

MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE OF UKRAINE
STATE HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTION
UZHGOROD NATIONAL UNIVERSITY
MEDICAL FACULTY №2

MATERIALS

OF THE 76-TH FINAL SCIENTIFIC CONFERENCE FOR THE
TEACHING STAFF OF UZHGOROD NATIONAL UNIVERSITY

MEDICAL FACULTY № 2

FEBRUARY 21-25, 2022



UZHGOROD-2022



MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE OF UKRAINE
STATE HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTION
UZHHOROD NATIONAL UNIVERSITY
MEDICAL FACULTY №2

MATERIALS

of the 76-th final scientific conference for the
teaching staff of Uzhhorod National University
Medical Faculty № 2

February 21-25, 2022

Uzhhorod-2022

УДК 61(063):378.4(477.87-25)

З-41

Збірник матеріалів 76-ої підсумкової науково-практичної конференції професорсько-викладацького складу медичного факультету №2 ДВНЗ «Ужгородський національний університет» МОН України висвітлює актуальні питання медичного сьогодення, а також питання особливостей викладання іноземним студентам в сучасних умовах.

Роботи, що ввійшли до збірника, присвячені проблемам сучасної діагностики, лікування та профілактики різноманітних захворювань, питанням організації та управління охорони здоров'я, а також питанням підготовки іноземних студентів в умовах дистанційного навчання.

Редакційна колегія

Голова редколегії:

- Калій В.В. – д.мед.н., в.о.декана медичного факультету №2 ДВНЗ «УжНУ».

Члени редколегії:

- Погоріляк Р.Ю. – д.мед.н., завідувач кафедри громадського здоров'я і гуманітарних дисциплін
- Товт-Коршинська М.І. – д.мед.н., завідувач кафедри внутрішніх хвороб
- Паламарчук О.С. – PhD, завідувач кафедри фізіології та патофізіології
- Колесник П.О. – к.мед.н., завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторної допомоги

Автори опублікованих робіт несуть повну відповідальність за зміст та ілюстративний матеріал.

Збірник матеріалів 76-ої підсумкової науково-практичної конференції рекомендований Вченою радою (протокол №6 від 04.05.2022 р.) ДВНЗ «Ужгородський національний університет» МОН України.

ЗМІСТ

1. **Бойчук О.А., Небесник О.І.** ПЕРЕВЕРНУТЕ НАВЧАННЯ: СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЩОДО ПЕРЕВАГ ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНОЛОГІЇ ПРИ ВИКЛАДАННІ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ ЯК ІНОЗЕМНОЇ У ДИСТАНЦІЙНІЙ ФОРМІ 6
2. **Малець Н.Б., Гречин І.М.** РОЗВИТОК МІЖКУЛЬТУРНОЇ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ У СВІТОГЛЯДНИХ ОРІЄНТИРАХ ТВОРЧОСТІ ОЛЕКСАНДРА ДУХНОВИЧА 8
3. **Турок А.В., Погоріляк Р.Ю., Фегер О.В.** СТАН МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19..... 12
4. **Надь К.О.** ЗАСОБИ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЇХ ВИКОРИСТАННЯ ПІД ЧАС ВИВЧЕННЯ ІНОЗЕМНОЇ МОВИ ЗА ПРОФЕСІЙНИМ СПРЯМУВАННЯМ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ “МЕДИЦИНА” 13
5. **Лях Т.О.** ДИДАКТИЧНІ ПРИНЦИПИ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ НА ЗАНЯТТЯХ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ 16
6. **Гончарук-Хомин М.Ю.** ЗМІНИ РІВНЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ, РЕАБІЛІТОВАНИХ З ВИКОРИСТАННЯМ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТІВ..... 19
7. **Вайнагій Т.М.** ДЕЯКІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ АНГЛОМОВНОЇ ПРОФЕСІЙНО ОРІЄНТОВАНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ В ДІАЛОГІЧНОМУ МОВЛЕННІ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «МЕДИЦИНА» 21
8. **Левенець Н.Г.** ФОРМАЛЬНО-МОВНІ ТИПИ КЛІНІЧНИХ ТЕРМІНІВ 24
9. **Головчанський Р.В., Шип Д.Я.** ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №2 В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ 26
10. **Фегер О.В., Погоріляк Р.Ю.** ВПЛИВ ПАНДЕМІЇ COVID-19 НА ВИЯВЛЕННЯ ОНКОЗАХВОРЮВАНЬ..... 28
11. **Котубей В.В., Котубей А.І., Фегер О.В.** ЩЕПЛЕННЯ ВІД ВІРУСУ ПАПЛОМИ ЛЮДИНИ. РЕАЛІЇ СЬОГОДЕННЯ 30

12. Ладані С.А., Котубей В.В. СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ СТАНОМ НА 2020-2021 РР	31
13. Колесник П.О., Перец Е.В. ДОСВІД ВИКЛАДАЧІВ У СТВОРЕННІ НЕФОРМАЛЬНОЇ АТМОСФЕРИ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ЗАНЯТТЯ Й ПОКРАЩЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МІЖ ВИКЛАДАЧЕМ І СТУДЕНТОМ.....	33
14. Ільков О.В. «10 СПОСОБІВ РОЗБИТИ ЛІД».....	35
15. Понзель Н.І. ЦИФРОВИЙ СТОРІТЕЛЛІНГ ЯК ПЕДАГОГІЧНИЙ МЕТОД.....	37
16. Перец Е.В. «НЕ ЗМІСТОМ ЄДИНИМ...», АБО ТОП-10 СПОСОБІВ ВДОСКОНАЛИТИ СТРУКТУРУ ЗАНЯТТЯ.....	38
17. Шушман І.В., Колесник П.О. ОБІЗНАНІСТЬ ТА ОСНОВНІ ДЖЕРЕЛА ЗНАНЬ ПАЦІЄНТІВ ЩОДО ФАКТОРІВ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ РИЗИКІВ.....	39
18. Храмцова І.О. ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ ТА ПРОГРЕСУВАННЯ ФІБРОТИЧНИХ ЗМІН ПЕЧІНК У ХВОРИХ НА НАЖХП НА ТЛІ ХОЗЛ	40
19. Хвуст М. НАВИЧКИ ПОВІДОМЛЕННЯ ПОГАНИХ НОВИН В МЕДИЦИНІ:ТРЕНІНГОВА ТЕХНОЛОГІЯ ФОРМУВАННЯ	46
20. Товт-Коршинська М.І., Ростока-Резнікова М.В., Жованик Н.В. ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ОБМІНУ ЗАЛІЗА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ І ПОСТТУБЕРКУЛЬОЗНИМИ ЗМІНАМИ	48
21. Москаль О.М. СИНДРОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШКІВНИКА: НОВІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ	52
22. Шушман І.В., Колесник П.О. ІНТЕРАКТИВНИЙ ТРЕНІНГ ТА ЕЛЕКТРОННИЙ ВЕБ-РЕСУРС ЯК МЕТОДИ ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ЗНАНЬ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ ЩОДО ВИКОРИСТАННЯ ДОКАЗОВИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ ПО СКРИНІНГУ КАРДІО-ВАСКУЛЯРНИХ РИЗИКІВ У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ.....	54
23. Бандурин О.Ю. Питома електропровідність жовчі при дисфункціях жовчного міхура	55
24. Лізавнець Н.В. КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ COVID-19 В АМБУЛАТОРНІЙ ПРАКТИЦІ	57

25. **Лошак К.О., Товт-Коршинська М.І.** ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ COVID 19 У ВАКЦИНОВАНИХ ПРОТИ COVID 19 ПАЦІЄНТІВ 59
26. **Лендел Р. В., Дурунда М.І., Чінчева В.В., Товт-Коршинська М.І.** ПОКАЗНИКИ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ В ХВОРИХ НА ХОЗЛІ РІЗНОГО ВІКУ ТА МАСИ ТІЛА 61
27. **Griadil T. I.** NEW DATA ON THE PATHOGENESIS OF DIABETES MELLITUS. POSSIBILITIES OF ITS CORRECTION AND WAYS TO RETHINK TREATMENT APPROACHES..... 64
28. **Griadil T. I.** A MODERN APPROACH TO THE TREATMENT OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS 66
29. **Griadil T. I.** SUBCLINICAL HYPOTHYROIDISM AND CARDIOVASCULAR RISKS IN PATIENTS WITH PREDIABETES 70
30. **Немеш М.І.** ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ПОКАЗНИКАМИ БЕЗЖИРОВОЇ МАСИ ТА ЦЕНТРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ЖІНОК МОЛОДОГО ВІКУ 71
31. **Пацкун С.В., Шейко Н.І.** ЗМІНА СИРОВАТКОВОГО РІВНЯ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА ХРОНІЧНИМ ГАСТРИТОМ..... 72
32. **Савка Ю.М., Сливка Я.І., Крічфалушій О.П., Райко О.Ю.** ОРГАНІЗАЦІЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ НА ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТТЯХ КУРСІВ ЗА ВИБОРОМ 74
33. **Заячук І.П., Фучко О.Л.** ПАТОГЕНЕТИЧНА ВЗАЄМОДІЯ ВОДНЕВОГО ПОКАЗНИКА ІЗ КАРІЄСОМ ЗУБІВ 75

ПЕРЕВЕРНУТЕ НАВЧАННЯ: СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЩОДО ПЕРЕВАГ ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНОЛОГІЇ ПРИ ВИКЛАДАННІ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ ЯК ІНОЗЕМНОЇ У ДИСТАНЦІЙНІЙ ФОРМІ

Бойчук О.А., Небесник О.І.

Кафедра громадського здоров'я і гуманітарних дисциплін

Вступ. Останніми роками (особливо з уведенням карантинних обмежень) система освіти України загалом і вищої школи зокрема зазнає суттєвих змін. Звичайно, дистанційне та змішане навчання стали серйозним викликом і для здобувачів освіти, і для педагогів. Для останніх ситуація вимагала швидкої адаптації до нових умов праці, дошукування ефективних підходів, прийомів та технологій викладання дисциплін. Щонайперше, потрібно було допомогти студентам справитися з більшим обсягом інформації, правильно зорієнтувати і при цьому зберегти (а то й підвищити) їхню мотивацію до оволодіння новим матеріалом. Сьогодні існує чимало сучасних технологій навчання у вищій школі, які так чи інакше допомагають вирішити зазначені проблеми. Наприклад, модульні, імітаційні, ігрові, дискусійні технології, евристичне та інтенсивне навчання тощо. Утім, з нашого погляду, чи не найбільш ефективною у викладанні української мови як іноземної у дистанційній формі виявилася технологія «перевернуте навчання».

Аналіз попередніх досліджень. У сучасній науці теоретичні аспекти перевернутого навчання опрацьовані достатньо ґрунтовно. З-поміж дослідників Дж. Бергман, А. Самс, М. Варшауер та П. Вітакер, Дж. Грейні, Дж. Нурі, Роел, Л. Редді; М. Байда, М. Кадемія, О. Ковтун та В. Крикун, Ю. Корницька, О. Кузьмінська, О. Оленюк та Н. Рубель, Н. Приходькіна, І. П'янкоська, С. Попадюк та М. Скуратівська, Л. Конопляник та К. Мельникова, І. Телев'як, Т. Рябуха та інші. Утім окремо про ефективність використання технології для викладання української мови як іноземної дотепер не йшлося. Відтак тема є **актуальною** і важливою.

Мета дослідження. Проаналізувати заняття з української мови як іноземної, проведені у дистанційній формі для студентів медичного факультету №2 з використанням перевернутого навчання, та звернути увагу на переваги цієї технології (за умови синхронного спілкування зі студентами, в нашому випадку – через платформу Google Meet)

У процесі роботи використано такі **методи дослідження**, як спостереження, аналіз та узагальнення.

Результати. Суть технології перевернутого навчання зводиться до того, що основний теоретичний матеріал студенти засвоюють вдома самостійно, а на занятті відбувається відпрацювання та розвиток навиків (у нашому випадку – мовленнєвих), з'ясування суперечливих моментів, критичне обговорення вивченого.

Щодо української мови як іноземної, то дисципліна не містить багато теоретичного матеріалу. Але чимало часу займає підготовчий етап – вивчення необхідних для теми лексем і граматичних правил. Тому саме такі завдання виносилися на самостійне опрацювання. Відтак студенти попередньо отримували на пошту документ, в якому були представлені лексичні та граматичні завдання, навчальні та інформативні тексти для читання. Впевнені, що наявність достатньої кількості різнорівневих лексичних вправ має важливе значення для швидшого формування комунікативних навичок. Тому студенти вдома виконували завдання, на кшталт: з'єднайте подані слова із відповідними зображеннями; перекладіть і згрупуйте слова за певними категоріями; знайдіть зайве слово; розплутайте слова і запишіть їх; відгадайте слово за описом або поданим визначенням; підберіть синоніми/антоніми, вставте потрібне за змістом слово тощо. Ці завдання відносно неважкі, але вимагають часу і сумлінного виконання. Якщо ж студент якісно їх виконував вдома, то на занятті викладач мав можливість удосконалити практичні навички вживання слів у мовленні, а не вивчати окремі лексеми.

Те ж стосувалося і граматики. Правила, таблиці та інші міркування щодо функціонування мови студенти опрацьовували і записували в зошит вдома. Так само вдома вони виконували найлегші завдання. Скажімо, читали і аналізували приклади вживання певного граматичного явища; із декількох опцій обирали правильний варіант; виконували імітаційні та трансформаційні вправи за зразком тощо. Відтак до заняття студенти були підготовленими, і це давало можливість викладачеві безпосередньо під час заняття виконувати завдання вищої складності (репродуктивні, продуктивні, творчі) та організовувати пізнавальну діяльність студентів.

Зауважимо, що дистанційна форма навчання суттєво не вплинула на якість проведення занять з української мови як іноземної (з використанням технології перевернутого навчання зокрема). Навпаки, в деяких моментах навіть розширилися можливості для візуалізації мовних явищ, прослуховування текстів, перегляду відеороликів, оперативної перевірки письмових робіт тощо.

Отже, проаналізувавши заняття, проведені у дистанційній формі для студентів медичного факультету №2 з використанням технології перевернутого навчання, можемо зробити такі **висновки**:

□ дистанційне навчання не є перешкодою для проведення занять із застосуванням інноваційної технології «перевернуте навчання», скоріше навпаки – це одна із найбільш вдалих моделей змішаного навчання;

□ вдалося суттєво оптимізувати і раціоналізувати роботу на занятті за рахунок зменшення часу на пояснення, знайомство з темою, повторення матеріалу;

□ вдалося досягти більш усвідомленого сприйняття матеріалу (з огляду на певний рівень підготовленості студентів);

□ з'явилась можливість вирівняти загальний рівень знань студентів, надати можливість слабшим із них (за умови якісного і самостійного опрацювання матеріалів вдома) долучитися до обговорення теми на занятті;

□ з'явилося більше часу для відпрацювання навичок говоріння.

Але усі ці переваги можливі лише за умови якісної підготовки надісланих для студентів матеріалів (що вимагає від викладача щонайменше додаткового часу) та належного виконання завдань студентами. Без підготовленості студентів ефект перевернутого навчання, звичайно, нівелюється.

Ключові слова: українська мова як іноземна, технології навчання, перевернуте навчання, дистанційне навчання

РОЗВИТОК МІЖКУЛЬТУРНОЇ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ У СВІТОГЛЯДНИХ ОРІЄНТИРАХ ТВОРЧОСТІ ОЛЕКСАНДРА ДУХНОВИЧА

Малець Н.Б., Гречин І.М.

Кафедра громадського здоров'я і гуманітарних дисциплін

Вступ. Громадсько-політичне і культурне життя на Закарпатті у першій половині XIX століття набирало різних форм і мало різні цілі. Одна частина інтелігенції – це О.Духнович, І. Орлай, І. Раковський, Ю. Гуца-Венелін – орієнтувалися на Росію, вбачаючи в ній єдиного захисника інтересів поневолених слов'янських народів Австрії, в тому числі і русинів Закарпаття. Вони відстоювали ідею, висунуту Й. Домбровським, Й. Юнгманом, П. Шафариком, об'єднатися усім слов'янським народам під гілкою “могутнього

старого дуба Росії”. Об’єднання під скіпетром Росії вони розглядали не як політичний акт, не як утворення єдиної держави, а скоріше як процес філософсько-культурного єднання слов’ян “літературної вільної слов’янської держави”.

Мета. Дослідити освітньо-світоглядні орієнтири у творчості О.Духновича та їх ретроспектива на сучасні інноваційні тенденції в освітніх процесах України.

Актуальність проблеми. Проблеми виховання і навчання дітей О.Духнович вирішував на основі того передового, що було створено педагогічною думкою до нього, а особливо під впливом педагогічних ідей Г.Сковороди та Яна Коменського. Свої педагогічні погляди він виклав у книзі «Народная педагогия в пользу училищ и учителей сельских» (1857 р.). Це був перший на території Західної України посібник з педагогіки, який відіграв значну роль у пропаганді педагогічних знань. Літературні уподобання О.Духновича досліджували Лелекач Н., Гарайда И., Лісовий П.М., Микитась В.Л., Машталер О.В. Одні письменники виступали з вимогою вживати в літературі церковнослов’янську мову, інші, як і О. Духнович, обстоювали „руську”, треті обороняли народну мову. О. Духнович виступав за релігійну і народну єдність, показав приклад змагання підкарпатських русинів до культурно-просвітньої та релігійної єдності з галичанами.

Виклад основного матеріалу. Народознавча діяльність О.Духновича проявилася в кількох напрямках. Він пробував займатися філософією, фольклорною практикою, але, як твердить М.Мушинка, записав усього 9-10 народнопісенних зразків, що увійшли до другого тому зібрання Я. Головацького „Народные песни Галицкой и Угорской Руси».

Об’єктом поетичних зацікавлень найчастіше виступають Бог, народ, проглядаються філософські елементи екзистенціалізму. Є в нього також чимало патріотично-заключних пісень, елегій, байок, дидактичних віршів, філософських трактатів. Твори філософсько-релігійної тематики є також невід’ємною частиною поетичної творчості О.Духновича. Більшість із них написана в народнопісенній традиції, що дає змогу читачеві проникнути у внутрішній світ автора, осмислити його світоглядні традиції та естетичні ідеали.

За своїми філософськими поглядами Духнович був ідеалістом, але в окремих питаннях пропагував матеріалістичні положення. У суспільних поглядах він стояв на позиціях просвітництва. Освіту вважав

найважливішим засобом перетворення суспільства, відкидав революційну перебудову суспільного ладу. На демократичних і прогресивних принципах тодішньої європейської педагогічної думки О.Духнович розглядає дидактико-методичні питання педагогіки. У книжці «Народна педагогія» детально продумана філософська концепція і укладена в систему як організація шкільництва, саме як навчання дітей у школі та за її межами. Ця система ґрунтувалася на активній участі школярів у навчанні та свідомій праці вчителів і батьків у навчально-виховному процесі, на глибокому ідеалістичному усвідомленні, що саме освіта і добре виховання підростаючого покоління – то надійний національний фундамент народу.

У творах Духновича обґрунтована вимога виховання людини – громадянина і патріота, міститься екзистенціальний заклик „силы человеческие, телесные и духовные, от природы данные, с молодости... сохранять и совершенствовать”. Відповідно до цих завдань, на його думку, повинно здійснюватися освітньо-розумове, моральне і фізичне виховання дітей та молоді краю.

У процесі розумового виховання молодь потрібно озброювати певним колом філософських знань, розвивати їх мовленнєво-пізнавальні здібності. Ці знання мають стати в пригоді в майбутній практичній діяльності, бо освіта не самоціль і „лише тоді є корисною, коли вона служить нам засобом для добробуту”. У початковій школі, на його думку, треба вивчати рідну мову, географію, філософію, ботаніку і зоологію, сучасні іноземні мови, землеробство, садівництво і бджільництво. Таке надто широке для початкової школи коло знань пояснювалося прагненням Духновича забезпечити в єдиному доступному для українського населення типі школи на Закарпатті ґрунтовну підготовку учнів.

О.Духнович присвятив себе проблемам руської історії, філософії, етнографії, літературної мови, народної освіти, прагнув виробити національну літературу й заснувати національні товариства. Як молодий клірик О.Духнович спершу служив у канцеляріях Пряшівської та Мукачівської єпархій, а після незгоди з начальством його призначили парафіяльним священником. О.Духнович надзвичайно піклувався підвищенням освітнього рівня свого народу. Звертаючись до підростаючого покоління, він стверджував, що “народ без просвещения не може називатися народом” Його буквар 1847 р. (“Книжиця”) був першим виданням, написаним суто місцевою мовою. Він сам фінансував і розподіляв наступні букварі (1850,

1852), потім видав “Сокращённую грамматику письменного руского языка” (1853).

О.Духнович зрозумів, що для поширення цього та інших видань необхідно створити національні товариства, і в 1850 р. заснував “Литературное заведение Пряшевское”. Це було перше руське освітньо-культурне товариство, і, дарма, що не було офіційно затверджене і містилося в домі Духновича, воно все-таки проіснувало три роки, профінансувавши дванадцять видань і залучаючи до своїх активних членів як русинів, так і прихильних до товариства місцевих словаків та чехів.

Серед значних публікацій була перша п’еса підкарпатської літератури – “Добродетель превышает богатство” (1850), і перший руський календар, і літературний альманах, що називався “Поздравление русинов”.

