

ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»



**ТЕЗИ
ДОПОВІДЕЙ**

***ДВАДЦЯТЬ ЧЕТВЕРТОЇ ЗАГАЛЬНОЇ
СТУДЕНТСЬКОЇ НАУКОВОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ***

Львів – 2024

ОРГКОМІТЕТ

Гайдучок І.Г.

доктор медичних наук, професор, генеральний директор ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада».

Брейдак Ю.Г.

к.м.н., директорка базового коледжу ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»

Урба Н.І

заступниця директора базового коледжу ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»

Федоршак Р.С.

завідувачка навчально-методичним відділом ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»

Майданюк В.М.

к.п.н., відповідальний за наукову роботу ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»

Щепанський Ф.Й.

к.м.н., завідувач відділення «Стоматологія» ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»

Нагірний Р.І.

завідувач відділення «Стоматологія ортопедична» ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»

Іванішин-Гайдучок Л.Г.

завідувачка відділення «Фармація» ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»

Брейдак О.А

к.м.н., завідувачка відділення «Лікувальна справа» ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»

Солотва І.С.

завідувачка відділення «Сестринська справа» ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»

СЕКЦІЯ КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН

1. ДЕКСТРОКАРДІЯ. НОРМА ЧИ ПАТОЛОГІЯ?

Доповідачка: **Бараннік Аріна**, (II ПМ-1, відділення «Медсестринство», спеціалізація «Екстрена медицина», базовий коледж ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада».

Науковий керівник: д. мед. н. **Гладченко О.М.**, зав. відділенням **Солотва І. С.**

Актуальність. Декстрокардія – це рідкісна вроджена аномалія, при якій серце розташоване в правій половині грудної клітки. Частота розвитку декстрокардії складає приблизно 1 випадок на 12000 вагітностей - діагностується тільки у 0,01 % населення. Слід зазначити, що досить часто це поєднується зі зміщенням праворуч всіх непарних органів. Обмежень щодо статевої ознаки аномалія не має.

Мета дослідження. Проаналізувати причини виникнення та значення анатомо-фізіологічних особливостей розташування серця в правій половині грудної клітки. Розглянути фізіологічне і аномальне місце розташування серця та органів грудної та черевної порожнини, причини виникнення і механізм розвитку, класифікацію декстрокардій, клінічні ознаки цього атіпізму.

Короткий виклад матеріалу.

Декстрокардія вперше була описана італійцем Ієроніма Фабріціо в 1606 році. На сьогоднішній день декстрокардія зустрічається досить рідко, Повна декстрокардія виникає в 1 випадку з кожних 10 000. При порівнянні всіх аномалій серцево-судинної системи серце розташовується праворуч приблизно у 3% людей. Декстрокардія це стан, при якому серце знаходиться в правій частині грудної клітини. Зазвичай серце розташовується зліва. Стан визначається відразу після народження дитини, тому вважається вродженою аномалією розвитку. Як правило, ці зміни не є небезпечними для життя, хоча часто зустрічається поряд з більш серйозними ускладненнями, такими як серцеві дефекти і порушення розташування органів в черевній порожнині. Необтяжена

іншими дефектами розвитку декстрокардія може ніяк не впливати на якість життя хворого. Нерідко визначається при випадковому медичному огляді. Якщо ж серце зміщене вправо через розвиток в грудній клітці будь-якого патологічного процесу (розростання пухлини, гідроторакса), тоді це не справжня декстрокардія, а патологічна декстروпозиція серця.

Передбачається що, у перші 10 тижнів, коли у плоду закладається серцева трубка, відбувається мутація генів *ZIC3Shh*, *Pitx2*, *HAND*, *ACVR2*, що і призводить до зміщення органу в праву сторону. Генетики стверджують, що декстрокардія успадковується за аутосомно-рецесивним типом. Ці аутосомно-рецесивні гени, які викликають декстрокардію людина повинна успадкувати від обох батьків. Якщо аномальні гени має тільки один з батьків, тоді захворювання не проявляється. Варто відзначити, що стать, раса і етнічна приналежність, не впливають на розвиток у людини цього стану.

