було проаналізувати особливості перебігу інфекційної бронхіальної астми.

На базі ДУ НПМЦ «Реабілітація» МОЗ України м. Ужгород було проведено комплексне обстеження 57 хворих на ІБА.

Середній вік у групі хворих на ІБА склав $38,2 \pm 0,76$ років. За гендерним складом переважали жінки. Тривалість захворювання БА була $11,6 \pm 1,96$ років. Вік дебюту астми склав $26,6 \pm 1,66$ років.

У всіх хворих ретельно збирався алергологічний анамнез. Алергічна сенсibiliзація спостерігалась у 36 (63,2%) випадків, в основному, до побутових хімічних речовин, різких запахів, харчових алергенів. Обтяжена спадковість діагностувалась у 24 (42,1%) хворих, переважно по материнській лінії. Медикаментозна алергія у 19 (33,3%) випадків була встановлена до еуфіліну, антибіотиків пеніцилінового ряду. Серед причин формування БА називались ускладнення після перенесеної пневмонії та ГРВІ у 35 (61,4%) хворих. Причиною загострення БА у 49 (86%) випадків слугували застуди, гострі бронхіти, ГРВІ. Частота загострення ІБА становила $1,8 \pm 0,54$ разів на рік. Загострення астми припадало на зиму та/або осінь у 50 (87,7%) пацієнтів. На метеотропність вказували 48 (84,2%) хворих та погану переносимість холодного, вологого повітря.

При зборі анамнезу життя цікавим виявся той факт, що 32 (56,1%) хворих на ІБА перенесли операції з видалення імунокомпетентних органів (тонзилектомія та апендектомія).

У всіх хворих досліджувалась функція зовнішнього дихання (ФЗД). Петля форсованої життєвої ємності легень (ФЖЄЛ) була знижена у 38 (66,7%) випадків та була характерна генералізована обструкція бронхів у 27 (47,4%) випадків. Різкі обструктивні порушення прохідності бронхів спостерігались у 10 (17,8%) хворих, значні – у 13 (22,8%) пацієнтів та помірні – у 22 (38,6%) хворих на ІБА. Індекс бронхоспазму у хворих на ІБА становив $10,9 \pm 2,01\%$, індекс дилатації – $6,8 \pm 1,90\%$, показник лабільності бронхів був на рівні – $17,7 \pm 3,22\%$.

Запалення дихальних шляхів визначалось загальноклінічними, біохімічними та імунологічними методами. Так, титр загального сироваткового IgE був збільшений у 1,42 рази. Рівень еозинофілів в периферичній крові був в межах $3,8 \pm 0,44\%$, нейтрофілів – $76,4 \pm 0,67$. Гістамін сироватки крові був

підвищений у 1,71 рази, а гістамінопексія була відповідно пониженою у 1,91 рази. Активність холінестерази була понижена у 1,98 рази. Рівень NO₂ в конденсаті видихуваного повітря був значно підвищений у 9,43 рази.

Також досліджувався гуморальний імунітет хворих на ІБА. Титр антибактеріальних антитіл (АТ) – стафілококових, стрептококових, пневмококових був підвищений у 1,46 рази, у 1,44 та у 1,69 рази відповідно. Також дослідження встановили підвищений титр (АТ) до тканинних алергенів – легеневих, бронхіальних, надниркових у 1,32, у 1,27 та у 3,34 рази відповідно. Також встановлений достовірно знижений титр комплементу у 1,3 рази, що супроводжувався підвищеним рівнем циркулюючих імунокомплексів (ЦК) – у 2,32 рази. Функціональна активність нейтофілів у НСТ тесті у хворих на ІБА була збільшена у 1,53 рази.

Рівень контрольованості симптомів ІБА визначався за тестом по контролю за астмою (АСТ). Неконтрольований перебіг ІБА був у 19 (33,3%) хворих. Виражена нічна симптоматика астми констатувалась у 22 (38,6%) пацієнтів. Кількість в потребі використання β₂ – адреноміметиків за добу становила 154 (2,7) інгаляцій.

Таким чином, після проведених досліджень можна констатувати, що перебіг інфекційної (неалергічної) бронхіальної астми має свої особливості і її можна виділити в окремий фенотип астми. Дебют даної форми астми відбувається у пацієнтів середнього віку після перенесеної ГРВІ або ускладнення пневмонії. Загострення бронхіальної астми з частотою 1,8 разів на рік у більшості хворих виникали на фоні ГРВІ, застуд, гострих бронхітів у зимово–осінній період. Для даної групи хворих також характерна генералізована обструкція бронхів. За типом запалення в дихальних шляхах переважає нейтрофільний тип. Також спостерігається підвищений рівень гістаміну сироватки крові. Характерним виявився значно підвищений рівень NO₂ в конденсаті видихуваного повітря, що може пояснюватись супутніми хронічними запальними процесами у верхніх дихальних шляхах. Також для даної групи хворих характерний підвищений титр до стафілококових,

стрептококових, пневмококових, легневих, бронхіальних, надниркових антитіл та рівень циркулюючих імунокомплексів. Для третини хворих даної групи характерний неконтрольований перебіг бронхіальної астми з частим прийомом швидкодіючих препаратів.

Список літератури:

1. Groisant S. Epidemiology of asthma: prevalence and burden-of disease. *Advances in experimental medicine and biology*. 2014. Vol. 795. P. 17 – 29.