Висновок. До середини XIX ст. О.Духнович сформувався як вчений-педагог, філософ, громадський діяч, зробив перші кроки на шляху захисту інтересів поневолених русинів та інших народів, що проживали в Закарпатті. Одним з основних напрямків його діяльності у цей період були педагогіка, дослідження історії краю. Він вірив, що за допомогою освіти можна змінити існуючий лад, покращити становище народних мас. Саме ці мотиви спонукали Духновича виступати з рішучою критикою позиції реакційних кіл, котрі з презирством ставилися до народу і твердили, що народ освічувати, вчити його є небезпечним. Вчений не тільки доводив необхідність повсюдного створення шкіл, підготовки вчителів, організації шкільної справи, але і особисто брав участь у перебудові освіти, її розвитку. Як відзначали сучасники, коли став потрібним календар якнаймасовіша книга, що поширювалася серед населення, О.Духнович підготував і видав його; потрібен був підручник для школи – він за власні кошти видав буквар та граматику.

О.Духновича вважають за культурову фігуру для русинів – етнографічної групи українців у східноєвропейських країнах переважно греко-католицької конфесії. Просвітник писав власною макаронічною мовою, яку називав «язичієм», досить своєрідною з точки зору сучасного українця, оскільки вона фактично увібрала в себе елементи російської, церковнослов'янської та закарпатських діалектів україноруської, отже була чимось на зразок суржика, що є цілком нормальним у контексті тої ситуації, що відбувалася в регіоні в ті часи за відсутності в україноруського народу власної державності, така ж сама ситуація існувала тоді і на українських землях інших регіонів України, коли народна мова мала певні характерні

місцеві особливості, що не заважало однак українцям почуватися єдиною спільнотою. Проблеми виникли лише у наш час, коли дана ситуація дала підстави окремим політичним колам у власних політичних інтересах, передусім окремим політикам Закарпаття, а також іноземним політикам Європи і Росії подавати закарпатських українців, русинський субетнос україноруського народу, як окремий народ з окремою мовою та історією, хоча всіма визнано, що «русини», як вживав Духнович у своїх творах, так само як і «козаки» у творах Шевченка, Куліша і інших українських письменників Наддніпрянщини – це одна з багатьох самоназв україноруського козацького народу, які він витворив у процесі власного багатомісячного історичного розвитку.

Ключові слова: мова, філософія, світогляд, педагогіка, просвітитель, інтелігенція, самосвідомість, єдність, спадщина, виховання.

СТАН МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19

Турок А.В., Погоріляк Р.Ю., Фегер О.В.

Кафедра громадського здоров'я і гуманітарних дисциплін

Актуальність. Ментальне здоров'я студентів вищих навчальних закладів було актуальною проблемою ще до пандемії COVID-19. Введення локдауну змусило заклади освіти впровадити дистанційне навчання за допомогою методів відео-конференцій. Якість та доступність освіти мають прямий вплив на зайнятість, розвиток, здоров'я та соціалізацію людей. Студенти вишів також зіткнулися з різними проблемами, включаючи підвищений стрес та тривожність через темпи зростання захворюваності та смертності від пандемії, з однієї сторони, та зниження доступу до якісної освіти, з іншого боку. Ці явища, в свою чергу, можуть значно вплинути на їхню академічну успішність, соціальну взаємодію, особисті можливості та психічне здоров'я.

Мета. Оцінити стан психічного здоров'я студентів медичного факультету №2 в період дистанційного навчання та вивчити чинники, які можуть мати вплив на їхнє навчання, звички, поведінку та ментальне здоров'я.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети нами було проведено анонімне онлайн-анкетування 260 студентів медичного факультету №2, віком від 19 до 25 років. В анкету були включені як питання з запропонованими варіантами відповідей, так і відкритого типу.

Результати дослідження. В опитуванні взяли участь 260 іноземних студентів, з них 54,1% - чоловіки і 45,9% - жінки. За даними опитування, найбільший вплив на психологічний стан студентів мали онлайн-заняття, надмірне використання смартфона та комп'ютера (37,4%), на другому місці – відсутність живого спілкування з іншими студентами (35,4%), неможливість розмежування навчального простору та простору для відпочинку посіли третє місце (27,2%).

63,4% респондентів відмітили значне збільшення рівня тривожності, у 12,8 % і 23,7% опитаних рівень тривожності знизився або не змінився відповідно. Більшість студентів висловлювали занепокоєння щодо ефективності дистанційної форми навчання через відсутність практичних занять, хоч і розуміли необхідність даних мір. 68,2 % опитаних скаржилися на депресивні думки, як наслідок переходу на онлайн-навчання.

Висновки . Це дослідження показало, що дистанційне навчання впливає на психологічний стан студентів медичного факультету №2, включаючи підвищений стрес, страх і тривожність. Найактуальнішими проблемами серед студентів в період дистанційного навчання були відсутність соціальної взаємодії, житлові умови, непридатні для домашнього навчання та загальне відчуття зниження мотивації та старань.

Отже, психологічне благополуччя студентів значною мірою корелює з соціальною взаємодією та умовами навчання, що відображається на успішності навчального процесу та якості життя в цілому.

Ключові слова: ментальне здоров'я, COVID-19, дистанційне навчання, психічне здоров'я.

ЗАСОБИ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЇХ ВИКОРИСТАННЯ ПІД ЧАС ВИВЧЕННЯ ІНОЗЕМНОЇ МОВИ ЗА ПРОФЕСІЙНИМ СПРЯМУВАННЯМ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ “МЕДИЦИНА”

Надь К.О.

Кафедра громадського здоров'я і гуманітарних дисциплін

Вступ. Під час навчального року студентам доводиться змінювати декілька форм навчання, але це не має впливати на кінцевий результат знань студентів чи на рівень їхньої мотивації. Відтак застосування різних засобів є необхідним, зокрема під час вивчення лексичних та граматичних одиниць, а також практики мовних навичок.

Мета дослідження. 1) Описати використані засоби та інструментарії (quizlet.com, jamboard.google.com); 2) узагальнити результати спостереження.

Матеріали та методи дослідження. Тема дистанційного навчання почала активно досліджуватися починаючи з 2019 року. Етан Мансур, Дейвід Бірн, Марк Геффернан опублікували статті та вебіари про переваги, а також недоліки дистанційного навчання.

У процесі роботи використано наступні методи дослідження, як спостереження, опис, опитування та узагальнення.

Результати. Навчальний семестр розпочався традиційною формою навчання (далі ТФН), при якій була застосована комунікативна методика навчання, що включала різні форми організації спілкування між студентами та викладачем: індивідуальна робота студента на практичному занятті, робота у парах, робота у невеликих групах, робота студента з викладачем. Невдовзі дистанційна форма навчання (далі ДФН) замінила ТФН, що і викликало необхідність підібрати онлайн засоби, які забезпечать ту саму інтерактивність під час ДФН.

Для подання нового лексичного та граматичного матеріалу вкрай важливими є наступні компоненти: 1) введення та закріплення значення мовної одиниці; 2) форма чи орфографія; 3) вимова чи фонетичне звучання. Для реалізації всього перелічено на онлайн уроці підійшов вебсайт quizlet.com. Цей інструментарій можна прирівняти до флеш-картки, тобто дає змогу продемонструвати значення слова світліною та поясненням значення з одного боку онлайн флеш-картки, а також орфографією даного слова з іншого боку. Перевагою є і функція прослуховування вимови слова. Quizlet.com дає студенту змогу пропрактикувати засвоєння значення, орфографію та вимову за допомогою вправ та тесту, які розробляються автоматично. Викладачу потрібно тільки створити ці онлайн флеш-картки та поділитися посиланням зі студентами. У поданому дослідженні було використано цей інструментарій для унаочнення, перевірки уже відомого матеріалу, практики, а також для залучення пасивних студентів до роботи на занятті. Студентам, які не проявляли бажання відповідати протягом заняття, було дано завдання

прочитати значення слова для студентів-слухачів, а студенти-слухачі в свою чергу викликалися, піднімаючи руку на платформі Google Meet, чи писали в чат та вгадували термін чи слово. Проробити всі завдання на сайті було домашнім завданням. За результатом спостереження, всі з присутніх студентів приймали участь одночасно, що і зрівнялось з результатом одержаним на занятті при ТФН. Варто зауважити, що цей онлайн-засіб є повністю доступним та не вимагає реєстрації студентів, а це забезпечує інформаційну безпеку.

Вагома частина уваги студентів при ТФН прикута до робочої дошки, онлайнним аналогом якої було використано <https://jamboard.google.com>. Порівнюючи функції дошки та онлайн-дошки (далі ОД), було виявлено наступне: 1) на ОД можна розмістити як попередньо підготовлений текст, зображення, відео..., так і робити це під час синхронного режиму навчання викладачами та студентами; 2) дуже зручною є функція збереження використаних матеріалів ОД після заняття та можливість роздрукувати ці розробки, а також надіслати відсутнім студентам. Перевагами цього цифрового сервісу виявилася можливість організувати спільну роботу студентів, зокрема під час синхронного онлайн-заняття, записи на ОД можуть виконуватися по черзі чи одночасно. Ще однією перевагою є ефективна відкладена робота над помилками, коли студенти можуть самостійно виправляти неправильні речення взяті з попереднього усного чи письмового завдання. Під час використання <https://jamboard.google.com> були виявлені і декілька труднощів. По-перше, потрібно надати студентам доступ на редагування ОД, тому зручно зробити це для всіх учасників корпоративної пошти УжНУ, проте, на жаль, не всі студенти завжди використовують саме цю електронну пошту. По-друге, студенти часто використовують мобільні телефони, а не ноутбуки, тому застосовування декількох засобів для онлайн навчання одночасно займає багато часу та не є зручним. Ці фактори відбилися на результаті, адже 15 з 18 присутніх студентів виконали завдання.

Висновок. Отже, опрацьовані засоби (quizlet.com, jamboard.google.com) повноцінно можуть замінити ті, що використовуються при ТФН і продемонструвати позитивний результат, адже наявне все необхідне для якісного навчання. Також, описані розробки можна використати і для ТФН, змішаної форм навчання, що заощадить викладачу час для підготовки до будь-якого виду уроку. Утім робота з онлайн засобами вимагає додаткового часу та продуманої, покрокової організації. Результати опитування показали, що студентам необхідні 2 заняття, для того, щоб

розібратися з функціями даних засобів та впевнено ними користуватися, що і підвищить рівень ефективності та мотивації на онлайн занятті.

Ключові слова. Онлайн навчання, дистанційна форма навчання, традиційна форма навчання, флеш-картка, онлайн-дошка.

ДИДАКТИЧНІ ПРИНЦИПИ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ НА ЗАНЯТТЯХ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ

Лях Т.О.

Кафедра громадського здоров'я і гуманітарних дисциплін

Вступ. Система вищої освіти в Україні якісно змінюється: створюються нові освітні стандарти та програми, удосконалюються способи підготовки спеціалістів з метою розвитку пізнавальних здібностей студентів до самостійного здобуття знань і вирішення нових завдань у професійній діяльності. Реалії сьогодення в Україні суттєво впливають на процес навчання, для якого актуальною стає дистанційна форма. Здобуття знань у рамках дистанційної освіти і надалі буде одержувати визнання в Україні, що зумовлює актуальність пропонованого дослідження та впровадження дистанційного навчання в освітній процес.

Мета дослідження полягає у вивченні і впровадженні в навчальний процес найбільш ефективних дидактичних принципів дистанційного навчання іноземних студентів на заняттях української мови.

Матеріали і методи дослідження. Методологічну основу даного дослідження склали наукові праці О. Андрєєва, О. Полат, С. Сисоєвої, П. Стефаненка, О. Шульги, О. Шупти та ін. У процесі аналізу їх наукових праць виявлено, що дидактичні принципи дистанційного навчання іноземних мов, зокрема й української мови як іноземної, потребують більш ґрунтовного дослідження. З цією метою нами використано системний підхід до вивчення дидактичних принципів, метод системного аналізу одержаних результатів, компетентнісний підхід.

Результати дослідження. Дистанційне навчання набуло поширення в багатьох країнах світу. За спостереженням Г. Даценко і З. Сузанської, в Україні передові позиції щодо дистанційного навчання посідають КНТЕУ та МАУП, де запроваджують новітні освітні технології та соціальні інститути, такі як телеуніверситети, тьютерські та інформаційні центри, центри дистанційного підвищення кваліфікації і перепідготовки тощо [1, с. 18].

Дидактичні принципи розглядаються як рекомендації, які скеровують педагогічну діяльність і навчальний процес в цілому, як засоби досягнення педагогічних цілей із урахуванням закономірностей і умов протікання навчально-виховного процесу. До традиційних дидактичних принципів педагогіки О. Шупта відносить такі: цілісність (єдність навчання і розвитку, з одного боку, і систематичність, з другого); фундаментальність (базова істотна інформація, на основі якої можна поширювати знання у даній галузі та самостійно їх доповнювати); культурозваженість (навчання повинно відповідати сучасному рівню розвитку культури); гуманітаризація та гуманізація навчання (уведення до дисциплін, що вивчаються у вузі, додаткових гуманітарних з метою сприяння формуванню світогляду студентів, підхід до навчання, який забезпечуватиме творчий розвиток і самовдосконалення людини); безперервність освіти (вдосконалення студентами професійних якостей протягом усього життя або «life-long learning»); діяльнісний підхід (принцип зв'язку теорії з практикою) [5].

Дистанційне навчання – сукупність інформаційних технологій, що забезпечують доставку здобувачу вищої освіти основного обсягу навчального матеріалу; інтерактивну взаємодію здобувачів освіти і викладачів у процесі навчання; надання їм можливості самостійної роботи із засвоєння навчального матеріалу; оцінювання їхніх знань та умінь у процесі навчання [4, с. 16].

Сучасний освітній процес, розробляючи новітні методи дистанційного навчання, використовує як традиційні, так і новітні педагогічні технології. Процес організації дистанційного навчання вимагає відповідних психолого-педагогічних умов, створення яких забезпечує підвищення результативності й ефективності даного процесу.

Для викладання дисципліни «Українська мова як іноземна» навчальними програмами передбачено практичні (лабораторні) заняття. Аналіз змісту лабораторних і практичних робіт свідчить, що корисним для підготовки спеціалістів є як традиційне (аудиторне), так і дистанційне їх виконання. Дистанційне виконання лабораторних і практичних робіт, за спостереженням О. Шульги, «в більшій мірі, ніж традиційне, спонукає до абстрагування, з'ясування причинно-наслідкових зв'язків між явищами, що вивчаються» [2, с. 147]. З огляду на це та з метою формування комунікативної компетентності іноземних студентів-медиків на заняттях української мови актуально застосовувати інтерактивні методи, такі як евристична бесіда, презентації, дискусії, метод «ділової гри», рольові ігри тощо.

Особливість дистанційного навчання полягає в тому, що студенти активно працюють з електронними та друкованими засобами навчання. Виклад навчального матеріалу в цих засобах повинен бути чіткий і добре структурований. Значний вплив на мовленнєву підготовку студентів у процесі дистанційного навчання мають вправи. Вони можуть бути типу «від теорії до практики», «використай отримані знання» тощо.

Для дистанційного навчання української мови важливу роль відіграють діалогові навчальні програми і тренажери, що включають комп'ютерну мультиплікацію, аудіо і відеотехніку тощо. Робота з тренажером може використовуватися як при проведенні практичних занять, так і для самостійного навчання студентів. За функціональністю О. Шульга поділяє тренажери на такі групи: тренажери, що навчають знанням – електронні підручники; контролюючі тренажери – програми тестування, призначені для перевірки знань студента; навчаючі вмінням тренажери – мультимедійні анімаційні імітатори (для технічних спеціальностей) [2, с. 153]. Пропоновані тренажери доцільно використовувати на заняттях української мови.

Продуктивним для дистанційного навчання української мови як іноземної є застосування проєктної методики, яка розвиває індивідуальні комунікативні компетентності студента, котрий має можливість самостійно створювати комунікативні ситуації, зокрема професійного характеру. Також позитивним є прослуховування аудіозаписів, перегляд фільмів.

Одним із стратегічних напрямів реформування освітньої системи України є використання інформаційних та комунікаційних технологій. Тому для ефективного дистанційного навчання іноземних студентів необхідно забезпечити достатньою кількістю навчального матеріалу (навчальні посібники, конспекти лекцій, лабораторні практикуми, методичні рекомендації, довідники тощо), особливо – в електронному форматі.

Важливим принципом дистанційного навчання є використання відповідних освітніх платформ. Платформа – це «програмне забезпечення для підтримки дистанційного навчання, метою якого є створення та управління педагогічним змістом, індивідуалізоване навчання та телетьюторат. Воно включає засоби, необхідні для трьох основних користувачів – викладача, студента, адміністратора» [3, с. 6].

Висновки. Визначення і теоретичне обґрунтування дидактичних принципів дистанційного навчання для іноземних студентів на заняттях української мови є актуальним і важливим завданням сучасної педагогічної

науки. Наразі серед дидактичних принципів дистанційної системи навчання розрізняють загальні принципи (спільні для традиційної і дистанційної освіти) та принципи, які використовують власне для дистанційного навчання з використанням інформаційних технологій (електронні підручники та посібники, діалогові навчальні програми і тренажери тощо).

Актуально й надалі вивчати й удосконалювати дидактичні принципи дистанційного навчання української мови для іноземних студентів відповідно до розвитку освітнього процесу в Україні та специфіки навчання української мови як іноземної.

Ключові слова: дидактичні принципи, дистанційне навчання, українська мова, комунікативна компетентність, іноземні студенти.

ЗМІНИ РІВНЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ, РЕАБІЛІТОВАНИХ З ВИКОРИСТАННЯМ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТІВ

Гончарук-Хомин М.Ю.

Кафедра громадського здоров'я і гуманітарних дисциплін

Актуальність теми. Ортопедична реабілітація стоматологічних пацієнтів конструкціями з опорою на внутрішньокісткові титанові дентальні імпланти характеризується доказовим рівнем клінічної успішності в розрізі оптимізація функціональних можливостей та перспективи досягнення відповідного рівня естетичної корекції при локалізації ділянок адентії у проекції фронтальних відділів верхньої та нижньої щелеп. Однак, враховуючи релевантні тенденції щодо індивідуалізації алгоритмів стоматологічного лікування та адаптації цільової направленості ятрогенних втручань до конкретних умов кожної окремої клінічної ситуації з урахування особистих побажань пацієнтів щодо очікуваних результатів, доцільним є вивчення серед реабілітованих осіб рівня їх загальної суб'єктивної задоволеності, який відображає вплив досягнутого рівня стоматологічного здоров'я та змін стоматологічного статусу в цілому на особливості варіацій інтегрального критерію якості життя.

Мета. Проаналізувати вплив реабілітації стоматологічних пацієнтів з симптомами часткової та повної адентії знімними та незнімними конструкціями з опорою на внутрішньокісткові титанові дентальні імпланти

на зміни рівня стоматологічного здоров'я та інтегральний критерій якості життя.

Матеріали та методи. В ході дослідження було проведено анкетування 54 стоматологічних пацієнтів з ознаками часткової та повної адентії віком від 36 до 54 років до проведення процедури дентальної імплантації та через 2 тижні після закінчення протетичного етапу реабілітації з опорою на внутрішньокісткові титанові опори. Оцінка впливу стану стоматологічного статусу на якість життя пацієнтів проводилася з використанням опитувальника ОНІР-14, який передбачає оцінку семи доменів та категоризацію частоти розвитку різних типів обмежень/ускладнень за 5-бальною шкалою Лайкерта.

Результати дослідження та їх обговорення. Пацієнти з ознаками повної адентії однієї із щелеп до початку проведення лікування характеризувалися вищими показниками ОНІР-14 у порівнянні з пацієнтами з ознаками часткової адентії, різниця між котрими була статистично значущою ($p < 0,05$). Проведений унівартивний регресійний аналіз дозволив виявити наявність залежності показників ОНІР-14 до лікування під протяжності дефекту зубного ряду серед пацієнтів з ознаками часткової адентії ($r=0,68$, $p < 0,05$). Пацієнти з частковою адентією у фронтальних ділянках щелепи характеризувалися нижчим рівнем вихідної якості життя у порівнянні із пацієнтами з наявними дефектами аналогічної протяжності, однак локалізованих у дистальних ділянках щелеп ($p < 0,05$). Проведена реабілітація пацієнтів ортопедичними конструкціями з опорою на внутрішньокісткові титанові дентальні імпланти сприяли досягненню середніх показників ОНІР-14 на рівні $7,5 \pm 5,9$, котрі були статистично нижчими за такі, зареєстровані до лікування у всіх проаналізованих клінічних випадках ($p < 0,05$). Покращення рівня якості життя пацієнтів, репрезентоване через зменшення показників ОНІР-14, було асоційовані із статистично значущими змінами у кожному із досліджуваних доменів опитувальника незалежно від типу використовуваної ортопедичної конструкції, кількості встановлених імплантатів, віку та статі пацієнтів ($p < 0,05$).

Висновки. Реалізація підходів до стоматологічної реабілітації пацієнтів з симптомами часткової та повної адентії шляхом протезування знімними та незнімними конструкціями з опорою на внутрішньокісткових титанових дентальних імплантах асоційована із покращенням рівнів їх стоматологічного здоров'я та якості життя, сприяючи зменшенню частоти

розвитку випадків функціональних обмежень, фізичного болю, психологічного дискомфорту, фізичної неспроможності, психологічної неспроможності, соціальної неспроможності та фізичних обмежень згідно результатів даних опитувальника ОНІР-14.