Основні види декстрокардії: 1. праворуч розташовано тільки серце; 2. праворуч розташовано серце і деякі внутрішні органи; 3. аномально розташована і серце, і всі внутрішні органи.

Форми декстрокардії. 1. неізолювана - при цій патології всі внутрішні органи розміщені транспозиційно, тобто дзеркально до нормального стану. 2. ізолювана - при цій аномалії непарні органи (шлунок, печінка, селезінка), розташовані нормально. Залежно від стану камер серця цю форму ділять на кілька підвидів: а) з інверсією шлуночків і передсердь; в) без інверсії передсердь і шлуночків.

Ускладнення. Дзеркально розташовані органи можуть нормально функціонувати, але їх незвичайне позиціонування часто ускладнює діагностику інших захворювань. Наприклад, у кого-то з декстрокардією апендицит викликає різкий біль в нижній лівій частині живота замість правого. При наявності цих анатомічних відмінностей можуть виникати труднощі в проведенні хірургічних втручань. Інші ускладнення, пов'язані з декстрокардією:

- розлад кишечника, зазвичай залежить від обструкції через його розворот,

- порушення функції стравоходу; - серцево-судинні розлади; - серцева недостатність; - інфекції і сепсис. У випадках, коли декстрокардія поєднується з дзеркальним відображенням інших органів, синуситами, бронхоекстазами - ставиться діагноз "синдром Зіверт-Картагенера". Декстрокардія з транспозицією органів проявляється такими ознаками як: аносмія (втрата нюху), спостерігаються поліпи в носовій порожнині, характерними ознаками є отит і погіршення слуху. Також в число ускладнень входить чоловіче безпліддя.

Лікування і прогноз. Багато людей з декстрокардією не пред'являють скарг, їх загальний стан задовільний, тому в таких випадках лікування не проводиться.

Немовлята з декстрокардією, яка супроводжується серцевими дефектами, можуть зажадати хірургічного втручання. Для пацієнтів з синдромом Картагенера часто призначаються симптоматичне лікування. Генетична консультація може бути корисною тим хворим з декстрокардією, які хочуть створити сім'ю. Для більшості людей з декстрокардією тривалість життя знаходиться в межах норми.

Висновки.

1. Декстрокардія визначається відразу після народження дитини, тому вважається вродженою аномалією розвитку.
2. Декстрокардія не є небезпечною для життя, хоча може зустрічатися з серцевими дефектами і порушенням розташування органів в черевній порожнині.
3. Стать, раса і етнічна приналежність не впливають на розвиток у людини цього стану.
4. Дзеркально розташовані органи можуть нормально функціонувати, але їх незвичайне позиціонування часто ускладнює діагностику інших захворювань. При наявності цих анатомічних відмінностей можуть виникати труднощі в проведенні хірургічних втручань.
5. Цей стан проявляється при несприятливій спадковості, тому важливе значення має грамотний підхід до планування сім'ї всім хворим на декстрокардію. Тому перед створення сім'ї слід проконсультуватися у генетика. Щоб попередити

розвиток аномалії, в першому триместрі важливо уникати інфекційних хвороб щоб не нашкодити нормальному розвитку плоду.

2. АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ОПУЩЕННЯ НИРОК

Доповідачка: Гулей Оксана (ІМС-1, відділення «Медсестринство», спеціалізація «Сестринська справа», базовий коледж ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада».

Науковий керівник: д. мед. н. Гладченко О.М., зав. відділенням Солотва І. С

Актуальність. Нефроптоз це патологічний стан, при якому нирка зміщується від її фізіологічного місця розташування, а також володіє рухливістю при переміщенні тіла. Згідно з медичної статистики, набагато частіше нефроптоз зустрічається у жінок, ніж у чоловіків. Різну ступінь опущення органів малого тазу мають 15-30% жінок до тридцятирічного віку. Цифра виростає до 40% для п'ятдесятирічних. У літніх жінок зміщення органів сягає 50-60%.