2. Van Schayck O.C. Global strategies for reducing the burden from asthma. *Primary care respiratory journal: journal of the General Practice Airways Group*. 2013. Vol. 22(2). P. 239 – 243.

3. Changes in the prevalence of asthma in adults since 1966: the Busselton health study/ A.L. James et al. *The European respiratory journal: official journal of the European Society for Clinical Respiratory Physiology*. 2010. Vol. 35(2). P. 273 – 278.

4. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Бронхіальна астма: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08 жовтня 2013 року № 868. Київ, ТОВ Велес, 2013. 148с.

5. Global Initiative for Asthma (GINA), 2015 Prevention GSfAMA. Global Initiative for Asthma (GINA). 2015. Available from: www.ginasthma.org.

6. Островський М.М., Варунків О.І. Вибір оптимальних схем бронхолітичної терапії при вірус – індукованих загостреннях бронхіальної астми. *Український пульмонологічний журнал*. 2013. №1. С.49 – 51.

7. Перцева Т.А. Бронхиальная астма: лечение и контроль над заболеванием. *Здоров'я України*. 2011. № 4. С. 12 – 15.

8. Юдина Л.В., Рачко Ю.В. Недостаточный контроль бронхиальной астмы. В чем причина? *Новости медицины и фармации*. 2010. № 4(309). С.25 – 32.

9. Вишнинецкий И.И. Диагностика и выбор стартовой терапии бронхиальной астмы в рекомендациях GINA 2014: новые акценты и вопросы, оставшиеся без ответа. *Здоров'я України*. 2014. № 3. С. 9 – 11.

10. Толох О.С., Рудницька Н.Д., Чуловська У.Б. Гетерогенність бронхіальної астми та вибір терапевтичної тактики. *Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія*. 2015. №7. С. 17 – 25.

11. Безруков Л.О., Гарас М.Н. Неспецифічна гіперреактивність бронхів у школярів із atopічним та неatopічним фенотипами бронхіальної астми. *Астма та алергія*. 2015. № 1. С. 13 – 16.

ЛІН-МИСЛЕННЯ ЯК КРИТЕРІЙ РЕСУРСНОСТІ ПЕДАГОГА У ПРОТИДІ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ

Тесленко В.М.

здобувач ВНЗ «Університет економіки та права «КРОК»

наук. керівник Петрунько Ольга Володимирівна,

доктор психологічних наук, професор

Анотація. В процесі освітніх трансформацій педагог має підпорядковуватись сучасним змінам та відповідати запитам на надання якісних освітніх послуг. Йдеться про використання в педагогічній діяльності лін-мислення, яке здатне убезпечити особистість / організацію від кризових станів та сприяти їх ефективності.

Лін-мислення – є предметом зацікавленості для багатьох науковців. Зокрема, Дж. Вомак, Деніел Т. Джонс, Деніел Рус та ін. дослідили такий спосіб мислення: 1) як погляд на колективну людську працю з метою створення цінності; 2) як спосіб доведення «кращого» у залученні кожного співробітника у процес оптимізації педагогічної діяльності з максимальною орієнтацією на споживача освітянських послуг; 3) як керування якістю у забезпеченні

Стойловська Т.М., Метіль Т.К. СТРУКТУРА СИСТЕМИ МАРКЕТИНГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПІДПРИЄМСТВА.....	603
Стрельченко О.Г. СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ДЕТЕРМІНАНТИ «ЗАСОБИ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ СФЕРИ ОБІГУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ»....	608
Сук П.Л., Криворот О.Г. ОБЛІК АМОРТИЗАЦІЇ ОСНОВНИХ ЗАСОБІВ В МІЖНАРОДНІЙ ПРАКТИЦІ.....	611
Сукманюк І.П., Олійник М.П. СІМЕЙНІ ФОТОГРАФІЇ ЯК ДЖЕРЕЛО ВИВЧЕННЯ ІСТОРІЇ.....	615
Сухан В.С. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІНФЕКЦІЙНОЇ (НЕАЛЕРГІЧНОЇ) БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ.....	620
Тесленко В.М. ЛІН-МИСЛЕННЯ ЯК КРИТЕРІЙ РЕСУРСНОСТІ ПЕДАГОГА У ПРОТИДІ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ.....	625
Титаренко Л.М. ПРОЦЕСИ РЕФОРМУВАННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ.....	629
Ткачова Г.С., Липовий Д.В. ОРГАНІЗАЦІЯ ТРАНСПОРТНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ У ГОТЕЛЬНОМУ КОМПЛЕКСІ.....	633
Толстих В.Ю., Гордієнко Л.В. ФОРМУВАННЯ СТРУКТУРИ ЛУКУМНИХ МАС НА ОСНОВІ МОДИФІКОВАНИХ ЗЕРНОВИХ КРОХМАЛІВ.....	636
Туровська Г.І., Туровська А.О. ЗАПРОВАДЖЕННЯ РИЗИК-ОРІЄНТОВАНОГО ПІДХОДУ ЯК СКЛАДОВОЇ ПРОАКТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПІДПРИЄМСТВА.....	640
Удовенко Ю.О. ПІЛґИ НА ОТРИМАННЯ ЗЕМЕЛЬНИХ ДІЛЯНОК УЧАСНИКАМИ БОЙОВИХ ДІЙ ТА ОСОБАМ, ПРИРІВНЯНИМ ДО НИХ.....	643
Устименко О.С. СПІВРОБІТНИЦТВО УКРАЇНИ З ЄВРОПОЛОМ ТА ЄВРОЮСТОМ.....	647