Ключові слова: ортопедична реабілітація, дентальні імпланти, стоматологічне здоров'я.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ АНГЛОМОВНОЇ ПРОФЕСІЙНО ОРІЄНТОВАНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ В ДІАЛОГІЧНОМУ МОВЛЕННІ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «МЕДИЦИНА»

Вайнагій Т. М.

Кафедра громадського здоров'я і гуманітарних дисциплін

Вступ. Англomовна професійно орієнтована компетентність (далі – АПОК) є невід'ємною частиною фахової підготовки майбутніх лікарів, позаяк англійська мова як лінгва франка значною мірою домінує на міжнародному ринку праці. Для студентів спеціальності «Медицина», мовою навчання яких є англійська, особливо важливо набути достатнього рівня АПОК, адже їх майбутня кар'єра, найімовірніше, відбуватиметься в англomовному фаховому середовищі.

Мета даного наукового дослідження полягає у визначенні найпоширеніших різновидів усної професійно орієнтованої комунікації фахівців галузі охорони здоров'я, а відтак і в обґрунтуванні провідних стратегій формування англomовної професійно орієнтованої компетентності в усному мовленні студентів спеціальності «Медицина».

Матеріали і методи. Окреслена мета передбачала використання таких методів дослідження: теоретичних (критичний аналіз наукової літератури з медицини і методики професійної підготовки майбутніх лікарів, а також підручників з англійської мови медичного спрямування) та емпіричних (опитування практикуючих лікарів задля визначення провідних різновидів їх усної фахово орієнтованої комунікації, спостереження за навчальним процесом студентів спеціальності «Медицина»).

Результати. Провідною метою формування АПОК у говорінні майбутніх лікарів є розвиток здатності здійснювати усне спілкування в різноманітних фахово обумовлених ситуаціях, тобто розуміти усні

висловлювання партнера з комунікації і реагувати на них у рамках професійно-трудової сфери.

Дані анкетування практикуючих лікарів свідчать, що для фахівців галузі охорони здоров'я навчання англomовного професійно орієнтованого діалогічного мовлення (далі – АПОДМ) є надзвичайно актуальним, адже його використовують у широкому спектрі професійно орієнтованих ситуацій (наприклад, діалоги між лікарем і пацієнтом (медичний огляд; збір анамнезу; консультація тощо) або родичами пацієнта (збір анамнезу; обговорення етапів і стратегій лікування тощо), діалоги між колегами-медиками (вітчизняний лікар – іноземний лікар тощо), діалоги під час консилиуму тощо). Англomовний професійно орієнтований монолог є менш поширеним у медичній галузі (до прикладу, виступ на міжнародній конференції або вебінарі; представлення анамнезу хворого під час лікарських зборів / консилиуму; пояснення ходу лікування, діагнозу тощо). Тому цілком закономірно, що під час навчання фахово орієнтованого говоріння більша увага повинна приділятися формуванню АПОК саме в АПОДМ.

Сутність АПОК у діалогічному мовленні та його підвиди полілозі (консилиумі, груповому обговоренні проблеми, дискусії, вільній бесіді тощо) полягає у продуктивному усному обміні інформацією фахового змісту і складається з почергових реплік, у яких співрозмовники перемінно виступають у ролі мовця і слухача. Специфіка англomовного професійно орієнтованого діалогу полягає у тому, що в рамках одного мовленнєвого акту поєднуються рецепція (сприйняття мовцем мови партнера), репродукція (промовляння почутого у внутрішньому мовленні, що викликає необхідність стежити за думкою співрозмовника), продукція (реагування на репліку співрозмовника, а також ініціативне продовження спілкування) з урахуванням особливостей англomовного фахового дискурсу. Ці фактори ускладнюють навчання професійно орієнтованого діалогічного мовлення.

Залежно від провідної комунікативної функції, яку виконує фахово орієнтований діалог, розрізняють чотири функціональні типи діалогів:

1) діалог-розпитування, 2) діалог-домовленість, 3) діалог-обмін враженнями / думками і 4) діалог-дискусія / обговорення.

Аналіз відповідей практикуючих лікарів на запитання анкет виявив, що їх АПОДМ у відсотковому співвідношенні розподіляється у такий спосіб: 84% респондентів використовують діалог-розпитування у повсякденній фаховій діяльності, 13% беруть участь у ділових діалогах-дискусіях /

обговореннях, лише 2% послуговуються діалогом-обміном думками / враженнями і всього 1% респондентів використовує діалог-домовленість. Водночас 87% опитаних лікарів зазначили, що діалог-розпитування відбувається з пацієнтами, діалог-обмін враженнями / думками і діалог-дискусія / обговорення – з колегами (91% і 96% від усіх опитаних відповідно), а діалог-домовленість відбувається переважно з пацієнтами (64% респондентів).

Подібні дані були отримані у результаті вивчення змістового наповнення підручників з англійської мови за професійним спрямуванням (далі – АМПС), рекомендованих робочими програмами закладів вищої освіти для студентів спеціальності «Медицина». Аналіз відсоткового співвідношення представлених у них чотирьох типів діалогів дозволяє зробити висновок, що діалог-розпитування займає понад 50% від усіх діалогів, представлених у підручниках. Другим за присутністю у підручниках є діалог-домовленість (в середньому 25% усіх діалогів). Третє місце займає діалог-обмін враженнями / думками (близько 12% усіх діалогів). Найменш поширеними типом діалогів, представлених у підручниках, є діалог-дискусія / обговорення (близько 10% усіх діалогів). Водночас комунікація переважно здійснюється у діадах «лікар – пацієнт» та «лікар – лікар».

Позаяк абсолютна більшість англомовних фахово орієнтованих ситуацій відбуваються між лікарем і пацієнтом, основна увага у процесі формування АПОК удіалогічному мовленні буде приділятися діалогам удіаді «лікар – пацієнт». Другими за поширеністю є ситуації професійно орієнтованого говоріння у зв'язці «лікар – лікар». Тому їх також варто практикувати під час формування АПОК у діалогічному мовленні. Окрім того, фахово орієнтоване говоріння між лікарями не обмежується виключно діалогами. Рольові професійно орієнтовані ігри (до прикладу, лікарські збори, консиліуми, скайп-консультації тощо), де процес обміну інформацією вимагає залучення більше, ніж двох осіб, мають відбуватися у формі полілога.

Висновки. Дані опитування практикуючих лікарів продемонстрували, що з-поміж двох основних різновидів фахово орієнтованого мовлення (монологу і діалогу) лікарі використовують діалог у ширшому спектрі професійно орієнтованих ситуацій. Таким чином, у процесі навчання англомовного професійно орієнтованого говоріння більша увага має приділятися формуванню знань, навичок та вмінь ведення саме фахово орієнтованого діалогу. Водночас серед чотирьох основних видів діалогів

лікарі найчастіше використовують діалог-розпитування та діалог-дискусію. Отже, поетапна стратегія формування АПОК у діалогічному мовленні передбачає навчання діалогу-розпитування на перших етапах курсу з поступовим додаванням складніших лексико-граматичних та синтаксичних конструкцій задля послідовного розвитку фахових мовленнєвих знань, навичок і вмінь майбутнього фахівця, що полягає у навчанні діалогу-дискусії на завершальних етапах курсу АМПС, коли професійно орієнтована компетентність є належно сформованою задля адекватного засвоєння матеріалу і продукування фахових висловлювань.

Ключові слова: англomовна професійно орієнтована компетентність, англomовне професійно орієнтоване діалогічне мовлення, діалог-розпитування, діалог-дискусія, англійська мова за професійним спрямуванням, майбутні лікарі.

ФОРМАЛЬНО-МОВНІ ТИПИ КЛІНІЧНИХ ТЕРМІНІВ

Левенець Н.Г

Кафедра громадського здоров'я і гуманітарних дисциплін

Вступ. Терміни є невід'ємною частиною мови науки. Для вільного користування клінічними термінами та повного розуміння їх значення необхідне знання структурних типів як термінів виражених окремим іменником, так і термінів словосполучень.

Мета дослідження: вивчити структурні типи латинських клінічних термінів відповідно до граматичного та семантичного зв'язку між їх компонентами та до їх стилістичних функцій.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження слугували латинські словники клінічних термінів. Під час виконання дослідження використані бібліосемантичний метод та метод структурно-логічного аналізу.

Результати. Існує декілька формально-мовних типів клінічних термінів, серед яких найбільш численними можна вважати такі:

I. Немотивовані (у сучасній медичній мові) прості слова. Вони в свою чергу поділяються на: 1. прості кореневі слова латинського або грецького походження: наприклад, thrombus (тромб, згусток крові), dolor (біль), tremor (тремор, тремтіння), sepsis (сепсис), typhus (тиф), trauma (травма, пошкодження); 2) прості похідні слова (у мові-джерелі), наприклад: infarctus (лат. infarctio – набивати, начиняти) інфаркт, insultus (лат. insulto – нападати)

інсульт, aneurysma (гр. aneuryno – розширити) аневризма, (лат. penetro – проникати) пенетрація.

Наведені прості кореневі та прості похідні слова, а також багато інших подібних до них клінічних термінів є неділимими у сучасній термінології і, відповідно, немотивованими. Найчастіше вони не перекладаються, а копіюються, транскрибуються засобами національних мов (української, англійської та ін.) і є інтернаціоналізмами.

II. Терміни-словосполучення. Значне місце у клінічній термінології посідають іменні словосполучення. Для їх утворення необхідні знання з граматики. У кожному словосполученні стрижневим словом є іменник у називному відмінку однини або множини. Це родовий термін, тобто назва вищого, більш загального поняття у класифікації. Означення найчастіше виражені прикметниками. Їх роль ускладі словосполучення – уточнити родове (загальне) поняття, наприклад: *ulcus varicosum* – варикозна виразка, *ulcus peritum* – пептична виразка, *ulcus trophicum* – трофічна виразка, *ulcus crateriforme* – кратероподібна виразка. Означення може бути виражене також іменником у родовому відмінку. Найчастіше таке означення показує локалізацію ураження, наприклад: *ulcus ventriculi* – виразка шлунку, *ulcus duodeni* – виразка 12-палої кишки, *ulcus oesophagi* – виразка стравоходу; *abscessus cerebri* – абсцес головного мозку, *abscessus hepatis* – абсцес печінки, *abscessus pulmonis* – абсцес легені.

Деякі словосполучення-інтернаціоналізми традиційно включаються в професійний текст на національних мовах в латинській граматичній формі та транскрипції: *situs inversus viscerum*, *anamnesis vitae*, *anamnesis morbi*.

III. Повністю членовані мотивовані терміни-слова. Серед формально-мовних типів клінічних термінів вони найбільш цікаві при вивченні основ медичної термінології. У ролі початкових мотивуючих основ у більшості складних слів виступають терміноелементи з анатомічним значенням грецького або, рідше, латинського походження. Кінцеві компоненти несуть головне змістовне навантаження, виконуючи, подібно до суфіксів, класифікаційну функцію. Одні з них співвідносять дане поняття з певною групою, класом патологічних явищ (симптомів, станів, хвороб, процесів, інші – з хірургічними операціями або діагностичними заходами і т. ін. наприклад, терміни з початковим терміноелементом *cardio-* (серце): *cardiopathia*, *cardiosclerosis*, *cardiomegalia*, *cardiolysis*, *cardiographia*.

Аналогічно утворюються і назви багатьох медичних інструментів, приладів, апаратів. До цих назв вводиться додатковий елемент з фізико-технічним, фізіологічним або біофізичним значенням.

Слід мати на увазі, що залежно як від місця, яке терміноелемент займає у складному слові, так і від конкретного значення іншого компонента у складі слова, можуть виникати відтінки, що впливають на загальний зміст мотивованого слова.

Висновки. Аналіз та переклад термінів-словосполучень потребує знання граматики. Загальний зміст мотивованого слова завжди дещо більш об'ємний, повніший, глибший ніж просте складання значень мотивуючих компонентів. Для логічного розуміння загального змісту складного слова доцільно починати семантичний аналіз компонентів, що входять до його складу з кінцевого терміноелемента.

Ключові слова: клінічні терміни, означення, інтернаціоналізми, транскрипція, словосполучення.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №2 В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ

Головчанський Р.В., Шип Д.Я.

Кафедра громадського здоров'я і гуманітарних дисциплін

Вступ. Пандемія COVID–19 призвела до значних змін у житті кожного з нас. Введення карантинних обмежень змусило адаптуватися до нових умов життя. Студенти — це та категорія населення, на яку в значній мірі вплинули карантинні обмеження змінивши їх звичний темп та ритм життя у всіх сферах, серед яких економічний, соціальний, духовний та освітній простори, фізичний та емоційний стан, а також процес навчання. Підтримання гідного рівня якості життя студентів-медиків є критично важливим, оскільки в суспільстві виникає дефіцит лікарів під час пандемії COVID–19 що і визначає актуальність даної теми.

Мета дослідження. Дослідити рівень якості життя студентів медичного факультету №2 в умовах пандемії та дистанційного навчання.

Матеріали і методи. Проведено опитування серед 232 студентів медичного факультету №2 віком від 18 до 25 років, серед яких 128 хлопців та 104 дівчат. Для вивчення суб'єктивного оцінювання основних показників якості життя студентам була запропонована анкета-питальник, що складається

з 36 питань яка була створена на платформі Google Forms та включала 4 блоки питань з метою вивчення якості життя.

Результати. В 7 із 8 запропонованих шкал в різній степені, спостерігаються показники нижчі для студентів медичного факультету порівняно з населенням вікової групи 18-25 років для Закарпатської області. У студентів факультету спостерігається невелике зниження якості життя: фізичне функціонування на 6,5%, що відображає ступінь, в якій здоров'я лімітує виконання фізичних навантажень, що зумовлене фізичним станом на 3,2%, та вплив фізичного стану на повсякденну діяльність. Низькі показники по даній шкалі свідчать про те, що повсякденна діяльність значно обмежена станом студента. Показники психічного здоров'я — відмічають наявність депресії, тривоги та загальний показник позитивних емоцій. Низькі показники (4,7%) свідчать про наявність депресивних, тривожних переживань, психічного неблагополуччя. В шкалі опитувальника рольового функціонування, зумовленого емоційним станом, що передбачає оцінку ступеню, в якій емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної активності, спостерігається більш значне зниження відносно Закарпаття на 14,8%. Низькі показники по цій шкалі інтерпретуються як обмеження виконання повсякденної роботи, зумовленої погіршенням емоційного стану. Також, більш низькі показники (нижче на 15,2% відносно Закарпаття) спостерігаються в шкалі життєвої активності, що мають на увазі відчуття себе повним сил та енергії або, навпаки, знесиленим. Низькі показники свідчать про перевтому студента, зниження життєвої активності. Найнижчий показник соціальної активності у студентів факультету, серед власних показників та відносно аналогічного показника по населенню Закарпаття (на 18,0% менше) — шкала соціального функціонування. Дана шкала визначає ступінь, в котрій фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність. Низькі бали свідчать про значне обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування у зв'язку з погіршенням фізичного та емоційного стану. Єдиний високий показник відносно Закарпаття — шкала загального стану здоров'я, що відображає оцінку студентом свого стану здоров'я в теперішній момент. Чим нижче бал по цій шкалі, тим нижче оцінка стану здоров'я. Важливо відмітити, що в більшому ступені відносно Закарпаття знижені показники, що відповідають за психічний компонент якості життя, ніж за фізичний компонент. Всі складові якості життя в нашому дослідженні знаходяться у прямому взаємозв'язку ($r=0,11-0,72$). Встановлена висока ступінь кореляції

між показниками життєвої активності і показником психічного здоров'я ($r=0,72$).

Висновки. Отримані дані свідчать про низьку якість життя студентів медичного факультету у зв'язку з чим необхідний подальший моніторинг якості життя студентів. З огляду на це, досліджувана проблема в цій статті, являється актуальною та залишається відкритою для подальших досліджень..

Ключові слова: COVID-19, якість життя, студенти-медики, дистанційне навчання.

ВПЛИВ ПАНДЕМІЇ COVID-19 НА ВИЯВЛЕННЯ ОНКОЗАХВОРИЮВАНЬ

Фегер О.В., Погоріляк Р.Ю.

Кафедра громадського здоров'я і гуманітарних дисциплін

Вступ. Скринінг на рак є складною та ресурсомісткою ініціативою громадського здоров'я. Популяційний скринінг значно знижує захворюваність і смертність від раку молочної залози, шийки матки, колоректального раку та раку легень. Внаслідок пандемії COVID-19 онкологічна допомога була значною мірою зіпсована через зміну пріоритетів послуг охорони здоров'я.

Мета. Визначити вплив пандемії COVID-19 на виявлення онкозахворювань та систему охорони здоров'я в цілому на основі даних літературних джерел.

Матеріали та методи. Матеріалами слугували вітчизняна і зарубіжна наукова література, міжнародні й вітчизняні нормативно-правові документи. Застосовано інформаційно-аналітичний метод дослідження.

Результати дослідження. Національна система охорони здоров'я є одним із видів діяльності, які постраждали внаслідок COVID-19 та карантину. Оскільки кількість інфекцій COVID-19 постійно збільшувалась, громадські та професійні організації випустили рекомендації щодо того, що всі нетермінові операції та процедури, включаючи скринінг на рак, слід відкласти. Для боротьби з пандемією були перенаправлені бюджетні кошти, в тому числі ті, котрі першочергово виділялись на онкоскринінг.

Пандемія зруйнувала спосіб надання медичної допомоги та змусила клініцистів приймати доволі важкі рішення щодо видів на компонентів

медичної допомоги, що є життєвонеобхідними. Онкологічним центрам довелося швидко адаптуватися до продовження діагностики та лікування злоякісних новоутворень, адже пацієнти з симптомами раку стикаються зі значними затримками у доступі до діагностичних та лікувальних послуг, що призводить до виявлення на пізніх стадіях захворювання та підвищеного ризику летальності. Встановлено, що переважна більшість реєстрів раку відмітили збої в кадровому забезпеченні, фінансах та/або зборі даних.

Відмічається, що останнім часом пацієнти зменшили використання медичних послуг. Онлайн-оцінка, проведена мережею досліджень охорони здоров'я EPCS, показала, що під час пандемії було виявлено менше випадків скринінгу на рак. Зменшення кількості скринінгів на рак є особливо тривожним, оскільки регулярний скринінг безсимптомних людей знижує захворюваність і смертність від раку молочної залози, шийки матки, колоректального раку та раку легень.

Нинішні рекомендації. Спеціальної групи з профілактичних послуг США включають: раз на два роки скринінг раку молочної залози за допомогою мамографії у жінок, щорічний скринінг легень за допомогою комп'ютерної томографії з низькими дозами, скринінг на колоректальний рак за допомогою щорічного імунохімічного тесту калу або колоноскопії кожні 10 років і періодичний скринінг шийки матки з цитологією з або без дослідження на вірус папіломи людини у жінок. Таким чином, майже кожній дорослій людині рекомендується пройти кілька скринінгових тестів протягом життя. Наразі доступні мінімальні дані щодо впливу пандемії на скринінг раку між різними закладами охорони здоров'я, різними типами раку, різними скринінговими тестами та різними демографічними групами.

Висновки. Пандемія COVID-19 спричинила порушення в національних системах охорони здоров'я та вплинула на стан здоров'я в усьому світі.

Наслідки моніторингу системи охорони здоров'я можна пом'якшити за допомогою кількох основних напрямків. Вони включають надання довгострокової державної підтримки, покращення інфраструктури реєстру, включаючи розширення електронної звітності про медичні записи та збільшення пасивного збору даних. Виконання цих заходів може обмежити вплив пандемії на теперішніх і майбутніх хворих на рак і підтримати стійкість канцер-реєстрів як глобальних очей і вух для боротьби з раком.

Ключові слова: скринінг, злоякісні новоутворення органів дихання, COVID-19, система охорони здоров'я.

ЩЕПЛЕННЯ ВІД ВІРУСУ ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ. РЕАЛІЇ СЬОГОДЕННЯ

Котубей В.В., Котубей А.І., Фегер О.В.

Кафедра громадського здоров'я і гуманітарних дисциплін

Вступ. ВПЛ (вірус папіломи людини) представлений групою вірусів, що широко поширена в усьому світі. Налічується понад 100 типів ВПЛ, з яких, щонайменше, 13 призводять до розвитку раку. ВПЛ - основна причина розвитку раку шийки матки, а ним, за статистикою, кожного року хворіє понад півмільйона жінок.

Мета. Вивчити обізнаність жінок репродуктивного віку стосовно етіології, клініки, профілактики, діагностики та лікування ВПЛ.

Матеріали та методи. Матеріалами для дослідження стали результати соціологічного опитування жінок репродуктивного віку Закарпатської області. Всього опитано 176 респондентів. Статистична обробка даних проводилась з використанням програми Microsoft Office Excel.

Результати. ВПЛ надзвичайно поширений. Найчастіше передається через статевий контакт, а більшість людей інфікується невдовзі після початку статевого життя.