Мета дослідження. Проаналізувати причини виникнення та значення анатомо-фізіологічних особливостей розташування нирок які можуть сприяти зміщенню нирки в сторону малого тазу, що стає причиною патологічних загинів кровоносних судин нирки та сечоводу і призводить до порушення кровообігу і функції нирок. Розглянути фізіологічне місце розташування нирок, фіксуєчий апарат нирок, причини виникнення, механізм розвитку, класифікацію нефроптозу, клінічні ознаки, засоби попередження та лікування цієї патології.

Короткий виклад матеріалу.

Фізіологічне місце розташування нирок. Нирки розташовані на задній стінці порожнини живота, по обидва боки хребтового стовпа на рівні двох нижніх грудних і верхніх поперекових хребців, позаочеревинно. (екстраперитонеально). Права нирка на 1/2 хребця лежить нижче від лівої.

Фіксуєчий апарат нирки. Нирка фіксована за допомогою ниркового ложа, судинної ниркової ніжки та її оболонки. Внутрішньочеревний тиск є одним із факторів, що забезпечують нормальне положення нирок. Через рухливість нирок

порушується: архітектура судинного сплетення, внаслідок чого вони мають тенденцію до витончення і звуження; порушується кровопостачання нирки; деформація сечоводу; в нирках затримується сеча; можливий розвиток інфекційно-запального процесу.

Причини виникнення нефроптозу: 1. Різке зниження ваги, при якому може відбутися зниження об'єму жирової капсули. 2. Спадкова схильність (підвищена розтяжність сполучної тканини). 3. Пошкодження зв'язкового апарату при травмах поперекової ділянки та ділянки живота, а також при різкому піднятті ваги. 4. Формування гематоми в навколониірковій клітковині. 5. Вагітність призводить до розтягування м'язів черевного преса і, відповідно, до зниження внутрішньочеревного тиску. 6. Різні чинники, що призводять до постійного розтягування зв'язкового апарату внутрішніх органів: носіння важкого, стрибки.

Механізм розвитку нефроптозу: - порушується фіксаційна структура жирової клітковини навколо ниркового простору; - без надійної фіксаційної структури нирка значно зміщується; - під час зміщення нирка може повертатися по вертикальній та поперечній осі; - зміщення нирки веде до зміни кута відходження ниркових судин від черевного відділу аорти та нижньої порожнистої вени з 90° до $50-60^\circ$; - без підтримки фіксаційної структури зміщена нирка "зависає" на одних судинах; - одночасне, іноді тимчасове порушення кровообігу із зміною кута відходження судин, зміна їх структури та діаметра ведуть до вторинних змін у ниркових судинах меншого калібру; - чим нижче опускається донизу нирка, тим більше порушується кровообіг у судинах паренхіми нирки; - крім кровоносних судин, натягуються і травмуються нерви, лімфатичні судини; - на початкових етапах розвитку нефроптозу у вертикальному положенні хворого короткочасно порушується кровообіг нирки, зменшується загальний артеріальний тиск; - також тимчасове зміщення нирки в сторону малого таза стає причиною патологічних загинів сечоводу.

Класифікація нефроптозу. I стадія: жодних клінічних проявів, орган частково зміщується на вдиху, повертається на місце при видиху. Симптоматика майже не турбує людину, оскільки опущення незначне, на загальний стан і

працездатність не впливає. II стадія: з'являються скарги загального характеру (нездужання, слабкість). Нирка в вертикальному положенні тіла повністю виходить з ложа, обертається навколо своєї осі. У горизонтальному положенні тіла симптоми зникають, і нирка повертається на своє місце. Пацієнт на цій стадії зазвичай скаржиться на біль у попереку, який найчастіше виникає в положенні стоячи. При клінічних дослідженнях знаходять еритроцити і білок в сечі. III стадія: скарги набувають локального характеру. Нирка здатна зміститися до порожнини малого таза. Відмічаються симптоми перегинання судин, сечоводу. У сечі з'являється кров, пацієнт відчуває біль попереку при будь-якому положенні тіла, в деяких випадках нирка може втратити функціональність. Дана стадія хвороби істотно погіршує загальний стан і працездатність.

Можливі симптоми нефроптозу. Біль. «Міграція» нирки відчувається на дотик. Утруднене сечовипускання. Симптоматика хвороб інших органів. Подразнення артерії нирки, порушення тканин, згодом артеріальна гіпертензія. Нудота, блювання. Погіршений сон. Прискорений пульс, набряклі процеси, сильний головний біль. Різкі стрибки артеріального тиску.

Консервативні методи лікування. Спеціальна лікувальна гімнастика для зміцнення м'язів живота. Обмеження важких фізичних навантажень. Рекомендується носіння спеціального бандажа. Посилене харчування для збільшення кількості жирової клітковини в ділянці нирок і в області живота, (якщо хворий має недостатню масу тіла).

Хірургічне лікування. Нефроптоз погано піддається лікуванню консервативними методами, найбільш ефективним методом лікування є лапароскопічна нефропексія (фіксація нирок) Використовуючи спеціальну поліпропіленову сітку хірург підшиває нирку, яка знаходиться в сітці, як в гамаку.

Висновки.

1. Нефроптоз настає: внаслідок ослаблення підтримуючого апарата нирки, після схуднення, травм, підймання й носіння вантажів, ослаблення черевної стінки, падіння внутрішньочеревного тиску, після пологів.

2. Визначено, що найбільш ефективним сучасним методом лікування нефроптозу є лапароскопічна нефропексія.

3. Лапароскопічне втручання, в порівнянні з відкритим доступом, набагато менше травмує пацієнта. Завдяки цьому скорочується термін перебування в стаціонарі та термін повного відновлення пацієнта, а пацієнт відчуває набагато менший дискомфорт.

4. Більшість пацієнтів, які перенесли лапароскопічну нефропексію, протягом подальшого життя не відчувають ніякого дискомфорту або проблем зі здоров'ям - «підшита» нирка функціонує так само, як і здоровий орган.

3. ПРОТЕЗУВАННЯ КІНЦІВОК ВНАСЛІДОК ТРАВМ ВІЙНИ

Доповідачка: Гой Софія (ІМС-2, відділення «Сестринська справа», базовий коледж ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»).

Наукова керівниця: докторка філософії, ортопедка-травматологиня, викладачка хірургії – Паньків Мар'яна Володимирівна.

Актуальність. Зараз, в період повномаштабної війни, тема протезування актуальна, як ніколи. Ми мусимо інформувати наших громадян про проблеми та виклики людей, які зіштовхуються з ампутуваннями (тим паче травматичними) та подальшими протезуваннями. Необхідність високоякісних протезів та доступ до них є необхідними для підтримання якості життя постраждалих осіб і їх інтеграції в суспільство. Це включає не лише самі протези, а й доступ до реабілітаційних послуг та психосоціальної підтримки.

Мета. Інформування громадян про проблеми та виклики, з якими зіштовхуються люди з ампутаціями, може сприяти поширенню свідомості про необхідність підтримки та покращенню умов для надання допомоги. Крім того, це може спонукати до розвитку нових технологій та інновацій у галузі протезування, що покращить якість життя постраждалих осіб.

Короткий виклад матеріалу.

1. Визначення «протезування». Протезування — це складний процес медичної допомоги, який направлений на повне або часткове відновлення

косметичного дефекту і функції ампутованої внаслідок травми або патології кінцівки. Чим складніше протез, тим складніше техніка його установки. Однак в подальшому такий протез зробить якість життя людини більш високою, з можливістю самостійно виконувати певний обсяг роботи.

2. Актуальність теми та причини ампутацій кінцівок в мирний та військовий часи. Найчастішими причинами ампутації в мирні часи є судинні та онкологічні захворювання, діабет, травми. Кількість травматичних ампутацій різко зростає під час військових конфліктів.

3. Види та методи протезування. Зовнішні (ендопротези) та внутрішні (екзопротези), косметичні та робочі протези, і різниця між ними. Якщо протез знаходиться за межами людського тіла, як у випадку зі штучними кінцівками, його називають екзопротезом (зовнішній протез). Протез, що встановлюється всередині тканин тіла (штучні колінний, кульшовий, плечовий суглоби), називається ендопротезом (внутрішній протез). Протези також поділяють на робочі й косметичні. До робочих протезів належать апарати, які за своїми функціями замінюють втрачений чи пошкоджений орган. Косметичні протези відтворюють лише зовнішній вигляд відсутнього сегменту кінцівки чи органа

4. Етапи протезування. Від ампутації до встановлення функціонального протеза. У протезуванні кінцівки тісно співпрацюють кілька фахівців — лікар ортопед, технік-протезист, хірург реконструктивної хірургії.