Станом на 2013 рік вакцинація проти ВПЛ увійшла в державну програму вакцинації для понад 80 країн, зокрема таких як Австралія, Канада, Нова Зеландія, Південна Корея та більшості країн Євросоюзу. У США вона регламентується законом в більшості штатів країни. МОЗ України також наголошує на необхідності щеплень проти ВПЛ, однак державної підтримки для обов'язкового щеплення немає.

У більшості країн вакцину проти папіломавірусної інфекції вводять лише дівчатам від 9 років, а також жінкам. Але в деяких країнах це щеплення рекомендоване вже також і хлопчикам, наприклад, у Великобританії та Ізраїлі. Вакцинація від папіломавірусу дозволяє зупинити його передавання від людини до людини, краще захистити дівчат від ризику раку шийки матки, а як дівчат, так і хлопців — від раку порожнини рота і горла, статевих органів і ануса. Найбільш грізним ускладненням ВПЛ є рак шийки матки, який викликається найчастіше 16 типом – 50%, та 18 типом – 10% випадків.

ВПЛ - скринінг є чутливим не лише до виявлення передракових захворювань, а й істотно знижує захворюваність та смертність від РШМ, що є головним показником його ефективності. Однак, специфічні методи противірусного лікування ВПЛ не розроблені, єдиним дієвим способом попередження РШМ та інших асоційованих з ним захворювань є вакцинація. Рутинна вакцинація від ВПЛ рекомендована у віці 11–12 років та може також проводитися починаючи з віку 9 років; вакцинація рекомендована для всіх людей віком до 26 років, які не пройшли процедуру вчасно; при вакцинації осіб віком <15 років рекомендоване введення вакцини за 2-дозовою схемою.

Згідно з даними нашого дослідження встановлено, що 80,0% жінок знає про вірус папіломи людини та лише 30,0% опитаних ознайомлені про ймовірні шляхи інфікування ним та фактори ризику. При чому, 19,3% респондентів відмічають у себе симптоми ВПЛ (бородавки на поверхні тіла, кондиломи на статевих органах). 27,0% опитаних, з тих, хто відмічає у себе симптоми ВПЛ звертались на консультацію до дерматолога та 75,0% - систематично проходять огляди у гінеколога. 70% респондентів орієнтуються, що передракові стани шийки матки можна виявити шляхом цитологічного скринінгу. Лише 28% вважають вакцинацію проти ВПЛ ефективним методом профілактики РШМ. Бажання провакцинуватися висловили 32% респондентів.

Висновки. Виявлено низький рівень обізнаності жіночого населення щодо ВПЛ, про що свідчать результати нашого дослідження. Саме це підтверджує актуальність подальших досліджень даної теми та необхідність ознайомлення населення із патологією. Також потрібно зосередити більшу увагу на первинній ланці, а саме проведення профілактичних заходів серед підлітків, для більшої обізнаності в інфекціях які передаються статевим шляхом та методи їх профілактики.

Ключові слова: ВПЛ, вакцинація, РШМ, профілактика.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ СТАНОМ НА 2020-2021 РР.

Ладані С.А., Котубей В.В.

Кафедра громадського здоров'я і гуманітарних дисциплін

Вступ. Інсульт – це гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК), яке характеризується появою гострої неврологічної симптоматики за рахунок

ушкодження тканин мозку. Виділяють такі основні види ГПМК: ішемічний інсульт або інфаркт мозку (частота виявлення у пацієнтів близько 80%), геморагічний інсульт (15%) та субарахноїдальний крововилив або САК (5%).

На даний час серцево-судинна патологія, зокрема цереброваскулярна, займає одне з перших місць по захворюваності, смертності та інвалідності, як у світі, так і в Україні. Альтернативою зниження даних показників є не тільки адекватне лікування, але і вчасна діагностика на ранніх стадіях захворювання та при скринінговому обстеженні. Магнітно-резонансна томографія, комп'ютерна томографія та УЗ дуплексне/триплексне сканування (УЗДС) – методи, які дають можливість провести диференційну діагностику, визначити тип ГПМК, ступінь ураження мозкової паренхіми або ж попередити його виникнення.

Мета роботи. Дослідження та аналіз ефективності проведення інструментальних методів обстеження (магнітно-резонансна томографія, комп'ютерна томографія та УЗ дуплексне/триплексне сканування (УЗДС)) у пацієнтів з ознаками ГПМК та станів, що їх імітують.

Матеріали та методи. Щорічна доповідь МОЗ про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я (2017 р.)

Нормативно-правова база МОЗ щодо організації діяльності системи охорони здоров'я.

Аналіз літератури наукометричних баз PubMed, EMBASE, Scopus та The Cochrane Library за 2017-2021 рр.

Інформаційно-аналітичний метод обробки даних інструментальних методів обстеження пацієнтів з ознаками ГПМК та станів, що їх імітують відповідного медичного закладу з мінімальним розміром вибірки 300 за 2020-2021 рр.

Результати. Проаналізувавши кожен з представлених інструментальних методів обстеження (магнітно-резонансна томографія, комп'ютерна томографія та УЗ дуплексне/триплексне сканування (УЗДС)), який було проведено у пацієнтів з ознаками ГПМК та станів, що його імітують, виявлено:

- магнітно-резонансна томографія є найбільш точним та чутливим методом нейровізуалізації, особливо за рахунок режиму DWI (diffusion weighted imaging). Даний режим дає можливість візуалізувати патологічні зміни мозкової паренхіми (на стадії цитотоксичного набряку) вже

за лічені хвилини після появи симптомів інсульту. Окрім цього МРТ дозволяє чітко візуалізувати ділянку патологічного ураження, давність його виникнення та проведення точної диференційної діагностики між геморагічним та ішемічним інсультом, САК, ТІА (транзиторна ішемічна атака) та ін.

- комп'ютерна томографія вважається «золотим стандартом» для виявлення ознак геморагічного інсульту в перші години від появи клінічних ознак ГПМК. Проте інформативність цього методу суттєво знижується для визначення ішемічного інсульту в гостру фазу та рідко візуалізує інфаркт мозку малих розмірів в зоні вертебробазиллярного басейну.

- УЗ дуплексне/триплексне сканування (УЗДС) – метод скринінгового (догоспітального) обстеження, який дає можливість оцінити стан церебральної гемодинаміки при судинних патологіях (зокрема стенозу або/та тромбозу внутрішньої сонної артерії, мозкових артерій в інтракраніальних ділянках, основної та хребтової артерій) і є першочерговим при плануванні лікування та профілактики виникнення ГПМК.

Висновки. Завдяки технічному прогресу розроблено широкий спектр інструментальних методів обстеження пацієнтів з ГПМК, який дозволяє не тільки від диференціювати його види, а і допомагає сформувати тактику лікування та попередження виникнення захворювання.

Ключові слова: ГПМК, магнітно-резонансна томографія, комп'ютерна томографія, УЗ дуплексне/триплексне сканування (УЗДС).

ДОСВІД ВИКЛАДАЧІВ У СТВОРЕННІ НЕФОРМАЛЬНОЇ АТМОСФЕРИ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ЗАНЯТТЯ Й ПОКРАЩЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МІЖ ВИКЛАДАЧЕМ І СТУДЕНТОМ TEACHERS' EXPERIENCE IN CREATING AN INFORMAL ATMOSPHERE AT DIFFERENT STAGES OF CLASSES AND IMPROVING THE RELATIONSHIP BETWEEN TEACHERS AND STUDENTS

Колесник П.О., Перець Е.В.

Кафедра сімейної медицини та амбулаторної допомоги

Вступ. Створення неформальної атмосфери протягом університетських занять значно покращує ефективність навчального процесу. Такий підхід дозволяє студентам розслабитись, а відтак вільно думати,

дискутувати та генерувати ідеї. Перевага такого методу очевидна: встановлюється довіра до викладача, руйнується стереотип про правильність і неправильність суджень, студент проявляє себе не тільки як учасник навчального процесу, але й як особистість, концентрація і увага зростають, а прірва між теорією і практикою стає дедалі меншою.

Мета роботи. Провести майстер-клас методом мозкового штурму серед викладачів кафедри СМАД зібрати ряд різноманітних підходів до створення неформальної атмосфери на кожному з етапів заняття.

Матеріали та методи. Мозковий штурм серед викладачів кафедри СМАД з використанням сервісів Google Meet та Jamboard.

Результати. Виділяють наступні етапи заняття: 1) криголам, 2) оголошення мети та навчальних цілей, 3) основна частина, 4) висновки і зворотній зв'язок.

Протягом майстер-класу ми встановили, що хоч і криголам має на меті “розтопити лід” між викладачем і студентом, проте не завжди вдається саме на цьому етапі стимулювати публіку до обговорення. Відтак почати слід із себе чи з найактивнішого студента в групі. Крім того, криголам повинен відображати і актуалізувати тему, наштовхуючи аудиторію в необхідне нам русло.

Мета і цілі повинні відображати практичність заняття і актуалізувати потребу у знаннях, які будуть отримані. Для цього можна використати статистичні дані чи провокуючі питання до публіки, висвітлити причини, чому ми розглядатимемо дану тематику, або ж використати ігри, зокрема в асоціації.

Основна частина повністю розкриває тему та є теоретично наповненою. Для ефективного засвоєння матеріалу слід використовувати не тільки презентацію, але й ігри, відео-демонстрації, дискусії, роботу в малих групах. З метою кращого запам'ятовування слід інсценувати клінічні ситуації для відпрацювання теоретичних знань прямо під час заняття. Комунікативні навички, такі як відкриті питання до публіки, спілкування з кожним студентом, похвала, активне слухання, тільки підвищать комплаєнс між студентами і викладачем. Також можна вдатися до європейської моделі навчання, тобто орієнтованої на студента, де викладач займає роль “дослідника”, а студент генерує ідеї та, відповідаючи на влучні запитання, продукує матеріал заняття. Та зрештою, найважливішим під час основної

частини є дати змогу кожному студенту проявити себе та свої унікальні здібності.

Наприкінці заняття викладачу слід підсумувати викладений матеріал у вигляді висновка та отримати зворотній зв'язок від студентів. Для останнього можна використати відкриті запитання: “Що було добре?”, “Що може бути краще?”, “Що з викладеного матеріалу ви використаєте у своїй практиці?”. Також на даному етапі оцінювання можна доручити студентам, запропонувавши їм самим оцінити один одного або ж себе.

Висновки. Отже, нами було встановлено, що створення неформальної атмосфери на різних етапах заняття - це вдалий підхід для підвищення ефективності навчального процесу. Він вимагає творчої підготовки викладача та постійного вдосконалення особистих м'яких навичок. Одним зі способів набуття останнього є формат мозкового штурму у колі колег та за участі експертів з даного питання.

Ключові слова: неформальна атмосфера, ефективне засвоєння, дистанційне навчання.

«10 СПОСОБІВ РОЗБИТИ ЛІД»

Гльков О.В.

Кафедра сімейної медицини та амбулаторної допомоги

Актуальність проблеми. В викладанні особливо важливим етапом є діалог між студентом та викладачем. Та не завжди незнайомі люди, особливо на перших заняттях, готові розкритися та відповідати на запитання, вести дискусію. Тому, для пришвидшення процесу знайомства, рекомендую застосовувати техніку «Криголам», що пришвидшує знайомство та полегшує комунікацію між викладачем та студентом.

Матеріали та методи. На моїх заняттях було використано такі техніки: 1) «Паперовий літачок» Кожен гравець пише на папері факт про себе , складає його в паперовий літачок, кидає їх куди завгодно .Завдання – вгадати, чия це історія. 2) Шведська розповідь - казкар стоїть перед аудиторією. Два перебивачі стоять за казкарем. Казкар починає розповідати історію. Поки він / вона робить це, перебивачам дозволяється вимовляти різні слова вголос, коли вони захочуть. Казкар повинен якомога швидше включити ці слова в історію. Коли казкар вже нічого не може придумати, він формулює остаточне речення і закінчує його. Ролі міняються місцями в кожному раунді 3) Гра "Виберіть

сторону" - це версія "Ви б скоріше?" з більшою кількістю дій. Спочатку вибирається модератор, який задає питання групі. Ці запитання повинні включати два протилежні варіанти, наприклад: "Чи хотіли б ви мати надочушливий високий голос чи неймовірно глибокий голос?" Кожен, хто обирає варіант 1, стоїть у лівому куті; кожен, хто обирає варіант 2, позиціонує себе в правому куті. Модератор заздалегідь повідомляє, який кут відповідає варіанту відповіді. 4) «Десять спільних речей» Ця гра стосується пошуку речей, спільних між вами та іншою людиною. Перш за все, всі розділені на пари. Кожна пара отримує аркуш паперу та ручку. Після сигналу старту всі пари мають 15 хвилин, щоб знайти десять спільних речей. Зрештою, кожна пара розповідає групі, що у них спільного. Умова - не використовуйте явної подібності на кшталт "Ми обидві жінки" . 5) «Ви коли-небудь?» - це, в основному, зворотна версія запитальної гри " Ніколи у мене ніколи не було " . Одна людина задає групі запитання, наприклад: " Ви коли-небудь підробляли хворобу, щоб залишатися вдома зі школи? "Всі, хто робив це перед цим потрібно встати або підняти руки. Таким чином можна дізнатись більше про оточуючих. 6) "Хто найімовірніший " - це питання-гра, де вам потрібно вирішити, який колега, швидше за все, зробить конкретну справу. Ось приклад: Один із вас задає питання: " Хто, найімовірніше, переживе зомбі-апокаліпсис? " . Усі гравці повинні виберіть колегу, який, швидше за все, пережив би зомбі-апокаліпсис. Зрештою, кожен гравець вголос говорить, кого обрав. Ця гра показує, що студенти думають один про одного. 7) «Драже» Пустіть по колу тарілку з драже (M&M's, «морські камінці» тощо) та запропонуйте учасникам узяти стільки цукерок, скільки вони забажають. Але з'їсти їх можна не відразу. Як тільки учасник візьме якусь кількість цукерок, він повинен буде представитися групі та розповісти про себе стільки фактів, скільки цукерок він узяв. 8) Представлення без слів. Розділіть групу на пари учасників. Візьміть за мету цієї вправи представити кожного з учасників його партнеру по команді, але без слів. Вони можуть використовувати малюнки, жести, шари, сигнали або будь-що, не пов'язане зі словами. Використовуйте натяки (наприклад, указати на обручку як свідчення сімейного стану). Після відведених для кожного трьох хвилин дайте учасникам можливість обговорити словами те, про що вони спілкувалися жестами. 9) «Пять розбіжностей» Попросіть учасників знайти собі партнера. Вони мають роздивитись уважно один одного, потім повернутися навколо і стати спиною до спини. Кожна особа змінює п'ять речей на собі. Потім учасники

обертаються та мають здогадатися, що було змінено. 10) «Пошук людського скарбу» Учасникам дають опис «Скарбів », які вони повинні відшукати на початку семінару. Коли пошуки скарбів закінчено, деякі з них можна назвати вголос перед усією групою: це дає можливість тренеру дізнатися про наявні знання та досвід учасників. Скарбів, виражених словами «Знайди когось, хто...», зазвичай дається від дев'яти до дванадцяти. Учасники шукають тих, хто має досвід чи знання з певної теми. Щойно «скарб» знайдено, вони записують ім'я володаря скарбу у відповідну клітинку таблиці

Висновки: Після проведення «Криголаму» студенти більш відкриті до спілкування і більш активно відповідають на заняттях. Тому рекомендую застосовувати дану методологію на кожному занятті.

Ключові слова: дистанційне навчання, діалог, студент, викладач.

ЦИФРОВИЙ СТОРІТЕЛЛІНГ ЯК ПЕДАГОГІЧНИЙ МЕТОД

Понзель Н.І.

Кафедра сімейної медицини та амбулаторної допомоги

Вступ: Навчання на медичному факультеті вимагає мультидисциплінарного, багаторівневого підходу із імплементацією практичних навичок та вмінь. Важливим в підготовці майбутніх лікарів є розвиток клінічного мислення, емпатії та комунікаційних навичок.

Мета: дати визначення поняття «сторітеллінг» та описати актуальність і практичне значення даного методу в навчанні студентів медичних закладів.

Матеріали і методи: Сторітеллінг - це мистецтво розповіді/створення історій з метою впливу на емоційну когнітивну сфери та мотивацію. Виділяють пасивний (побудова історій викладачем) та активний (залучення студента) сторітеллінг. Команда науковців Іспанії в січні 2021 року опублікували дослідження, в якому взяли участь 90 студентів медсестринського факультету. Середній вік 21.8 років. Їм дали завдання створити відео на відповідну тему з метою оцінки рівня мотивації до вивчення предмету та задоволення від процесу навчання. Після цього було проведено опитування в якому: 90% студентів вважали, що створення відеороликів покращило засвоєння знань, 91.2% відповіли, що хотіли б використовувати метод на інших предметах 67.8% вважали, що їхні клінічні навички покращилися після використання цифрового сторітеллінгу. Загалом

респонденти відмітили, що цей вид навчання допоміг їм почуватися краще підготовленими, краще зрозуміти предмет, отримати більше мотивації до вивчення предмету. Вони відмічали, що ця методика навчання є більш стимулюючою та приємнішою, ніж звичайна система навчання.

Висновки: Сторітеллінг як педагогічний метод допомагає покращити рівень навчання та мотивації студентів, розуміння того, що очікувати від клінічної практики; це спосіб дослідження реалій клінічної практики та метод розвитку емпатії та розуміння в медичному середовищі.

Ключові слова: цифровий сторітеллінг, актуальність, мотивація.

«НЕ ЗМІСТОМ ЄДИНИМ...», АБО ТОП-10 СПОСОБІВ ВДОСКОНАЛИТИ СТРУКТУРУ ЗАНЯТТЯ "NOT BY CONTENT ALONE..." OR TOP 10 WAYS TO IMPROVE THE LESSON STRUCTURE

Перець Е.В.

Кафедра сімейної медицини та амбулаторної допомоги

Вступ. Пандемія змінила не тільки умови життя, але й умови навчання студентів. Перед нами, як викладачами, постав новий виклик - забезпечити якісне та ефективне навчання студентів в онлайн умовах. Сучасним способом освоїти й закріпити навички справжнього оратора та ефективного вчителя у режимі онлайн є обмін досвідом з колегами на міжнародному рівні та поширення запозичених знань серед вітчизняних викладачів.

Мета роботи. Представити досвід організації європейського рівня симпозіумів для лікарів і викладачів ЗПСМ за участі експертів EURACT та UMMA.

Завдання. Висвітлити перелік порад для організації навчання великої аудиторії від 50 до 200 учасників і більше.

Матеріали та методи. Напрацювання та досвід, отримані під час підготовки і реалізації серії симпозіумів «Snowball» на платформі EURACT з використанням сервісів ZOOM, Jamboard, Wooclap та Mentimeter.

Результати. Щоб стати ефективним спікером та вдало підготувати заняття як для малої, так і для широкої аудиторії, ми підготувати ТОП-10 порад:

1. Зрозумійте свою аудиторію та її особливості;

2. Запропонуйте неформальний початок заняття за 15-20 хв до початку;
3. Встановіть правила, за якими ви будете взаємодіяти зі студентами;
4. Застосуйте «фішки», щоб зачепити аудиторію;
5. Оголошуйте цілі заняття;
6. Організуйте мозковий штурм на початку;
7. Заплануйте достатню кількість перерв;
8. Змінійте підхід до подачі матеріалу протягом всього заняття;
9. Збирайте оцінку та зворотній зв'язок від вашої публіки;
10. Залиште відкритий простір для спілкування наприкінці зустрічі.

Висновки: Для опанування нового медичного освітнього формату необхідно врахувати новий спосіб комунікації і трансляції інформації. Проте, недостатньо лише висвітлити матеріал у форматі презентації. Тільки вправні навички спікера можуть утримувати увагу та зацікавленість аудиторії, що робить кожне заняття ефективним.

Ключові слова: комунікація, онлайн навчання, мотивація.

ОБІЗНАНІСТЬ ТА ОСНОВНІ ДЖЕРЕЛА ЗНАТЬ ПАЦІЄНТІВ ЩОДО ФАКТОРІВ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ РИЗИКІВ

Шушман І.В., Колесник П.О.

Кафедра сімейної медицини та амбулаторної допомоги

Актуальність. Група серцево-судинних захворювань продовжує залишатися лідируючою причиною смертності переважної більшості населення як України, так і інших країн світу. Акцент на пропаганду здорового способу життя, підвищення обізнаності населення щодо запобігання виникнення серцево-судинних захворювань наголошено у ряді європейських протоколів, США, а також, у діючому на сьогоднішній день в Україні протоколі МОЗ № 564 від 13.06.2016 р «Профілактика серцево-судинних захворювань»

Мета. Оцінка рівня обізнаності, основних джерел знань і довіри пацієнтів щодо факторів первинної профілактики серцево-судинних ризиків.

Матеріали і методи. Проведено анонімне анкетування 540 пацієнтів за допомогою розробленого опитувальника.

Результати. Частка опитаних респондентів, що мали надлишкову масу тіла та ожиріння різного ступеню становила 36 %. Лише 8,3 % із

опитаних вживали достатню кількість фруктів/овочів щодня. 7,3 % опитаних мали достатню кількість рибних днів на тиждень у своєму раціоні. У 52,8% осіб у раціоні переважають тваринні жири і лише 32,8% опитаних мали достатнє фізичне навантаження протягом тижня. Найбільш важливою думкою для опитаних нами респондентів щодо факторів первинної профілактики серцево-судинних ризиків була думка сімейного лікаря та родичів. Натомість, основним джерелом знань серед опитаних респондентів були інтернет-ресурси.