- Ампутація кінцівки — є первинним етапом, при якому лікар ортопед готує куксу.
- Підготовка кукси після операції ампутації верхньої або нижньої кінцівки — включає догляд за післяопераційними швами, профілактику набряків і боротьбу з фантомними болями. Від стану кукси після цього етапу протезування залежатиме вибір техніки протезування.
- Останній етап протезування це індивідуальний підбір і установка постійного протезу.

5. Проблеми, з якими зіштовхуються пацієнти. Фантомні болі: симптоми, причини виникнення, фізіологічні чинники та як з ними боротися. Дзеркальна

терапія. Фантомні болі з'являються після ампутації та відчуються саме в ампутованій кінцівці або її частині (здебільшого в найбільш віддаленій частині від місця ампутації). Біль може мати пекучий, спастичний характер, іноді нагадує укол голкою або ножем. Людина також може мати відчуття, що втрачена кінцівка знаходиться в незвичному, скрученому положенні.

Спровокувати напад болю може тиск на куксу, великі фізичні навантаження та емоційний стрес. На виникнення фантомного болю впливають периферійні фактори (порушений нерв в місці ампутації), центральні (спинний та головний мозок) та психологічні. Як правило, фантомні болі поступово зникають, і у деяких людей можуть повністю зникнути протягом 1–2 років.

Фантомні болі найчастіше лікують дзеркальною терапією. Це передбачає використання дзеркала для імітації присутності ампутованої кінцівки. Коли віддзеркалюється здорова кінцівка, мозок інтерпретує зорові подразники так, наче тіло неушкоджене.

6.Реабілітація після протезування. Відновлення пацієнтів. Фізичні, психологічні, освітні та соціальні фактори реабілітації. Після ампутації кінцівки та подальшого протезування реабілітація грає дуже важливу роль у покращенні якості життя людини. Основні етапи реабілітації включають:

Фізіотерапія: Вправи та процедури, спрямовані на покращення м'язової сили, гнучкості та координації, допомагають адаптуватися до нових умов та навчитися використовувати протез.

Психологічна підтримка: Процес ампутації та адаптації до протеза може бути емоційно важким. Психологічна підтримка допомагає пацієнтам подолати стрес, депресію. Навчання: Навчання правильному використанню протеза, розвиток навичок самообслуговування та відновлення рухових функцій є важливою частиною реабілітації.

Соціальна підтримка: Підтримка від родини, друзів та спеціалізованих груп може допомогти в подоланні викликів, пов'язаних з ампутацією та адаптацією до нового стану.

Кожен випадок ампутації є унікальним, тому реабілітаційна програма має бути індивідуалізованою, враховуючи фізичні, емоційні та соціальні потреби пацієнта. сію та прийняти нову реальність.

7. Цікаві факти про «Ігри Нескорених». Міжнародні спортивні змагання в паралімпійському стилі. Ігри нескорених — міжнародні спортивні змагання в паралімпійському стилі. В іграх, заснованих принцом Гаррі, беруть участь поранені військовослужбовці та пов'язані з ними ветерани у таких видах спорту як баскетбол на візках, волейбол сидячи і веслування в залі. Україна вперше отримала право взяла участь в Іграх нескорених 2017 року в Торонто.

Висновки.

Актуальність проблеми: Внаслідок військових дій в Україні тисячі людей зазнали травм, що призвели до ампутацій та інших серйозних ушкоджень кінцівок. Це створює необхідність у високоякісних протезах та реабілітаційних послугах.

Необхідність доступу до протезів: Забезпечення доступу до якісних та ефективних протезів є критично важливим для повернення постраждалих осіб до повноцінного життя та їхньої соціальної інтеграції.

Важливість психосоціальної підтримки: Крім фізичного відновлення, не менш важливою є психосоціальна підтримка постраждалих осіб, що допомагає їм подолати психологічні та емоційні труднощі, пов'язані з ампутацією та реабілітацією.

Необхідність сприяння інноваціям: Залучення до розвитку новітніх технологій та інновацій у галузі протезування сприятиме поліпшенню якості життя постраждалих осіб та зробить протезування більш доступним.

Важливість поширення свідомості: Інформування громадськості про проблеми та виклики, з якими зіштовхуються люди з ампутаціями, може сприяти поширенню свідомості про необхідність підтримки та створити сприятливі умови для надання допомоги.

4. ІНФЕКЦІЙНИЙ ЕНДОРКАРДИТ

Доповідачка: Майкут Софія (ІМС-2, відділення «Сестринська справа», базовий коледж ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»

Наукова керівниця: викладачка внутрішньої медицини **Юзефів Н.П.**

Актуальність теми. Інфекційний ендокардит (ІЕ) — захворювання, що розвивається внаслідок інфекції ендокарду, найчастіше клапанів, але також шлуночків та передсердь, або в результаті інфікування великих кровоносних судин грудної клітки (напр., звуженого перешийка аорти), судинних анастомозів або сторонніх тіл у серці (напр., електродів кардіостимулятора).

В останні роки збільшилась кількість випадків ІЕ, в тому числі і первинного (що розвивається на інтактних клапанах), у молоді, а також в похилому віці на атеросклеротично змінених клапанах. Є також певний ризик виникнення ІЕ при проведенні медичних маніпуляцій і хірургічних втручань – особливо в стоматологічній та урологічній практиці. Все вище зазначене ставить вивчення даної теми вкрай актуальним і має не тільки медичне але і соціальне значення.

Мета. Метою цієї доповіді є розкриття причин виникнення інфекційного ендокардиту , щоб надати аудиторії глибше розуміння цього захворювання та підкреслити важливість діагностики та лікування цього захворювання, а також профілактику.

Короткий виклад матеріалу. Етіологія та Патогенез.

Збудниками інфекційного ендокардиту є стрептококи, стафілококи, грамнегативні бактерії, гриби, L – форми, та інші мікроорганізми. Вони можуть бути як ендogenousного походження так і екзогенного, проникаючи в організм через дихальні шляхи, шлунково – кишковий тракт, сечові шляхи, шкіру тощо.

Питання патогенезу інфекційного ендокардиту складні та до кінця не вивчені. Однак цілком відомі два фактори, які мають важливе значення в розвитку захворювання, а саме:

а) наявність структурних аномалій серця або головних судин із порушенням гемодинаміки, що є причиною ушкодження ендокарда або ендотелію з утворенням мікротромбів;

б) розвиток бактеріємії, навіть транзиторної, яка може бути спричинена стоматологічними та іншими так званими «малими» оперативними втручаннями. Виникнення бактеріємії внаслідок видалення зубів сягає 80 %.

Діагностика. Залежно від попереднього стану серцево-судинної системи всі інфекційні ендокардити поділяють на дві великі групи: первинні, які виникають у незміненому серці, та вторинні, які виникають на фоні структурної патології серця. Такий розподіл має принципово важливе значення, тому що первинна форма перебігає тяжче, пізніше діагностується та вирізняється великою летальністю. За характером перебігу розрізняють гострий та підгострий інфекційний ендокардит. Симптоми ендокардиту з'являються здебільшого протягом тижня після провокуючої події.

Лікування. Лікування інфекційного ендокардиту проводиться двома етапами: стаціонарне й амбулаторне. Госпіталізація необхідна в усіх випадках інфекційного ендокардиту або при підозрі на нього. Якщо після 2-3-тижневого перебування в стаціонарі стан дитини стабілізувався та ризик ускладнень невеликий, лікування продовжують амбулаторно. Головним у лікуванні хворих на інфекційний ендокардит залишається застосування бактерицидних антибіотиків.