Висновки. Більшість із опитаних респондентів не вживали достатню кількість овочів та фруктів, риби, а також мали недостатній рівень фізичної активності, всупереч існуючим доказовим рекомендаціям. Враховуючи значну довіру населення інтернет-ресурсам, важливим є оптимізація та розробка адекватного веб контенту для пацієнтів стосовно здорового способу життя та профілактики факторів серцево-судинного ризику, що базується на доказових рекомендаціях.

Ключові слова: сімейна медицина, профілактика, серцево-судинні ризики, інтернет.

ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ ТА ПРОГРЕСУВАННЯ ФІБРОТИЧНИХ ЗМІН ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА НАЖХП НА ТЛІ ХОЗЛ

Храмцова І.О.

Кафедра сімейної медицини та амбулаторної допомоги

Вступ. На сьогодні існує вагомe обґрунтування у підтримку гіпотези про збільшення поширеності неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ). Є переконливі докази того, що запалення легень під час ХОЗЛ призводить до зростання кількості біомаркерів, пов'язаних з нейтрофільним запаленням (ММР9, еластаза, кальпротектин) та прозапальними цитокінами (ІЛ-6, ІЛ-1 β , ІФН- α , С-реактивний білок, ФНП-а), не тільки «на території легень і бронхів», але і в периферичній крові, що свідчить про наявність системної запальної реакції або системного запалення та відіграє важливу роль у патофізіології ХОЗЛ та її супутніх захворюваннях, таких як метаболічний синдром. Кілька досліджень повідомляли, що часті загострення ХОЗЛ потенціюють прогресування НАЖХП із високою активністю запального процесу та зростанням ступеня стеатозу печінки.

Незважаючи на велику кількість досліджень на сьогодні не існує достатньо ефективного лікування НАЖХП, що підкреслює необхідність подальшого дослідження основних патогенетичних механізмів, які лежать в основі розвитку та прогресування стеатозупечінки в НАСГ ухворих на ХОЗЛ.

Мета роботи: встановити взаємозв'язок між рівнями антитіл до нейтрофільної еластази та маркерами фіброзування печінки у хворих на НАЖХП за умови коморбідності з ХОЗЛ.

Матеріали і методи дослідження. Досліджувалися наступні показники - ФНП-а, ІЛ-6, неоптерин, тканинний фактор росту (ТФР)- β , антитіла IgG до нейтрофільної еластази і тканинний інгібітор металопротейназ-1 (ТМП-1) у сироватці крові 82 хворих із діагнозом НАЖХП та ХОЗЛ II групи В і С. Серед обстежуваних було 61,0% (50) чоловіків та 40,0% (32) жінок. Середній вік пацієнтів складав $57,8 \pm 1,5$ року.

В залежності від нозології хворі були розділені на дві групи: 1 група (основна, $n=52$) - НАЖХП+ХОЗЛ та 2 група (порівняння, $n=30$) - пацієнти з НАЖХП. З урахуванням частоти загострень ХОЗЛ група 1 була розділена на: 1а група ($n=22$) - хворі на НАЖХП+ ХОЗЛ II групи В та 1б гр. ($n=30$) - хворі на НАЖХП+ХОЗЛ II групи С. Середній показник загострень у групі 1а - $1,02 \pm 0,22$ та у групі 1б - $2,52 \pm 0,25$. Групи були репрезентативні за віком, статтю та важкістю перебігу хвороби. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб (середній вік $35,3 \pm 1,4$ р.). Пацієнтам призначали базисну терапію ХОЗЛ відповідно з наказом МОЗ України №555 від 27.06.13 (фенотерол/іпратропіум бромід 50/20 по одній дозі через 8 год.).

Дослідження проводили у фазі загострення ХОЗЛ та фазі ремісії - через 3 міс. після виписки з стаціонару. Усі обстежувані підписували інформовану згоду, методологія якої відповідала Гельсінській декларації 1975 року та її перегляду 1983 року та була затверджена локальною комісією УжНУ з біоетики (Протокол №1 від 10.01.2020).

Критеріями включення у дослідження був підтверджений діагноз хронічного обструктивного захворювання легень (GOLD II) та вік більше 40 і менше 70 років та/або НАЖХП. Критеріями виключення з дослідження були наявність маркерів вірусного гепатиту В і С, маркерів аутоімунного гепатиту /перехресного синдрому (анти-LKM-1, анти-SLA та анти-LC-1) та ВІЛ-інфекції, вживання алкоголю, токсичного ураження печінки та відмова пацієнта від досліджень.

Діагноз ХОЗЛ був виставлений згідно Міжнародної класифікації хвороб-10 перегляду та підтверджений за допомогою спірометрії, де реєстрували зменшення співвідношення ОФВ1/ФЖЄЛ <0,7 (70%) після прийому бронхолітика. Тривалість захворювання, частоту загострень ХОЗЛ протягом останнього року визначали шляхом ретроспективного вивчення анамнезу (наказ МОЗ України №555 від 27.06.13).

Діагноз НАЖХП встановлювали відповідно до уніфікованого клінічного протоколу "Неалкогольний стеатогепатит" (2014) та адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах "Неалкогольна жирова хвороба печінки" (2012), згідно з рекомендаціями Європейської асоціації з вивчення печінки (EASL).

У роботі використано імуноферментний аналіз Enzyme-Immuno-Sorbent-Assay (ELISA) для визначення рівнів С-реактивного білку (СРБ), концентрацій рівня ФНП-а, ІЛ-6 та неоптерину, ТФР-β, кількості антитіл ІgG до нейтрофільної еластази, ТІМР-1 у сироватці крові на автоматичному імуноферментному аналізаторі "STATFAX" згідно інструкцій, що додаються до наборів реактивів Diagnostics Biochem Canada та DRG (США). Функціональний стан печінки оцінювали за показниками біохімічного аналізу крові – загальний білірубін (ЗБ) та його фракції, загальний білок та білкові фракції, активність сироваткових цитолітичних ферментів аланінамінотрансферази (АЛТ) та аспартатамінотрансферази (АСТ), активність холестатичних ферментів (лужної фосфатази та γ-глутамілтранспептидази), рівень сечовини, креатиніну, глюкози, які визначали за допомогою автоматичного біохімічного аналізатора та оригінальних реактивів ChemWell, Awareness Technology INC (США). Ліпідний склад крові характеризували за концентрацією загального холестерину (ЗХ), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) та тригліцеридів (ТГ), використовуючи набори «Био-Ла-Тест» («LACHEMA», Чехія). Показники загального аналізу крові визначали за загальноприйнятою методикою за допомогою автоматичного гематологічного аналізатора ВС-2800 (Mindray, Китай).

Для визначення ступеня стеатозу та фіброзу печінки використали неінвазивний метод діагностики – ФіброМакс, який включає: ФіброТест, АктіТест, СтеатоТест, ЕшТест, НешТест. Дослідження ґрунтується на комплексному аналізі 10 біохімічних показників: альфа-2-макроглобулін,

гаптоглобін, Апо-А1, ГГТП, загальний білірубін, АЛТ, АСТ, глюкоза крові, ТГ, ЗХ.

Для статистичної обробки отриманих даних у роботі застосовано параметричні та непараметричні методи, які виконували в середовищі пакета SPSS 11.5.

Результати дослідження. При аналізі отриманих даних встановлено, що підвищення рівнів маркерів хронічного запалення спостерігалось у всіх обстежених. Та звертає увагу той факт, що у хворих з коморбідним станом підвищення кожного показника було достовірно вищим ніж у хворих з однією нозологією. Рівні деяких маркерів залежали від частоти загострень ХОЗЛ (табл. 1).

Таблиця 1.

Середні значення окремих показників крові у обстежуваних хворих

Показник, од. вимір.	Групи			
	НАЖХП+ХОЗЛ (основна, n=52)		НАЖХП 2 група (порівняння, n=30)	Контроль на група (здорові особи, n=30)
	1a (n=22)	1б (n=30)		
СРБ, мг/л	16,4 ± 1,7* •	22,5 ± 2,5** • *	3,6 ± 0,3	2,7 ± 0,9
ШОЕ, мм/год	15,3 ± 0,3* •	18,0 ± 0,3* • *	8,2 ± 0,3	8,5 ± 2,8
ФНП-α, пг/мл	207,5 ± 10,3*	565,3 ± 12,5** • *	175,6 ± 5,4*	9,5 ± 0,7
ІЛ-6, пг/мл	15,4 ± 1,3* •	19,5 ± 0,8* • *	7,8 ± 1,7*	3,9 ± 1,2
Неоптерин, нмоль/л	147,3 ± 0,3*	428,6 ± 1,5** •	109,5 ± 1,8*	7,2 ± 1,2
ТФР-β, пг/мл	357,3 ± 58,9*	429,8 ± 95,2** •	245,4 ± 15,7*	154,0 ± 22,7
ТІМП-1, нг/мл	624,0 ± 127,3 * •	733,4 ± 119,5 ** • *	458,6 ± 76,3*	122,0 ± 17,3
Антитіла до IgG	32,2 ± 3,5* •	41,2 ± 5,8* •	6,2 ± 1,8*	3,2 ± 0,8

нейтрофільно ї еластази, Од/мл				
Загальний холестерин (ЗХ), ммоль/л	6,2±0,5*	5,9±0,7*	5,5±0,4*	4,2±0,7
Тригліцериди (ТГ) ммоль/л	3,2±0,4*	2,8±0,3*	2,6±0,2*	1,3±0,3
АлАТ, МОд/л	89,8±12,4*	75,5±18,2*	65,3±10,2**	20,5±3,4
ІМТ, кг/м ²	28,5±0,7*	26,5±0,5	27,5± 0,3	22,5± 0,4
ОТ/ОС	1,35±0,2*	1,20±0,3*	1,15±0,1*	0,78±0,05

Примітки: Достовірність різниці: * – з групою контролю; ** – з 1а; • – з групою 2 (показник розрахований за критерієм Манна-Уїтні, $p < 0,05$)

Найбільші значення СРБ були у групі хворих на НАЖХП поєднану з ХОЗЛ з частими загостреннями (2 і більше загострення за рік), що потребували госпіталізації і перевищували норму у 8,3 рази. Рівні ФНП-а та неоптерину у хворих з частими загостреннями ХОЗЛ з госпіталізацією були у 2,7 раз і 1,9 раз вищими ніж у хворих з малою кількістю загострень ($p < 0,05$) та у 3,2 і 3,9 рази відповідно, вищими ніж у хворих на НАЖХП без ХОЗЛ. Тобто, у хворих на НАЖХП поєднану з ХОЗЛ прозапальні цитокіни ФНП-а, неоптерин та рівні СРБ є головними у підтриманні запального процесу під час загострення. Також виявлено позитивний кореляційний зв'язок ФНП-а та неоптерину із кількістю сегментоядерних нейтрофілів та рівнями антитіл до нейтрофільної еластази ($r=0,38$; $p < 0,05$ та $r=0,42$; $p < 0,05$). Необхідно відмітити, що концентрація антитіл IgG до нейтрофільної еластази є достовірно вищою у всіх хворих на НАЖХП незалежно від частоти загострень ХОЗЛ. Однак встановлено, що середні значення антитіл IgG до нейтрофільної еластази достовірно підвищуються залежно від стадії фібротичних змін у печінці та активності запальних змін в ній ($p < 0,05$), з найбільшою його концентрацією при фіброзі F2 та прямо корелюють з ІМТ, концентрацією холестерину, тригліцеридів та аланінамінотрасферази ($r=0,43$; $p < 0,05$ та $r=0,45$; $p < 0,05$). При фіброзі F3-4 рівні антитіл до еластази знижуються, хоча залишаються вищими за показники контролю (рис. 1).

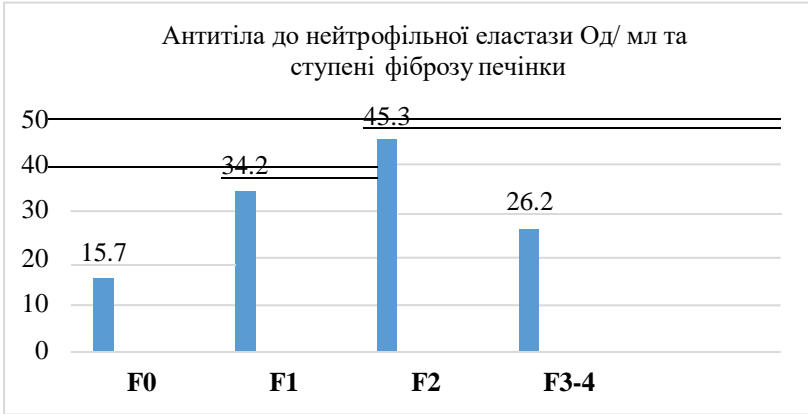
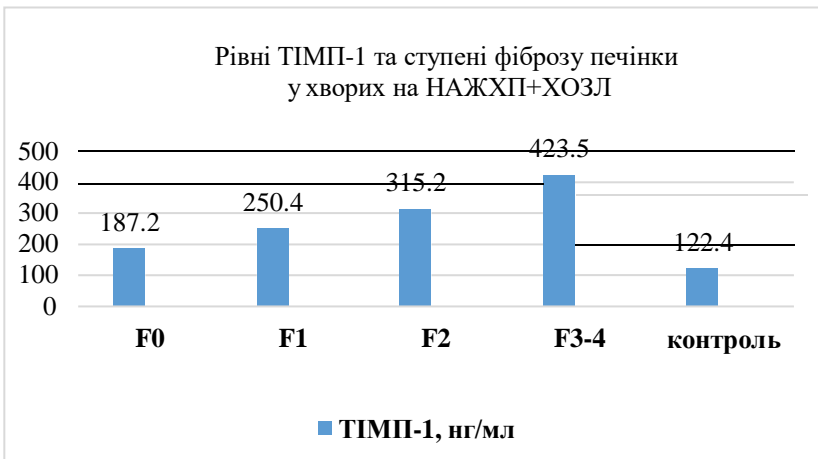


Рис. 1. Концентрації антитіл до еластази в залежності від ступеня фіброзу

Рівні ТІМП-1 також зростають із поглибленням ступеня фіброзу до F2 і прямопропорційно корелюють з концентрацією антитіл до еластази ($r=0,46$; $p<0,05$) та не залежать від частоти загострення ХОЗЛ.



Концентрація ТФР- β достовірно вище зареєстрована у хворих з НАЖХП поєднаною з ХОЗЛ з переважанням у 16 групі, а саме у 3,4 рази ($p<0,05$) більше ніж у групі контролю та у 2,2 рази ($p <0,05$) більше ніж у

хворих 2 групи. Рівні ТФР- β достовірно ($p < 0,05$) зростали у хворих з глибокими стадіями фіброзу печінки до F4.

Висновок.

1. Вивчення показників ФНП-а, неоптерину та СРБ показало достовірну залежність їхнього підвищення від частоти загострень ХОЗЛ, що свідчить про підвищення рівня системного імунного запалення низької інтенсивності у хворих на НАЖХП в умовах ХОЗЛ.

2. Концентрація антитіл до нейтрофільної еластази в сироватці крові прямо корелює із рівнями ФНП-а, неоптерину, СРБ, АЛТ та з такими компонентами метаболічного синдрому, як індекс маси тіла, гіперхолестеринемія та гіпертригліцеридемія.

3. Встановлене підвищення рівнів антитіл IgG до нейтрофільної еластази із зростанням стадії фіброзупечінки, свідчить про безпосередню роль ферментативної активності сироватки крові в механізмах формування більш активних стадій НАЖХП та може розглядатися в якості додаткових діагностичних маркерів розвитку та прогресування фібротичних змін у хворих НАЖХП на тлі ХОЗЛ.

Ключові слова: маркери фіброзування печінки, неалкогольна жирова хвороба печінки.

НАВИЧКИ ПОВІДОМЛЕННЯ ПОГАНИХ НОВИН В МЕДИЦИНІ: ТРЕНІНГОВА ТЕХНОЛОГІЯ ФОРМУВАННЯ.

Хвуст М.

Кафедра сімейної медицини та амбулаторної допомоги

Актуальність. У зв'язку з розширенням спектру невиліковних захворювань пацієнтам необхідно все частіше обговорювати з лікарями стан свого здоров'я. Зростає потреба в довірливому відношенні зі сторони медичного працівника по відношенню до пацієнта. Згідно статті 39 Закону України «Основ законодавства України про охорону здоров'я», пацієнт, який досяг повноліття, має право на отримання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я. Виходячи з цього, лікар частіше всього є тією людиною, яка повідомляє неприємні новини пацієнту і його родичам, і тому йому необхідно володіти навиками повідомлення поганих новин (новин про тяжке захворювання зворотними процесами, новин про невиліковне захворювання, новин про смертельне захворювання із незворотними процесами тощо).

Мета. Проаналізувати структуру типового заняття в рамках курсу «Сімейна медицина» у студентів 6 курсу медичного факультету №2 по темі «Повідомлення поганих новин пацієнту в діяльності сімейного лікаря».

Матеріали та методи. В якості алгоритму повідомлення поганих новин ми використовуємо алгоритм МОРТЕС, який розроблений на основі алгоритму SPIKES, запропонований доктором R.Buckman (2005). Алгоритм МОРТЕС включає 6 кроків: М-місце, О-оцінка, Р-розпізнання очікувань, Т-тлумачення, Е-емоції, С-стратегія та лікування. На кожному з цих етапів від лікаря необхідно проявити особливі комунікативні навички по відношенню до пацієнта. Формування даних навичок умайбутніх лікарів проходить в декілька етапів.

На першому етапі, тобто теоретичній частині заняття, ми використовуємо «мозковий штурм», що дає змогу підвищити ступінь залучення студентів до навчального процесу. Також в режимі інтерактивної лекції студентам пояснюється суть консультування пацієнта за алгоритмом МОРТЕС.

Другий етап заняття проводиться в режимі сюжетно-рольової гри, в якій студенти діляться на підгрупи по 2 людей та обирають собі роль «лікаря» та «пацієнта», де завданням лікаря є поетапно повідомити погану новину пацієнту. По закінченню гри пацієнт повинен дати зворотній зв'язок своєму партнеру про те, чи комфортно йому було спілкуватись зі своїм лікарем і що вийшло у лікаря особливо добре.

Третій етап – це домашнє завдання, в якому студенти на вибір готують письмовий діалог по повідомленню складного діагнозу, або записують відеоматеріали, де вони в парі повідомляють погані новини, та відправляють виконане завдання викладачу.

Результати. Студентам сподобалося інтерактивне ведення заняття, під час якого для пояснення теоретичного матеріалу завжди використовувалися презентації. Також студентами було відмічено, що відпрацювання техніки повідомлення поганих новин в міні групах дозволяє краще запам'ятати та зрозуміти всю суть алгоритму МОРТЕС.

Висновки. Таким чином навикам повідомленню поганих новин необхідно навчати майбутніх лікарів в умовах отримання професійної освіти. Також можна говорити про необхідність поетапного формування навичок повідомлення поганих новин, що дозволяє відпрацювати і відкоригувати подальшу поведінку лікаря при взаємодії з пацієнтом в подібних ситуаціях.

Ключові слова: погані новини, МОРТЕС, практичні навички, комунікативні навички.

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ОБМІНУ ЗАЛІЗА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ І ПОСТТУБЕРКУЛЬОЗНИМИ ЗМІНАМИ

Товт-Коршинська М.І., Ростока-Резнікова М.В., Жованик Н.В.

Кафедра внутрішніх хвороб

Вступ. Актуальність проблеми хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) обумовлена зростанням частоти цієї хвороби, а також недостатньою ефективністю стандартного лікування, особливо у пацієнтів із залишковими посттуберкульозними змінами у легенях (ЗЗТБ). Так, відомо, що пацієнти з ХОЗЛ і ЗЗТБ характеризуються важким перебігом і нестійким ефектом лікування ХОЗЛ навіть у віддаленому періоді після вилікуваного туберкульозу легень.

Одним із важливих, але недостатньо вивчених факторів обтяження перебігу ХОЗЛ як за наявності, так і відсутності ЗЗТБ є анемія, що спостерігається у 16-30% пацієнтів із ХОЗЛ і 16-94% пацієнтів із ТБЛ, і значно перевищує частоту анемії в загальній популяції. Згідно літературних даних, як серед пацієнтів із ХОЗЛ, так і ТБЛ, найчастіше спостерігаються анемія хронічних захворювань (АХЗ) та залізодефіцитні стани (ЗДС), такі як латентний дефіцит заліза (ЛДЗ) і залізодефіцитна анемія (ЗДА), проте дані щодо частоти і переважання АХЗ або ЗДС є суперечливими і потребують уточнення.

Дослідження останніх років показали, що зниження рівня гемоглобіну є незалежним чинником, який підвищує імовірність госпіталізації з приводу загострення ХОЗЛ впродовж наступного року, а також виявили зв'язок анемії з важливими маркерами запалення. Разом з тим, особливості показників обміну заліза і вплив дефіциту заліза на перебіг ХОЗЛ у осіб із ЗЗТБ практично не досліджувалися.

Мета. Дослідити особливості показників обміну заліза у пацієнтів із хронічним обструктивним захворюванням легень і посттуберкульозними змінами та зв'язок дефіциту заліза із клінічним перебігом хронічного обструктивного захворювання легень.