Антимікробну терапію починають відразу після взяття крові для посіву. При тяжкому стані емпіричне лікування починають негайно, до результат посіву крові. Якщо виражених ознак інтоксикації немає, то ефективна комбінація антибіотиків - бензилпеніциліну 6-20 млн ОД щодоби на 6 прийомів (або ампіцилін 100 200 мг/кг щодоби на 4 прийоми) і гентаміцин 7 мг/кг на добу – триразове уведення. При вираженому інтоксикаційному синдромі, коли збудниками захворювання можуть бути *St. aureus*, ентерококи, стрептококи групи В, необхідна комбінація ванкоміцину 40-60 мг/добу на 4 прийоми внутрішньовенно крапельно і гентаміцин.

Диспансеризація. Хворий повинен знаходитися в стаціонарі до нормалізації температури тіла, лабораторних показників, від'ємних посівів крові, зниження клінічних проявів.

Після виписки з стаціонару хворий повинен бути під наглядом дфільничного терапевта. Температуру тіла вимірюють щоденно двічі на день, а один раз в тиждень – кожні 2-3 год протягом доби. Хворим проводять аналіз крові і сечі 1 раз за 2 тижні. Якщо впродовж 6 місяців у хворого не було загострення хвороби, лікарські огляди проводять двічі на місяць впродовж 6 місяців, а потім двічі на рік. Контроль аналізів крові і сечі проводять 1 раз на місяць впродовж 3-6 місяців.

Кожні 6 місяців хворі проходять обстеження у поліклініці з обов'язковою ЕКГ. Повторні стаціонарні лікування слід проводити впродовж 2-3 тижнів, через 1, 3 і 6 місяців з обов'язковим застосуванням антибактеріальної терапії препаратами, використання яких у минулому дало найбільш лікувальний ефект.

Профілактика. Особам, які мають спровоковане серце (операції, вади тощо), перед проведенням стоматологічних чи інших втручань (бронхоскопія, вживлення електрокардіостимулятора тощо) слід проводити раціональну антибіотикопрфілактику.

Висновок. Знання про фактори ризику та клінічні особливості інфекційного ендокардиту є важливими для вчасної діагностики та лікування цього захворювання. Подальше дослідження цієї теми спрямоване на вдосконалення методів профілактики, діагностики та лікування, щоб покращити прогноз пацієнтів та запобігти ускладненням.

5. ХАРЧУВАННЯ ЯК ОДИН ІЗ ФАКТОРІВ РОЗВИТКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТА ЙОГО ОСОБЛИВОСТІ ДЛЯ ХВОРИХ НА ЦЕ ЗАХВОРЮВАННЯ

Доповідачка: Репета Софія (1-ФМ-1, базовий коледж ВПНЗ Медичний фаховий коледж «Монада»).

Наукова керівниця: викладачка внутрішньої медицини Юзефів Н.П.

Актуальність. За останні десятиліття проблема цукрового діабету стала дедалі актуальнішою через зростання випадків захворювання та його негативний вплив на якість життя людей. Харчування вважається одним із ключових факторів, що впливає на розвиток цукрового діабету, тому вивчення його особливостей для хворих має велике значення для попередження та керування захворюванням. Зростаючі тенденції споживання оброблених продуктів, висококалорійних страв та надмірної кількості цукрів призводять до збільшення випадків діабету по всьому світу. Особлива увага до цієї теми важлива не лише для медичних фахівців, але й для громадськості загалом. Розповсюдження інформації про здорові харчові звички та важливість контролю рівня цукру в крові може допомогти зменшити поширення цукрового діабету та покращити якість життя мільйонів людей по всьому світу.

Мета. Метою даного дослідження є розгляд впливу харчування на розвиток цукрового діабету та аналіз його особливостей для хворих на це захворювання з метою покращення їхнього здоров'я та якості життя, виявленні оптимальних стратегій харчування для запобігання та керування цим захворюванням, а також у забезпеченні інформації та рекомендацій для пацієнтів з цукровим діабетом щодо здорового харчування та контролю рівня цукру в крові. Розуміння цих аспектів дозволяє здійснити ефективні заходи профілактики та управління цукровим діабетом, а також покращити якість життя людей, які живуть з цим захворюванням.

Короткий виклад матеріалу. Цукровий діабет є серйозним хронічним захворюванням, що виникає при порушенні метаболізму цукру в організмі.

Харчування вважається одним з головних факторів, що впливають на ризик розвитку цього захворювання.