Матеріали і методи. Обстежено 428 пацієнтів із загостренням ХОЗЛ з/без ЗТБ (246 чоловіків, 182 жінок), середній вік яких склав $56,5 \pm 1,67$ років. Після встановлення частоти ЗТБ, було виділено групи пацієнтів із ХОЗЛ і ЗТБ ($n=176$, середній вік – $49,8 \pm 7,8$ років) і ХОЗЛ ($n=168$, середній вік $50,2 \pm 5,1$ років), співставні за віком і статтю. В якості контрольної групи обстежено 30 умовно здорових осіб відповідного віку та статі.

Пацієнти обстеженні згідно діючих Наказів МОЗ із ведення ХОЗЛ і анемії із використанням наступних методів дослідження: клініко-анамнестичних, анкетно-опитувальних – модифікованої шкали задишки Британської дослідницької ради (МДР) та тесту оцінки ХОЗЛ (ТОХ), інструментальних (спірометрії, електрокардіографії, ехокардіоскопії, рентгенографії органів грудної клітки у прямій і бічній проекції). Лабораторні методи дослідження включали загальноклінічні, біохімічний аналіз крові (у тому числі визначення рівня С-реактивного протеїну (СРП) і прокальцитоніну), показники обміну заліза (сироваткове залізо, трансферин і феритин, загальну залізов'язувальну здатність сироватки, відсоток насичення трансферину залізом), а також вміст вітаміну B_{12} і фолієвої кислоти сироватки. Статистику опрацьовано за допомогою програмного забезпечення Statistica 10.0 (StatSoft, США).

Результати. Серед 428 обстежених пацієнтів із ХОЗЛ у 207 осіб (48%, 133 чоловіків і 74 жінок) виявлено ЗТБ. На момент включення у дослідження минуло $3,84 \pm 1,12$ років після завершення лікування ТБЛ.

Частота залізодефіцитних станів (ЗДС) у групі ХОЗЛ і ЗТБ (30%) була майже втричі нижчою порівняно з групою ХОЗЛ (87%), причому серед пацієнтів із ХОЗЛ виявлено достовірно вищу частоту латентного дефіциту заліза (ЛДЗ) порівняно з ХОЗЛ і ЗТБ (62% і 17% відповідно, $p < 0,05$), в той час як частота ЗДА достовірно не відрізнялася (25% і 13% відповідно, $p > 0,05$). Разом із тим, виявлено достовірно ($p < 0,05$) вищу частоту АХЗ серед пацієнтів із ХОЗЛ і ЗТБ (70%) порівняно з ХОЗЛ (13%), $p < 0,05$.

У групі ХОЗЛ і ЗТБ відмічено вдвічі вищу частоту ЗДА серед жінок (8%) порівняно з чоловіками (4%). При цьому в групі ХОЗЛ ЗДА діагностувалася втричі частіше серед чоловіків (24%) порівняно з жінками (8%). Чітких статевих відмінностей у частоті ЛДЗ серед обстежених пацієнтів нами не виявлено: частота ЛДЗ у групі ХОЗЛ і ЗТБ серед чоловіків склала 16% проти 15% у жінок ($p > 0,05$), у групі ХОЗЛ – 59% і 62% відповідно, $p > 0,05$. Звертає на себе увагу, що ЗДС у пацієнтів із ХОЗЛ переважно

проявлялися ЛДЗ, в той час як у групі ХОЗЛ із ЗДБ – ЗДА, причому ця тенденція спостерігалася як серед чоловіків, так і серед жінок.

Показники обміну заліза достовірно не відрізнялися в групах ХОЗЛ і ЗТБ порівняно з ХОЗЛ. Так, рівень сироваткового заліза серед пацієнтів без ЗДС склав $14,4 \pm 2,5$ мкмоль/л у групі ХОЗЛ і ЗТБ та $18,2 \pm 6,3$ мкмоль/л – у групі ХОЗЛ, загальної залізов'язувальної здатності сироватки (ЗЗС) – відповідно $43,7 \pm 6,2$ мкмоль/л і $48,5 \pm 5,33$ мкмоль/л, відсотку насичення трансферину залізом (ВНТЗ) – відповідно $32,4 \pm 5,4\%$ і $34,4 \pm 6,5\%$, феритину – відповідно $45,6 \pm 0,2$ мкг/л і $48,4 \pm 0,9$ мкг/л ($p > 0,05$ для всіх показників). Серед пацієнтів із діагностованими ЗДС (ЛДЗ, ЗДА), відмічено зниження сироваткових рівнів Fe, ВНТЗ, феритину і підвищення ЗЗС, трансферину. За відсутності ЗДС показники обміну заліза залишалися у межах нормальних значень, без істотних відмінностей у пацієнтів із ХОЗЛ і ЗТБ або ХОЗЛ. Достовірних відмінностей у рівнях показників обміну заліза в групах ХОЗЛ і ЗТБ та ХОЗЛ як за наявності, так і відсутності ЗДС нами не виявлено.

Під час аналізу клініко-функціональних показників, серед пацієнтів із ХОЗЛ і ЗТБ за наявності ЗДС порівняно з їх відсутністю, виявлено достовірно вищі показники задишки за МДР ($1,81 \pm 0,3$ балів у пацієнтів із супутнім ЛДЗ або $1,78 \pm 0,2$ балів за умов ЗДА проти $1,7 \pm 0,1$ балів у пацієнтів без ЗДС, $p < 0,05$) та інтенсивності основних симптомів ХОЗЛ за ТОХ ($17,35 \pm 0,2$ балів або $17,5 \pm 0,3$ балів проти $16,8 \pm 0,3$ балів відповідно, $p < 0,05$). Показник об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁) у групі ХОЗЛ і ЗТБ за умов ЗДС був достовірно нижчим ($47,2 \pm 2,4\%$ у пацієнтів із ЛДЗ, $48,5 \pm 0,3\%$ за умов ЗДА), ніж серед пацієнтів без ЗДС ($56,3 \pm 2,3\%$). Слід зазначити, що показники МДР, ТОХ і ОФВ₁ достовірно не відрізнялися у пацієнтів із різними видами ЗДС (ЛДЗ порівняно із ЗДА). Аналогічна тенденція (достовірно вищі показники ТОХ і МДР, а також нижчий ОФВ₁ за відсутності ЗДС порівняно з пацієнтами без ЗДС, без суттєвої різниці показників у пацієнтів із ЛДЗ порівняно із ЗДА) спостерігалася і в групі ХОЗЛ. Виявлені зміни клініко-функціональних показників свідчили про суттєве обтяження клінічного перебігу (вищу інтенсивність задишки і основних симптомів ХОЗЛ) і зниження функції зовнішнього дихання за умов ЗДС порівняно з відсутністю ЗДС, незалежно від виду ЗДС і наявності чи відсутності ЗТБ. Виявлено кореляцію рівня еритроцитів та ОФВ₁ ($r = 0,36$; $p < 0,01$), вказуючи на негативний вплив анемії на функцію зовнішнього дихання.

Серед пацієнтів із ХОЗЛ і ЗЗТБ за умов ЗДС порівняно з групою ХОЗЛ і ЗЗТБ без ЗДС виявлено достовірно вищі показники ШОЕ ($18,3 \pm 1,5$ мм/год у пацієнтів із ЛДЗ або $18,8 \pm 1,2$ мм/год за умов ЗДА проти $15,6 \pm 0,2$ мм/год у пацієнтів без ЗДС, $p < 0,05$), лейкоцитів ($11,3 \pm 0,5 \times 10^9$ /л або $11,7 \pm 0,8 \times 10^9$ /л проти $9,6 \pm 0,5 \times 10^9$ /л відповідно, $p < 0,05$), відношення тромбоцитів та лімфоцитів ($143,2 \pm 3,6$ або $145,7 \pm 4,8$ проти $137,3 \pm 2,8$ відповідно, $p < 0,05$), а також СРП ($13,7 \pm 0,5$ мг/л або $13,6 \pm 0,9$ мг/л проти $10,7 \pm 0,4$ мг/л відповідно, $p < 0,05$), вказуючи на істотно вищу інтенсивність системного запалення за наявності супутніх ЗДС.

Виявлені зміни вказують на доцільність скринінгу показників обміну заліза у пацієнтів із ХОЗЛ як за наявності, так і відсутності ЗЗТБ для диференційної діагностики супутніх ЗДС і їх своєчасної корекції.

Висновки. 1. Виявлено достовірно вищу частоту ЗДС у пацієнтів із ХОЗЛ порівняно з ХОЗЛ і ЗЗТБ (87% проти 30%, $p < 0,05$), зокрема ЛДЗ, в той час як частота ЗДА достовірно не відрізнялася. Разом із тим, у групі ХОЗЛ і ЗЗТБ відмічено переважання анемії хронічних захворювань (70% проти 13% у групі ХОЗЛ). Серед жінок порівняно з чоловіками виявлено вищу частоту ЗДА в групі ХОЗЛ і ЗЗТБ порівняно з групою ХОЗЛ, вказуючи на вищу схильність жінок до анемії за наявності ЗЗТБ.

2. Серед пацієнтів із ХОЗЛ як за наявності, так і відсутності ЗЗТБ за умов ЗДС порівняно з групами ХОЗЛ з/без ЗЗТБ без ЗДС виявлено достовірне погіршення показників клініко-функціонального стану та вищу інтенсивність системного запалення, що свідчило про істотне обтяження перебігу ХОЗЛ за наявності супутніх ЗДС, без істотної різниці у пацієнтів із ЛДЗ або ЗДА.

3. Пацієнтам із ХОЗЛ як за наявності, так і відсутності ЗЗТБ доцільно проводити скринінг показників обміну заліза із корекцією ЗДС, щоб уникнути обтяження перебігу ХОЗЛ і підвищення активності системного запалення.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, залишкові зміни після перенесеного туберкульозу легень, залізодефіцитні стани, латентний дефіцит заліза, залізодефіцитна анемія.

СИНДРОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШКІВНИКА: НОВІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ

Москаль О.М.

Кафедра внутрішніх хвороб

Вступ. Синдром подразненого кишківника (СПК) є одним з найбільш розповсюджених гастроентерологічних захворювань, на яке страждає в середньому 10-15 % дорослої популяції. Попри те, що СПК не є небезпечним для життя, хронічний стан захворювання значно погіршує якість життя багаточисленних хворих. У жінок СПК зустрічається приблизно у 2 рази частіше, ніж у чоловіків. У половини пацієнтів перші маніфестації СПК відмічаються у віці до 35 років.

Патогенез СПК є мультифакторіальним, однак ключову роль відіграє порушення взаємозв'язку «кишка-головний мозок». Обов'язковим елементом цього взаємозв'язку є кишкова мікробіота, кількісні та якісні порушення якої мають прямий вплив на патогенез СПК. Дисмоторні порушення і вісцеральна гіперчутливість є типовими, але не специфічними особливостями СПК.

СПК-це хронічне захворювання, основними проявами якого є абдомінальний біль із порушенням кишкової функції. Діагностика СПК ґрунтується на виявленні основної симптоматики згідно з Римськими критеріями IV. Важливим моментом є виключення так званих клінічних симптомів тривоги, до яких належать:

1. вік >50 років;
2. кров у калі, визначена макро- та мікроскопічно;
3. незрозуміла втрата маси тіла;
4. нічна симптоматика;
5. лихоманка;
6. пальпаторне виявлення утворень у животі;
7. анемія;
8. позитивний сімейний анамнез злоякісних новоутворень і запальних захворювань кишечника.

Існують 3 ступені важкості СПК. Важкість пов'язана і впливає на: 1) якість життя; 2) медичну поведінку; 3) керівництво діагностичними та терапевтичними клінічними рішеннями. При 3-й ступені важкості СПК наявний тяжкий, дуже частий чи постійний абдомінальний біль.

Мета роботи: оцінити ефективність медикаментозних засобів, які на даний момент використовуються для лікування клінічної симптоматики у пацієнтів з СПК.

Матеріали і методи. При СПК використовуються як засоби нефармакологічної так і фармакологічної терапії. Крім того, Українською Гастроентерологічною Асоціацією був запропонований покроковий алгоритм лікування СПК у 2019 році.

Серед останніх рекомендацій можна виділити Північно-американські клінічні рекомендації ACG (2021), де вказані деякі поправки, зокрема: використовувати розчинну, але не нерозчинну клітковину для лікування загальних симптомів СПК; не рекомендується використовувати спазмолітики; пропонують використовувати м'яту перцевою для полегшення симптомів СПК; пропонують відмовитись від пробіотиків для лікування симптомів СПК.

Останнім часом привернула до себе увагу дослідників олія м'яти перцевої, що може застосовуватися як для зняття больових відчуттів, так і здуття. Олія м'яти перцевої завдяки вмісту L-ментолу має спазмолітичну дію, сприяє нормалізації чутливості, антибактеріальну та протигрибкову дії (L-ментол пригнічує ріст патогенних мікроорганізмів), протизапальну дію, а також анксиолітичний та антидепресивний ефекти.

Результати. Проводилось клінічне дослідження «Вивчення терапевтичної ефективності і переносимості олії м'яти перцевої у хворих на синдром подразненого кишківника», результати якого були опубліковані у журналі «Сучасна гастроентерологія» у №2 за 2020 рік. Було доведено, що призначення олії м'яти перцевої є основою патогенетичної терапії всіх фенотипів СПК, що підтверджується клінічно значущим зниженням інтенсивності симптомів згідно опитувальника IBS-SSI, на фоні поліпшення якості життя та окремих його складових, що підтверджується статистично значущим ($p < 0,01$) зниженням загального балу за опитувальником IBS-QOL

На даний момент у нас зареєстрований препарат Каспсумен, одна капсула якого вміщує 50 мг L-ментолу. Рекомендується вживати дорослим і дітям від 12 років по 1 капсулі 1-3 рази на добу за 30 хвилин до їжі, запиваючи питною водою. Курс споживання зазвичай складає 4-12 тижнів.

Висновки:

1. Олія м'яти перцевої – ефективний засіб для швидкого усунення симптомів СПК у хворих із середнім та важким ступенем тяжкості.

2. Олія м'яти перцевої є доступним і безпечним засобом для тривалої, достовірно ефективної терапії СПК, що підтверджується відсутністю індивідуальної непереносимості погіршення загального стану та клінічно значущих побічних реакцій.

Ключові слова: синдром подразненого кишківника, олія м'яти перцевої.

ІНТЕРАКТИВНИЙ ТРЕНІНГ ТА ЕЛЕКТРОННИЙ ВЕБ-РЕСУРС ЯК МЕТОДИ ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ЗНАТЬ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ ЩОДО ВИКОРИСТАННЯ ДОКАЗОВИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ ПО СКРИНІНГУ КАРДІО-ВАСКУЛЯРНИХ РИЗИКІВ У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Шушман І.В., Колесник П.О.

кафедра внутрішніх хвороб,

кафедра сімейної медицини та амбулаторної допомоги

Вступ. Група серцево-судинних захворювань продовжує залишатися лідируючою причиною смертності переважної більшості населення як України, так і інших країн світу. Користь від забезпечення ефективними програмами скринінгу позитивно впливає не лише на конкретну особу, але і на суспільство та державу в цілому, так як попереджує розвиток інвалідності, знижує фінансові витрати держави на соціальні виплати, реабілітацію і т.д. Крім того, не менш важливим є безперервний медичний розвиток медиків з метою підвищення рівня їх знань, зокрема і щодо впровадження в їхню клінічну практику доказових рекомендацій щодо скринінгу.

Мета роботи. Оцінка ефективності тренінгових занять та веб-ресурсу для підвищення рівня знань сімейних лікарів щодо використання доказових рекомендацій стосовно скринінгу кардіо-васкулярних ризиків на рівні первинної ланки.

Матеріали і методи. Нами було проведено 6-годинний інтерактивний тренінг за темою «Принципи доказового скринінгу у практиці сімейного лікаря» для 95 закарпатських сімейних лікарів. Рівень знань учасників тренінгу оцінювали за допомогою 12 тестових завдань на початку, відразу після та через 3 місяці після проведення тренінгу. Тестування передбачало ідентичні запитання на всіх етапах опитування.

Результати. Середній рівень знань учасників на початку тренінгу становив 6 балів (5,7). Відразу після тренінгу-статистично вірогідно зріс до 9 балів (8,10), ($p < 0,001$). Через 3 міс середній рівень знань сімейних лікарів знизився до 8 балів (7,9), проте був статистично вірогідно вищим, у порівнянні з середнім рівнем знань респондентів до тренінгу ($p < 0,001$). Середній рівень знань через 3 міс після проходження тренінгу учасників групи 2 (учасники, якої мали доступ до веб-ресурсу) був статистично вірогідно вищим, у порівнянні із групою 1, учасники якої пройшли лише тренінг (7 проти 9), ($p < 0,001$).

Висновки. Інтерактивний тренінг допомагав статистично вірогідно підвищити рівень знань учасників тренінгу, що створює передумови для активного та широкого використання даного методу при навчанні медичних працівників при проходженні ними безперервного професійного розвитку. Наявність доступу до веб-ресурсу допомагала підтримати на належному рівні знання учасників тренінгу, що вони отримали після проходження інтерактивного тренінгу.

Ключові слова: скринінг, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, ожиріння, дисліпідемія, тренінг.

ПИТОМА ЕЛЕКТРОПРОВІДНІСТЬ ЖОВЧІ ПРИ ДИСФУНКЦІЯХ ЖОВЧНОГО МІХУРА

Бандурин О.Ю.

Кафедра внутрішніх хвороб

Вступ. Не дивлячись на відносно просту процедуру вимірів питомої електропровідності жовчі, при комплексній оцінці біофізичних властивостей останньої дані показники не набула розповсюдження. Електропровідність жовчі підвищується при запаленні жовчовивідних шляхів, що дозволяє використовувати дослідження питомої електричної провідності жовчі в діагностиці холангітів та об'єктивно контролювати протікання післяопераційного періоду у хворих на холелітіаз. Враховуючи доступність методу, зв'язок ПЕЖ з колоїдним станом міцел жовчі, визначення цього показника є необхідним для комплексної оцінки біофізичних властивостей жовчі.

Мета роботи. Вивчення змін питомої електропровідності жовчі в залежності від типу дискінектичних розладів для встановлення її значення в діагностиці хвороб жовчного міхура.

Матеріали і методи. Нами були отримані препарати для дослідження від 40 хворих на хронічний холецистит. Жовч від останніх ми отримали за допомогою дуоденального зондування. Окремо досліджували міхурову (порція В) та печінкову (порція С) фракції жовчі. Контрольну групу склали зразки жовчі взяті у 25 практично здорових осіб. Для визначення провідності жовчі використовували реохордний міст Р-38, скляну посудину з платиновими електродами.

Знаходили постійну посудини по формулі: $K=k_0R_0$, де k_0 - питома електропровідність 0,01 н. розчину NaCl при температурі досліду, Ом-1•м-1.

Питому електропровідність k розраховували по формулі: $k=K/R$, де K - постійна посудини, яку знаходимо по формулі, описаній вище, R – опір розчину, Ом.

Результати. Результати досліджень ПЕЖ приведені нижче. У практично здорових осіб ПЕЖ склали: порції В – $(1,64\pm 0,15)$ Ом⁻¹•м⁻¹ (S/m), порції С – $(1,22\pm 0,1)$ Ом⁻¹•м⁻¹.

З метою вивчення залежності ПЕЖ від типу дискінектичних розладів хворі були розділені на 2 групи (див. табл. 1). Виявлено, що при наявності гіпертонічно-гіперкінетичної дискінезії (I група хворих) ПЕЖ обох порцій практично не змінюється в порівнянні з контролем. У хворих II групи виявлено достовірне підвищення ПЕЖ обох порцій, але показники не перевищували аналогічні у хворих на ЖКХ. Така зміна провідності може вказувати на зниження кількості активних міцел, їх рухомості.

Таблиця 1

Питома електропровідність жовчі хворих на ХХ в залежності від типу дискінектичних розладів

ПЕЖ, Ом ⁻¹ •м ⁻¹	Практично здорові, (N=25)	ХХ, N=40,	
		I (N=18) M±m гіпертонічно-гіперкінетична дискінезія	II (N=22) M±m гіпотонічно-гіпокінетична дискінезія

Порція В	1,64±0,15	1,78±0,19 P<0,5	2,41±0,23 P<0,01
Порція С	1,22±0,1	1,18±0,16 P<0,1	1,41±0,14 P<0,01

Обговорення результатів. Таким чином, виявлено підвищення питомої електропровідності жовчі обстежених хворих при гіпотонічно-гіпокінетичній дискінезії. Зміни ПЕЖ при дискінетичних розладах вочевидь можуть бути пов'язані з модифікацією хімічного складу жовчі, та як наслідок – зміна властивостей міцел жовчі, в першу чергу їх рухомості та електричного заряду, зменшенням їх кількості. Водночас, наявність одно направлених змін при ЖКХ та гіпотонічно-гіпокінетичній дискінезії можливо свідчить про порушення колоїдної стабільності жовчі (міцелярної рівноваги) що пов'язано з підвищено літогенністю жовчі.

Висновки. Використання електропровідності в комплексній характеристиці жовчі дозволяє оцінювати тип дискінетичних розладів жовчного міхура,. Встановлено зміни ПЕЖ при наявності ХХ з різними типами дискінетичних розладів. Спостерігається збільшення ПЕЖ при гіпотонічно-гіпокінетичній дискінезії ЖМ – в півтора рази, причому як в міхуровій, так і в печінковій порціях. Застосована методика має декілька переваг: швидкість дослідження (5-6 хв. на один препарат), не вимагає дефіцитного обладнання, не потребує реактивів. В поєднанні з іншими методиками вивчення біофізичних властивостей жовчі доповнює уявлення про жовч як комплексну систему та може бути використана на практиці як додатковий метод діагностики хвороб жовчного міхура.

Ключові слова: питома електропровідність, кондуктометрія, жовч, дисфункція жовчного міхура.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ COVID-19 В АМБУЛАТОРНІЙ ПРАКТИЦІ

Лізаниць Н.В.

Кафедра внутрішніх хвороб

Вступ. Клінічні особливості пацієнтів з COVID-19 вказують на те, що зараження SARS-CoV-2 викликає важкі, а деколи і летальні випадки інфекції, з гострим ураженням легень та частою потребою в проведенні інтенсивної терапії та оксигенотерапії. У зв'язку з стрімким поширенням коронавірусної

хвороби, виявленню нових штамів актуальним залишається питання клініко-епідеміологічних особливостей перебігу COVID-19, оскільки не є достатньо вивченим і потребує подальшого дослідження.

Мета роботи. Метою дослідження було вивчити клінічні, епідеміологічні особливості перебігу COVID-19 в період з березня 2021 року по лютий 2022 року серед амбулаторних хворих в м.Ужгород.

Матеріали і методи роботи. У даному дослідженні проаналізовано клініко-лібораторні дані 32 пацієнтів різної вікової категорії, які перебували на амбулаторному етапі медичної допомоги з діагнозом COVID-19. Діагноз був підтверджений методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) зі зворотною транскрипцією в режимі реального часу. Клініко-епідеміологічні характеристики було проаналізовано на основі огляду пацієнтів, збору анамнезу захворювання, життя та лабораторних досліджень. Статистична обробка даних проводилася за допомогою програми Statistica.

Результати. В практиці сімейного лікаря значну частину, близько 70%, причин звернень пацієнтів складає гостра респіраторна вірусна інфекція верхніх дихальних шляхів. Пік захворюваності припадає на холодну пору року, проте в порівнянні з минулим роком було набагато менше інфекцій з важким перебігом та ускладненнями які потребували госпіталізації. Середня тривалість захворювання складала 3-5 днів. Більшість пацієнтів у даному дослідженні мали легкий перебіг захворювання (n = 28) 87,5%, тоді як у 12,5% (n = 4) був середньо-важкий перебіг. Жодного випадку погіршення стану, ускладнень серед пацієнтів, що потребувало госпіталізації не спостерігалось. Серед пацієнтів найбільш поширеними первинними симптомами були: загальна слабкість (78,5%), лихоманка (67,5%), біль у горлі (53,8%), кашель (50%), нежить (25%), лімфаденопатія (4,5%). Супутня патологія відмічалася у 25 пацієнтів, серед неї переважали: хронічний тонзиліт, гіпертонія, неврологічна патологія. Слід відмітити, що 81,25% пацієнтів пройшли повний курс вакцинації від COVID-19. Провідним лабораторним маркером інфекції у даних пацієнтів виступало підвищення показників в загальному аналізі крові, а саме: ШОЕ, лейкоцити (за рахунок лімфоцитів).

Висновки. Проведення імунізації рекомендованими вакцинами помітно знизила кількість вакцинованих пацієнтів з гострими респіраторними захворюваннями важкого перебігу та сприяло зниженню випадків ускладнень на період з березня 2021 року по лютий 2022 рік. Хоча наявні вакцини продовжують ефективно знижувати ризик тяжкого перебігу захворювання та

смерті від COVID-19, вони не повністю виключають ризик передачі SARS-CoV-2 (в усіх його випадках). Імунізація населення залишається найважливішим компонентом стратегії Уряду України в подоланні гострої фази пандемії коронавірусної хвороби.

Ключові слова: COVID-19, клініко-епідеміологічні характеристики, амбулаторний етап медичної допомоги.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ COVID 19 У ВАКЦИНОВАНИХ ПРОТИ COVID 19 ПАЦІЄНТІВ

Лошак К.О., Товт-Коршиїнська М.І.

Кафедра внутрішніх хвороб

Вступ. Вакцини проти COVID-19 ефективні для запобігання повторного зараження. Однак, як і інші вакцини, вони не є 100% ефективними. На теперішній час, існує термін, який називає зараження COVID 19 у повністю вакцинованих людей - “vaccine breakthrough infection.” Дана група пацієнтів має менше шансів захворіти на тяжкий перебіг COVID-19. Навіть коли у повністю вакцинованих людей з’являються симптоми, вони, як правило, менш виражені, ніж у невакцинованих людей.

Мета роботи. Вивчити особливості перебігу COVID-19 у вакцинованих та невакцинованих від COVID 19 пацієнтів.

Матеріали і методи. До групи обстеження були відібрані пацієнти з повною або частковою вакцинацією від COVID 19. До групи порівняння були відібрані пацієнти, які не вакциновані від COVID 19. Було відібрано 47 пацієнтів з COVID 19 з них 30 вакцинованих, та 17 пацієнтів з COVID 19, які не були вакциновані проти COVID 19. Дані пацієнти знаходилися на амбулаторному лікуванні за період від 1.11.2021 по 7.02.2022 на базі МЦ «Prevention». Усі пацієнти були обстежені згідно протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)». 4 пацієнтам було призначено у перші 5 днів захворювання фавіпіравір по схемі-враховуючи хронічні супутні захворювання та клінічно – середній перебіг важкості захворювання.

Результати дослідження. З обстежуваної групи пацієнтів всього було госпіталізовано – 4 пацієнтів (2 пацієнт – не вакцинований, 1 пацієнт – вакцинація Модерна 1 доза, 1 пацієнт – вакцинований 2 дози Астра Зенек). У вакцинованій групі спостерігався лімфоцитоз у 43%, невакциновані – 71%.

різниця між пропорціями порівнюваних груп складає 28% $P = 0.0675$ (дана різниця не є статистично значимою). Рівні СРП підвищувалися тільки у 10% з усіх досліджуваних пацієнтів (з них усі госпіталізовані). Рівні Д-димеру – 4% з усіх досліджуваних (так само з них 3 госпіталізованих). Приєднання бактеріальної інфекції не спостерігалось ні в одній групі обстеження, тому антибактеріальна терапія не була призначена ні в амбулаторному етапі, ні в стаціонарному. Симптоматично сухий надсадний кашель, який характерний для даного захворювання спостерігався тривалістю 2,5 днів менше у вакцинованих, ніж у невакцинованих (стандартне відхилення 1.452). Різниця між середніми тривалостями рівна 2.563 (95%СІ [-0.38165;4684]), $P= 0.0867$. Також цей показник не є достовірним. У 13 вакцинованих пацієнтів даного симптому взагалі не спостерігалось. Загальна слабкість спостерігалася однаково в обох порівнюваних групах весь період захворювання, також залишалася і у пост-ковідному періоді. Симптоматично сухий надсадний кашель, який характерний для даного захворювання спостерігався тривалістю 2,5 днів менше у вакцинованих, ніж у невакцинованих (стандартне відхилення 1.452). Різниця між середніми тривалостями рівна 2.563 (95%СІ [-0.38165;4684]), $P= 0.0867$. Також цей показник не є достовірним. У 13 вакцинованих пацієнтів даного симптому взагалі не спостерігалось. Загальна слабкість спостерігалася однаково в обох порівнюваних групах весь період захворювання, також залишалася і у пост-ковідному періоді.

Висновки. Клінічно вакциновані пацієнти, які захворіли на COVID 19 мали легший перебіг захворювання, скоротилася тривалість захворювання, обстежені пацієнти не потребували госпіталізації. Застосування протівірусної терапії у ранній період захворювання у пацієнтів з груп ризику та тих, хто мають тенденцію до важкого перебігу при наявності повного або часткового курсу вакцинації попереджує госпіталізацію ускладнення COVID 19. У вакцинованих пацієнтів менше спостерігається розвиток вірусної пневмонії, ніж у не вакцинованих, що мінімізує розвиток ускладнень та погіршення якості життя.

Ключові слова: COVID 19, повна/часткова вакцинація від COVID 19.

ПОКАЗНИКИ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ В ХВОРИХ НА ХОЗЛ РІЗНОГО ВІКУ ТА МАСИ ТІЛА

Лендел Р. В., Дурунда М.І., Чінчева В.В., Товт-Коршинська М.І.

Кафедра внутрішніх хвороб

Вступ: Варіабельність серцевого ритму (BCP) — це природні зміни інтервалів між серцевими скороченнями (тривалості кардіоциклів) нормального синусового ритму серця. Їх називають NN-інтервалами (Norman to Norman). Послідовний ряд кардіоінтервалів не є набором випадкових чисел, а має складну структуру, що відображає регуляторний вплив на синусний вузол серця вегетативної нервової системи і різних гуморальних факторів. Тому аналіз структури варіабельності серцевого ритму (BCP) надає важливу інформацію про стан вегетативної регуляції серцево-судинної системи й організму в цілому. Даний діагностичний метод є недорогим, неінвазивним, швидким у застосуванні і разом з тим дуже інформативним. Водночас його поширеність незначна, а перспективи у використанні при захворюваннях, які напряму не стосуються серцево судинної системи в достатній мірі не вивчені.

Мета: дослідити особливості показників BCP у пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) в порівнянні із здоровими людьми відповідно до вікових норм, виявити вплив надмірної маси тіла та ожиріння на коливання показників BCP.

Матеріали та методи: Було відібрано 25 пацієнтів з встановленим діагнозом ХОЗЛ на базі пульмонологічного відділення КНП «УЦМКЛ»

З них 16 (64 %) чоловіків і 9 (36%) жінок. Середній вік пацієнтів склав $56,9 \pm 11,4$ р. У всіх було зібрано антропометричні дані, показники АТ, ЧСС в даний момент часу, після чого було проведено вимірювання BCP протягом 5 хвилин і проаналізовано часові та спектральні показники:

1. SDNN (стандартне відхилення N–N-інтервалів)-відображає сумарний ефект вегетативної регуляції кровообігу;
2. pNN50 – частка суміжних інтервалів N–N, різниця між якими >50 мс-показник ступеня переважання парасимпатичної ланки регуляції над симпатичною;
3. VLF (дуже низькі частоти в діапазоні <0,04 Гц – низькочастотна складова спектра) -Гуморальна регуляція (ренін-ангіотензин тощо)
4. LF (низькі частоти в діапазоні 0,04–0,15 Гц) –характеризує симпатичний тонус;
5. HF-відображає високочастотну складову, що характеризує парасимпатичний тонус;
6. LF/HF- відображає симпато-парасимпатичний баланс.

Після збору всіх показників, вони були проаналізовані, сформовані таблиці в програмі Microsoft Excel, побудовані графіки в Microsoft PowerPoint, а також був проведений статистичний аналіз даних за допомогою програми Jamovi.

Результати:

При аналізі часових показників, було відмічено зниження потужності дуже низькочастотних (VLF) та низькочастотних коливань (LF) у пацієнтів віком 40-59 років, та збільшення потужності низькочастотних (LF) і високочастотних коливань (HF) у пацієнтів віком 60-80 років, в порівнянні з віковою нормою. В першому випадку це вказує на послаблення активності гуморальної регуляції та СНС, що вказує на переважання активності ПНС. У другій віковій групі баланс між СНС та ПНС дотримується краще, на що вказують менша амплітуда коливань в LF/HF.

Таблиця 1

Рівень показників варіабельності серцевого ритму в залежності від віку

M±m

Показники	40-59 років, n=14, M±m/ норма для даного віку	60-80 років, n=11, M±m/ норма для даного віку	Показник p=
mRR,мс	793,25±117,96/832±19	813,72±107,82/832±15	>0,05
SDNN, мс	37,41±19,04/51,6±1,7	44,63±29,58/45,0±1,7	>0,05
RMSSD, мс	30,58±23,85/27,7±1,2	29,9±29,80/26,0±1,7	>0,05
pNN50, %	13,5±19,27/6,3±0,8	9,27±19,13/4,8±0,9	>0,05
CV, %	4,66±2,34/6,4±1,4	5,36±3,33/6,4±1,4	>0,05
TP мс ²	1587,83±1591,13/3528,7±79,8	2751,72±3778,60/3528,7±879,8	>0,05
VLF мс ²	703,66±1042,38/1542±145	1253,90±1475,56/1146±89	>0,05
LF мс ²	434,83±284,57/710±63	1011,45±1620,84/454±64	>0,05
HF мс ²	420,58±406,27/386±25	436,63±749,23/258±26	>0,05
LFnorm %	59,91±24,44/64,8±1,8	70±11,39/62,8±2,0	>0,05
HFnorm %	40,08±16,65/35,1±1,7	30±11,39/37,1±2,0	>0,05
LF/HF	2,33±2,59/1,83±0,20	2,98±1,77/1,85±0,17	>0,05

При порівнянні показників ВСР у пацієнтів із надлишковою та нормальною масою тіла, було виявлено суттєве зменшення як частоти так і амплітуди дуже низькочастотних (VLF), низькочастотних (LF) і

високочастотних коливань (HF). Це вказує на послаблення вегетативної регуляції як зі сторони СНС так і ПНС, разом з тим дане зниження є відносно симетричним, так як баланс між СНС і ПНС (LF/HF) відповідає нормальним показникам і майже не відрізняється від осіб без надмірної маси тіла.

Таблиця 2

Рівень показників варіабельності серцевого ритму в залежності від маси тіла $M \pm m$

Показники BCP	Нормальна ІМТ (18.5-25) $M \pm m$	Надмірна маса тіла (ІМТ>25) $M \pm m$	Показник $p =$
mRR, мс	801±108,4	804,14±142,87	>0,05
SDNN, мс	45,64±28,76	30,85±19,39	>0,05
RMSSD, мс	37,07±32,61	19,71±16,71	>0,05
pNN50, %	17,78±23,91	4,85±10,10	>0,05
CV, %	5,64±3,27	3,57±2,070	>0,05
TP $мс^2$	2642,07±3607,01	1237,14±1558,9	>0,05
VLF $мс^2$	1092,5±1495,36	564,42±920,49	>0,05
LF $мс^2$	906,71±1506,61	454±550,70	>0,05
HF $мс^2$	588,28±745,03	211±293,94	>0,05
LFnorm %	63,92±16,45	67±14,01	>0,05
HFnorm %	36,07±16,45	33±14,01	>0,05
LF/HF	2,685±2,53	2,73±2,00	>0,05

Висновки:

1. Варіабельність серцевого ритму у пацієнтів з ожирінням та надмірною масою тіла є нижчою ніж у пацієнтів з нормальною вагою, дана динаміка зберігається в обох вікових групах.

2. В даному дослідженні не виявлено статистично значимого впливу ХОЗЛ на показники варіабельності серцевого ритму в порівнянні із здоровими людьми.

3. Активність симпатичної та парасимпатичної регуляції знижується майже однаково, про що свідчить нормальне співвідношення LF/HF.

4. Кількість відібраних пацієнтів не дозволяє отримати статистично-достовірні результати, але показує тенденцію до зниження BCP у пацієнтів з ожирінням та надмірною масою тіла, тому потребує повторного проведення подібного дослідження на більшій вибірці пацієнтів.

Ключові слова: Варіабельність серцевого ритму, ХОЗЛ, VLF, LF, HF, CHC, ПНС.

**NEW DATA ON THE PATHOGENESIS OF DIABETES MELLITUS.
POSSIBILITIES OF ITS CORRECTION AND WAYS TO RETHINK
TREATMENT APPROACHES.**

Griadil T. I.

Department of Internal Diseases

Introduction: To date, there are many definitions of a group of diseases called diabetes mellitus (DM), but a common denominator for all is metabolic disorders characterized by hyperglycemia caused by a defect in secretion or insulin action. Incidentally, with long-term effects of hyperglycemia on the body as a whole, there are functional and structural disorders primarily of the cardiovascular, endocrine, nervous, immune, genitourinary system, gastrointestinal tract, and eyes.

Aim: Analyze new data from the literature on the pathogenesis of diabetes.

Materials and methods: To search for new data on the pathogenesis of diabetes, a bibliographic search was conducted on the following keywords "diabetes mellitus", "pathogenesis", and "insulin resistance" in the following databases of Google Scholar, PubMed, MEDLINE, Cochrane Library.

Results: More than 100 years ago, the discovery of insulin opened the door to life and hope for millions of people with diabetes. Since then, insulin has been used as a basic tool for the treatment of clinical conditions that occur with high blood glucose, such as diabetes.

In 2021, researchers at the Salk Institute for Biological Studies (SIBS) found an authentic mechanism for correcting blood glucose (BG) levels regardless of insulin action. The new molecular pathway controls BG in the blood, bypassing insulin resistance (IR). Scientists from SIBS have discovered a second substance that is synthesized in adipose tissue, which is similar to the action of insulin, and also effectively regulates BG in the blood. This new hormone FGF1, in addition to controlling BG in the blood, inhibits fat lipolysis, but unlike insulin, lipolysis inhibition occurs in a completely different way (these experimental data are presented in the journal *Cell Metabolism* on 04.01.2022). Such a drastic difference may be an excellent opportunity to use FGF1 in individuals with IR for safe and effective control of BG.

When we consume food rich in high-energy fats, glucose is released into the blood, respectively, its level increases. Due to the action of insulin, the products of fat breakdown get into the muscle and adipose tissue, where they are either used immediately or stored for future use. In people with IR, there is a violation of glucose utilization from the blood, while more active stimulation of lipolysis releases more fatty acids (FA), their presence increases the synthesis of glucose by the liver, exacerbating the already existing high BG. In addition, FA is deposited in the organs, increasing the IR, which are integral components for several diseases, both diabetes, and obesity.

Previous studies in the Evans laboratory have shown that FGF1 injection rapidly lowers blood pressure in mice, and long-term treatment with FGF1 reduces IR, but this mechanism has not been fully studied.

In their current work, the Evans lab team found that FGF1, like insulin, inhibits lipolysis and that FGF1 controls the production of glucose in the liver, just as insulin does. These similarities led the group to question whether FGF1 and insulin use the same signaling (communication) pathways to control BG in the blood.

It was already known that insulin inhibits lipolysis through PDE3B, the enzyme that initiates the signaling pathway, so the team tested a full set of similar enzymes, with PDE3B at the top of their list. The researchers were surprised to find that FGF1 uses a different pathway – PDE4.

This mechanism is, in fact, the second cycle, with all the advantages of the parallel path. At IR insulin transfer is broken. However, with another alarm stage, if one does not work, the other can work. Thus, it is still possible to influence lipolysis and regulate WG in the blood.

The PDE4 pathway provides new opportunities for the discovery of modern drugs with different mechanisms of action and basic research focused on high blood glucose (hyperglycemia) and IR. Scientists are seeking to investigate the possibility of modifying FGF1 to improve PDE4 activity. Another route points to several signal path points before PDE4 is activated.

The unique ability of FGF1 to induce long-term BG reduction in the IR of experimental mice with DM is a promising therapeutic pathway for patients with diabetes. A better understanding of this pathway will lead to a qualitatively new treatment for patients with DM. Now that there is a new path, we can find out its role in energy homeostasis in the body and how to manipulate it. Therefore, further research is currently underway to study the mechanisms of action of FGF1.

It is worth noting that this study was supported by the National Institutes of Health (NIH), the Nomis and March of Dimes Foundation (FNMD), the German Research Foundation (DFG), the Dutch Research Organization (NOSR), the European Diabetes Foundation (EFSD) and Swiss National Science Foundation (SNSF).

Conclusions: The results of this study create a springboard for the introduction of promising and fundamentally unique in the action of sugar-lowering drugs. Unlike traditional hypoglycemic drugs, they may be able to be used in conjunction with them to more effectively control BG. However, this hypothesis, as well as new data on the pathogenesis of diabetes, need further study, in particular in international double-blind multicenter randomized trials.

Key words: treatment, type 2 diabetes mellitus, diagnosis, pathogenesis, insulin resistance, FGF1, hormone, PDE4 pathway.

A MODERN APPROACH TO THE TREATMENT OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Griadil T. I.

Department of Internal Diseases

Introduction: Diabetes treatment (DM) has traditionally been based on the latest guidelines from the American Diabetes Association, the European Association for the Study of Diabetes, the International Diabetes Federation, and the evidence-based orders or practice guidelines of each country. However, it is always an open question how we treat diabetes, according to the scheme or personally?!

Aim. Analyze new data from the literature on the treatment of diabetes.

Materials and methods: To search for new data on the treatment of DM, a bibliographic search was conducted on the following keywords "diabetes mellitus", "treatment" in the following databases of Google Scholar, PubMed, MEDLINE, Cochrane Library.

Results: The current system of classification of diabetes mellitus (DM) creates difficulties for the diagnosis and treatment of patients with DM and in the individual approach to treatment, partly due to conflicting and mixed definitions of type 1 DM, type 2 DM, and latent adult autoimmune DM (LADA).

The subtypes of DM that are currently classified do not fit into our current understanding of the phenotypes of DM. The definitions of type 1 DM, type 2 DM,

and latent autoimmune DM in adults (LADA) are not clear. and are ambiguous and inaccurate.

The discovery of the role of autoimmunity in the pathogenesis of type 1 DM has led to the assumption that type 1 and type 2 DM have a unique etiology, course of the disease, and, as a consequence, treatment approaches. However, patients with classic insulin resistance (IR) associated with type 2 DM may have symptoms of type 1 DM. Similarly, IR associated with obesity may occur in patients with type 1 DM.

The late presentation of type 1 DM poses a particular problem for the current classification system, in which this DM subtype is commonly referred to as LADA. There are many opinions as to whether this phenotype is a form of DM 2 type with early or rapid destruction of β -cells, a late manifestation of type 1 DM, or a separate entity with its genetic trace. Current parameters are insufficient to clearly distinguish any of the DM subforms (Grant S.F.A., Hakonarson H., Schwartz S., Rolandsson O., Redondo M.J., Basile K.J., Guy V.C., Schwartz S., Palmer J.P., Leslie R.D., Palmer J., Schloot N.C., Lernmark A., Thomas C.C., Philipson L.H.).

The use of IP to determine type 2 DM also needs to be considered. Meanwhile, many obese and IR patients do not develop DM, indicating that IR is insufficient to cause type 2 DM without concomitant factors that affect β -cell function.

Patients diagnosed with LADA who maintain endogenous insulin production may receive "default" insulin therapy as the treatment of choice. This decision is mainly guided by the categorization of LADA within type 1 DM, despite the ability to produce endogenous insulin. Incretins and sodium glucose-2 cotransporter inhibitors (SGLT-2) are examples of new drugs that have demonstrated potential and have been carefully evaluated in the treatment of type 1 DM and LADA (Perkins B.A., Cherney D.Z., Munir K.M., Davis S.N., et al.).

Given the above discussion, the main question is the mechanisms and rates of destruction of β -cells, which are present in all variants of DM.

Many authors (S.S. Schwartz; S. Epstein; B.E. Corkey; S.F.A. Grant; J.R. Gavin, III; R.B. Aguilar) suggest using the β -cell-based DM classification, which is a new approach. The β -cell-based classification assumes that all DMs are derived from a final common denominator, the abnormal pancreatic β -cell. Interactions between genetically predisposed β -cells with several factors, including insulin resistance (IR), susceptibility to environmental influences, and immune dysregulation/inflammation, lead to a range of hyperglycemic phenotypes in the DM

spectrum. Separately or in concert, and often self-reinforcing, these factors contribute to stress, dysfunction, or loss of β -cells in at least 11 different ways.

The β -cell-oriented DM classification provides a more logical approach to DM classification: the β -cell-centric DM classification. In this scheme, an abnormal β -cell is recognized as a primary defect in DM. The β -cell-based classification system recognizes the interaction of genetics, IP, environmental factors, and inflammation / immune system on β -cell function and mass. This model must be universal for the characterization of DM. The concept focused on β -cells can be applied to DM, which occurs in genetically predisposed β -cells, as well as in highly genetic IR syndromes. Finally, the β -cell-centered classification of all DM supports the best treatments for DM by identifying the mediating pathways of hyperglycemia that affect each patient and targeting these specific dysfunctions.

The β -cell-focused model is a conceptual framework that can help optimize DM care processes. The basis for the diagnosis and monitoring of DM remains A1C, fasting blood glucose, and postprandial glucose analysis. Targeted medicine in the treatment of DM can be implemented by additional diagnostic tests, which may include C-peptide, islet cell antibodies, or other markers of inflammation (Leslie RD, Palmer J, Schloot N.C., Lernmark A., Gottlieb P.A.), improved β - cells, as well as the development of markers for various indirect pathways of hyperglycemia.

According to this model, obesity and IP are monogenic or, more often, polygenic disorders (Raciti GA, Longo M., Parrillo L., et al.). Additional factors that contribute to the development of IP may include inflammation (Donath M.Y., Roep B.O., Tree T.I., Rossetti L., Hawkins M., Chen W., et al.), Changes in intestinal microbiota (Kahn S.E., Cooper M.E., Del Prato S., Ilin K.H., Nielsen T., Pedersen O., Allin K.H., Nielsen T., Pedersen O.) and changes in brain-modulated metabolism (Straub R.H., Schlaich M., Straznicky N., Lambert E., et. all.). The effects of IR cause β -cell dysfunction through mechanisms that may include inflammatory cytokines, adipocytokines, lipotoxicity, and decreased adiponectin, similar to those caused by hyperinsulinemia (Mandrup-Poulsen T., Evans JL, Goldfine ID, Maddux BA, et al.).

Probiotics and prebiotics can fight hyperglycemia. Decreased amylin production in DM is a consequence of β -cell dysfunction (Allin KH, Nielsen T, Pedersen O., Tai N, Wong FS, Wen L., et al.). Decreased amylin levels lead to accelerated gastric emptying and increased glucose absorption in the small intestine with a corresponding increase in postprandial glucose.

Metformin and pioglitazone may be safe and effective adjunctive treatments regardless of the current diagnostic category, as can incretins and SGLT-2 inhibitors (Perkins B.A., Cherney D.Z., Partridge H., et al.). It is reasonable that the use of existing drugs will be more widespread in the treatment of DM in adulthood (Schwartz S.S., DeFronzo R.A., Umpierrez G.E., et al.), As well as DM associated with stress and steroids.

Sulfonylureas and alumina preparations should be avoided with caution. Sulfonylureas have been shown to induce β -cell apoptosis in culture (Maedler K., Carr R.D., Bosco D., et al.). On the contrary, early data on some newer drugs indicate the ability to preserve β -cells. Any benefits associated with sulphonylureas and alumina derivatives (including low cost) are short-lived and significantly outweigh the associated risks (and associated treatment costs) of hypoglycemia and weight gain, high treatment ineffectiveness, and subsequently increased demands on antihyperglycemic treatment, the possibility of β -cell depletion (Maedler K., Carr R.D., Bosco D., Zuellig R.A., Berney T., Donath M.Y.), increased risk of cardiovascular events and the possibility of increased risk of mortality (Evans J.M., Ogston S.A., Emslie-Smith A., Margolis D.J., Hoffstad O., Strom B.L. et al.).

Empagliflozin reduces cardiovascular effects and mortality in type 2 DM while reducing body weight and creating a low risk of hypoglycemia (Zinman B, Wanner C, Lachin JM, et al.).

New antidiabetic classes can be used to delay insulin therapy in candidate patients with endogenous insulin production (Abdul-Ghani MA, Puckett C, Triplitt C, et al.). For patients in need of basal insulin, clinical trials of new combinations of classes such as pramlintide (Riddle M, Frias J, Zhang B, et al.) And incretins (Abdul-Ghani MA, Puckett C, Triplitt C, Schwartz S., et al.), can reduce or eliminate the need for bolus insulin. Insulin therapy according to the classification is proposed to be included as adjunctive therapy and not as a replacement for non-insulin antidiabetic drugs.

Despite the ability of insulin therapy to control glucotoxicity, there are concerns about β -cell damage due to IP, which is exacerbated by exogenous insulin-induced hyperinsulinemia and weight gain (Del Prato S.).

Some studies have reported an improvement in the early and late response of β -cells to glucose loading during treatment with dipeptidyl peptidase 4 inhibitor (Rosenstock J., List J.F., Nonaka K., Kakikawa T., Sato A., et al.). A recent 1-year study reported the ability of the dipeptidyl peptidase 4 inhibitors to delay disease

progression in patients with LADA found to be long-lasting and reproducible (Zhao Y., Yang L., et al.).

Preclinical studies have shown that incretins inhibit apoptosis, stimulate β -cell proliferation, increase insulin availability, and improve α -cell response to insulin (Reimer MK, Holst JJ, Ahrén B., Mu J, Woods J, Zhou YP, et al).), and in animal studies preserve β -cells (Shimoda M, Kanda Y, Hamamoto S, et al.).

Thiazolidinedione (TZD) treatment in patients with type 1 DM with IP is appropriate and may be useful (Zhao Y, Yang L, Xiang Y, et al.). Clinical trials in type 1 DM have shown that incretins or SGLT-2 inhibitors are recommended as adjunctive therapy to exogenous insulin, reducing the variability in plasma glucose levels (Arnolds S., Dellweg S., Clair J., Matthews D, Fulcher G, Perkovic V, et al.).

Conclusions: Despite the evidence base of guidelines, they are periodically reviewed and adjusted based on the latest research data. However, the future in the treatment of DM remains a personal approach for each individual. The β -cell-oriented model can be easily upgraded to the terminology of the existing classification system and provide a more individual approach to DM treatment regimens.

Keywords: treatment, type 2 diabetes mellitus, treatment, insulin resistance.

SUBCLINICAL HYPOTHYROIDISM AND CARDIOVASCULAR RISKS IN PATIENTS WITH PREDIABETES.

Griadil T. I.

Department of Internal Diseases

Introduction: Subclinical hypothyroidism (SH) is a condition characterized by elevated levels of thyroid-stimulating hormone (TSH) and normal levels of thyroid hormones (T3 and T4). Since HRT can be considered as the initial phase of detected hypothyroidism, it is interesting to note the rate of decline in thyroid function and progression of SH to its manifestation. SH is a steady increase in TSH levels against the background of normal values of thyroid hormones. The term "sustained increase" means repeated determination of increased levels of TSH (at least 2 times). SH may occur on the background of autoimmune thyroiditis, postpartum thyroiditis (hypothyroid phase); surgical interventions on the thyroid gland (hemithyroidectomy); deficit of income iodine. Many recent studies have

shown that SH is common in patients with type 2 diabetes mellitus (diabetes mellitus 2) and prediabetes (PD).

Aim: To determine the cardiovascular risk (CVR) in patients with prediabetes and to study the literature on this topic.

Materials and methods: To search for new data on the cardiovascular risk in patients with prediabetes, a bibliographic search was conducted on the following keywords "diabetes mellitus", "pathogenesis", and "insulin resistance" in the following databases of Google Scholar, MEDLINE, PubMed, Cochrane Library.

The selection of patients was carried out based on the Uzhhorod District Clinical Hospital, in the period from November 2016 to January 2022. All examined patients were divided into 2 groups: 1-st group (n=22) with PD, 2-nd group (n=17) PD with SH. The observation and treatment period lasted 1 year. Using American College of Cardiology (ACC) / American Heart Association Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk (AHAGACR) (2013) (ASCVD Risk) and Framingham Risk Score (FRS), CVR was determined in all patients before and at the end of the study.

Results: According to the data obtained, patients in each group had a 10-year risk of CVE, however, worse CVR was observed in patients in group 2. In a more detailed analysis and comparison of the obtained data of patients with 10-year risk of CVE, worse CVR values were observed in patients with concomitant SH than without it ($p < 0.05$). All patients examined were at borderline risk for CVR.

Conclusions: The presence of SH in consumers may be an additional risk factor for unwanted CVE over a 10-year period. However, a detailed study of the CVR requires the recruitment of more patients and their correspondingly longer follow-up.

Keywords: subclinical hypothyroidism, cardiovascular risks, prediabetes.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ПОКАЗНИКАМИ БЕЗЖИРОВОЇ МАСИ ТА ЦЕНТРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ЖІНОК МОЛОДОГО ВІКУ

Немеш М.І.

Кафедра фізіології та патофізіології

Вступ. М'язова тканина здатна виробляти ряд міокінів, які впливають на процес старіння шкіри, на процес секреції інсуліну підшлунковою залозою, а також мають ряд протизапальних ефектів. До того ж, відомо, що м'язова тканина в результаті фізичних тренувань здатна

модифікувати показники гемодинаміки у осіб з захворюваннями серцево-судинної системи.

Мета. Знайти взаємозв'язок між показниками безжирової маси та центральної гемодинаміки у жінок молодого віку.

Матеріали і методи дослідження. В дослідженні взяло участь 40 жінок віком від 20-25 років, в яких не було діагностовано гострих та хронічних захворювань. Вимірювання вмісту безжирової маси (ВБМ, %) проводилося з використанням вагів-аналізаторів TANITAVC-601. Показники центральної гемодинаміки визначали за допомогою реографічного комплексу «РЕОКОМ». Серед показників центральної гемодинаміки були хвилинний об'єм крові (ХОК, л/хв), загальний периферичний опір (ЗПО, дин·с/см⁵), робота лівого шлуночка (РЛШ, кг/м), а також середній артеріальний тиск (САТ м.рт.ст.) та ударний об'єм (УО, мл). Результати були опрацьовані статистично з використанням кореляційного аналізу.

Результати дослідження. Показник ВБМ мав статистично достовірні негативні кореляційні зв'язки з САТ ($r=-0,4024$, $p<0,001$) та з РЛШ ($r=-0,3749$, $p<0,03$). Проте статистично достовірного кореляційного зв'язку між ВБМ та ЗПО, ХОК та УО не було знайдено ($p>0,05$).

Висновки. Отже, при збільшенні безжирової маси у жінок молодого віку спостерігається зменшення показника роботи лівого шлуночка та середнього артеріального тиску. Таким чином, можна припустити, що в цих жінок під час скорочення міокарду витрачається менше енергії. До того ж, збільшення безжирової маси в результаті фізичних тренувань сприяє зменшенню артеріального тиску, тим самим може попередити виникнення артеріальної гіпертензії в майбутньому.

Ключові слова: безжирова маса; центральна гемодинаміка.

ЗМІНА СИРОВАТКОВОГО РІВНЯ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА ХРОНІЧНИМ ГАСТРИТОМ CHANGE IN SERUM MICROELEMENTS LEVEL IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2 AND CHRONIC GASTRITIS

Пацкун С.В., Шейко Н.І.

Кафедра фізіології та патофізіології

Вступ. Мікроелементи відіграють важливу роль в організмі людини. Підтримка гомеостазу мікроелементів важлива для численних клітинних

метаболических реакцій. Порушення рівня певних мікроелементів, що спостерігається при цукровому діабеті (ЦД), сприяє інсулінорезистентності та порушенню обміну глюкози.

Мета. Дослідити рівень мікроелементів у сироватці крові та фактори, що на них впливають у хворих з ЦД 2 типу та хронічним гастритом (ХГ).

Матеріали і методи. На базі ендокринологічного відділення ЗОКЛ імені А.Новака обстежено 40 пацієнтів. У всіх обстежених пацієнтів виявлено ЦД 2 типу та ХГ. Середній вік пацієнтів склав $57,62 \pm 9,35$ років. Діагноз ЦД 2 типу встановлено згідно з рекомендаціями International Diabetes Federation (IDF, 2005 р.). Всім обстеженим хворим виконано фіброзофагогастроудоденоскопію з прицільною біопсією. В подальшому проведено гістологічне дослідження для верифікації діагнозу ХГ. Визначення рівня магнію, цинку та міді у сироватці крові проводилося методом колориметрії. Аналіз і обробка результатів обстеження хворих здійснювалася за допомогою комп'ютерної програми STATISTICA 10.0 (фірми StatSoft Inc, USA).

Результати дослідження. Відповідно до отриманих даних середній рівень магнію у сироватці крові пацієнтів з ЦД 2 типу та ХГ становив $0,31 \pm 0,12$ ммоль/л. Що ж стосується середнього рівню цинку, то у чоловіків цей показник склав $9,11 \pm 0,17$ мкмоль/л, а у осіб жіночої статі - $8,71 \pm 0,09$ мкмоль/л. Відносно показника рівня міді, то у чоловіків цей показник склав $8,98 \pm 0,09$ мкмоль/л, а у осіб жіночої статі - $11,1 \pm 0,08$ мкмоль/л. При дослідженні факторів, використовуючи мультифакторний регресійний аналіз, що впливають на рівні мікроелементів у сироватці крові виявлено наступні залежності, так сироваткові рівні греліну та соматостатину були статистично достовірними прогностичними факторами рівня магнію ($F(3,226)=534,91$ $p<0,00001$), греліну та гастрину – сироваткового рівня цинку ($F(3,226)=2139,1$ $p<0,00001$), а греліну, гастрину та соматостатину – рівня міді ($F(3,226)=459,01$ $p<0,0000$).

Висновки. Отже, середні рівні магнію, цинку та міді у сироватці крові були зниженими у пацієнтів з ЦД 2 типу та ХГ. Відповідно до даних дослідження гастроінтестинальні гормони, такі як грелін, гастрин та соматостатин достовірно впливають на рівні мікроелементів сироватки крові у хворих з ЦД 2 типу та ХГ.

Ключові слова: цукровий діабет 2 типу, хронічний гастрит, магній, цинк, мідь

ОРГАНІЗАЦІЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ НА ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТТЯХ КУРСІВ ЗА ВИБОРОМ

Савка Ю.М., Сливка Я.І., Крічфалушій О.П., Райко О.Ю.

Кафедра фізіології та патофізіології

На сьогоднішній день важливим завданням вищої медичної освіти є підготовка фахівців, які здатні до самостійного навчання, аналізу та синтезу інформації, вміння практично використати отримані знання, самостійно приймати рішення. Самостійна робота студента – це один із пріоритетних напрямків сучасної вищої медичної освіти, який мотивує студента до отримання знань, активує наукове мислення, спонукає застосовувати набуті знання для вирішення проблем. Тому, реформування вищої медичної освіти спрямоване на зростання ролі самостійної роботи у навчанні студента.

Правильна організація самостійної роботи студента дає можливість сформувати здатність до самостійного поповнення та розвитку знань, виробити ті особисті якості, які сприяють оволодінню знань. Завданнями викладача є пошук і використання тих педагогічних методів, які б сприяли набуттю студентами навичок самостійної науково-практичної, дослідницької та пошукової діяльності, розвитку їхніх інтелектуальних якостей, мотивації до саморозвитку та самоосвіти. Загальна кількість годин курсів за вибором для студентів 3-го та 4-го курсу медичного факультету складає 90 годин, з них на самостійну роботу та індивідуальні завдання відведено 70 годин. Для організації роботи студентів в умовах дистанційного навчання викладачі активно використовують інноваційні технології навчання, зокрема систему Moodle як базову платформу для навчального процесу, а також проводять лекційні та практичні заняття під час дистанційного навчання в Google meet. На сайті електронного навчання кафедри до кожного з курсів представлені робочі програми, методичні посібники з короткими теоретичними відомостями, завдання для самостійної роботи, тестові завдання для самоконтролю, короткі відеолекції з поясненнями типових клінічних задач. Для контролю якості знань студентів на сайті використовуються засоби мережевого тестування у системі Moodle з використання елементів «Тест» та «Завдання». У завданні пропонується вирішення ситуаційних задач (оцінка і аналіз показників функцій, параметрів гомеостазу, механізмів регуляції та ін.), що мають експериментальне або клініко-фізіологічне спрямування. Для розвитку клінічного та творчого мислення студента у програмі курсів за вибором також включені індивідуальні науково-дослідні завдання, які

студенти представляють на занятті у вигляді презентацій. На нашу думку, такий вид самостійної роботи дозволяє систематизувати самостійно опрацьований матеріал, активізувати логічне мислення, розвинути навички публічного представлення та обговорення результатів.

Самостійна робота студента є основним засобом оволодіння навчальним матеріалом у час вільний від обов'язкових навчальних занять. Тому, одним із важливих завдань викладача є постійний пошук нових форм організації та контролю самостійної роботи студентів.

ПАТОГЕНЕТИЧНА ВЗАЄМОДІЯ ВОДНЕВОГО ПОКАЗНИКА ІЗ КАРІЄСОМ ЗУБІВ

Заячук І.П., Фучко О.Л

Кафедра фізіології та патофізіології

Вступ. Оцінка кислотно- лужної рівноваги в ротовій порожнині дає стоматологу корисну інформацію щодо ранньої діагностики, прогнозування, моніторингу та профілактики основних стоматологічних захворювань, у тому числі і карієсу зубів.

Мета. Проаналізувати патогенетичну взаємодію водневого показника із карієсом зубів в процесі протікання даного захворювання.

Матеріали і методи. Огляд літератури.

Результати дослідження. З літературних даних відомо, що у хворих стійких до карієсу рН зменшується повільніше, а відновлюється швидше, ніж у сприятливих. Знайдені певні відмінності в ступені ацидогенності зубного нальоту у карієсприятливих і карієстійких пацієнтів. Причому у перших і більша кількість кислотоутворюючих мікроорганізмів.

В ротовій порожнині при малих значеннях рН зменшується активність амілази і починається преципітація муцину. Карієсогенний зубний наліт збільшує проникливість твердих тканин зуба в 1,8 разів, а присутність сахарози в 2,8 рази.

Агресивна здатність зубного нальоту по відношенню до зубів визначається його кислотоутворюючою активністю, яка безпосередньо залежить від співвідношення ацидогенних мікроорганізмів та їх здатності синтезувати полісахариди. В такому разі зубний наліт на контактних поверхнях найбільш агресивний.

Швидкість демінералізації емалі залежить від величини рН: чим він менший, тим швидше йде процес. Найбільше зниження концентрації водневих іонів на поверхні зуба має місце в початковій стадії каріозного процесу.

Слід відмітити, що початкові значення рН зубного нальоту та ротової рідини при збільшенні інтенсивності карієса зубів збільшуються, що можна пояснити залученням адаптаційно –компенсаторних реакцій в ротовій порожнині.

Висновок. Таким чином, перераховані вище явища дають можливість прогнозувати карієс зубів по стану кислотно-лужної рівноваги слини при врахуванні швидкості кислотоутворення мікрофлори в ротовій порожнині та критичне зниження рН слини.

Ключові слова: зубний наліт, кислотно-лужна рівновага, демінералізація, рН