Основні аспекти впливу харчування на розвиток цукрового діабету включають:

1. Склад дієти: Раціон, багатий на прості цукри, насичені жири та висококалорійні продукти, може збільшити ризик розвитку цукрового діабету. Занадто велике споживання цукрів та продуктів з високим глікемічним індексом може сприяти інсулінорезистентності та збільшити рівень глюкози в крові.

2. Калорійність та вага: Надмірна калорійність дієти сприяє набору зайвої ваги, що є одним із ключових чинників ризику для розвитку цукрового діабету. Зниження кількості споживаних калорій та підтримка здорової ваги можуть допомогти у профілактиці цього захворювання.

3. Розподіл прийому їжі: Нерегулярний прийом їжі та довгі перерви між прийомами можуть призвести до стресу для підшлункової залози та збільшення коливань рівня цукру в крові.

4. Білки, жири та вуглеводи: Оптимальний розподіл білків, жирів та вуглеводів у дієті може допомогти контролювати рівень глюкози в крові. Зменшення споживання насичених жирів та простих вуглеводів на користь ненасичених жирів та складних вуглеводів може покращити ситуацію з цукровим діабетом.

Для хворих на цукровий діабет особливо важливо керувати своєю дієтою з урахуванням індивідуальних особливостей та потреб. Раціон повинен бути збалансованим, з урахуванням рекомендацій лікаря та дієтолога, щоб забезпечити стабільний рівень цукру в крові та підтримати загальний стан здоров'я.

Висновки. Харчування відіграє ключову роль у розвитку та контролі цукрового діабету. Ретельний підбір дієти, з урахуванням вимог індивідуального плану харчування, може значно полегшити контроль над цукровим діабетом та покращити якість життя пацієнтів. Свідомість – ось що головне при лікуванні будь-яких хвороб і при профілактиці. Свідоме ставлення до свого здоров'я, до

здоров'я своїх дітей запобігає захворюванням не гірше за найсучасніші ліки. Пам'ятайте про це і будьте здорові!

6. ТОКСОПЛАЗМОЗ – СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

Доповідачка: Кокіль Софія Олександрівна, студентка III-го курсу спеціальності «Медсестринство» КЗВО «Рівненська медична академія»

Наукова керівниця: Каськів Мар'яна Володимирівна, канд.біол.наук., доцент кафедри фундаментальних дисциплін КЗВО «Рівненська медична академія».

Актуальність проблеми. Токсоплазмоз — протозойна хвороба, що характеризується різноманітністю варіантів течії і поліморфізмом клінічних проявів, який розглядається в даному час перш за все як опортуністична інфекція і представляє собою актуальну медико-соціальну проблему. Даному питанню відводиться важлива роль у формуванні акушерської та дитячої патології. Разом з тим, слід виокремити зниження інтересу до даного паразитозу зі сторони лікарів загальної практики, терапевтів, неврологів і офтальмологів, що пов'язано з недостатнім рівнем знань про дану проблему і відсутність технічного регламенту в Україні в частинах діагностики інфекційних захворювань, в тому числі і токсоплазмозу.

В організмі з хорошою імунорезистентністю токсоплазмоз рідко дає виразні клінічні прояви: в 95-99% це захворювання протікає безсимптомно і залишається не діагностованим видом відсутності патогномонічних ознак. Скринінг населення, заснований на визначенні специфічних антитіл класів IgM і IgG, не дозволяє повноцінно реалізувати наявний лабораторний потенціал стосовно діагностики і моніторингу дітей, вагітних жінок, дорослих із різних груп ризику розвитку даної патології .

Сьогодні не важко знайти чималу кількість повідомлень присвячених токсоплазмозу – паразитарне захворювання, що характеризується ураженням нервової системи, очей, скелетної мускулатури, серцевого м'язу, а також збільшенням лімфовузлів, печінки і селезінки; схильне до хронічного перебігу, а при вагітності може завдавати шкоди плоду, а ось питанню ролі профілактики

захворювання, накопиченню знань та систематизації їх приділяється недостатньо.

Тому, **метою** було вивчити особливості етіології, патогенезу, паразитичної дії токсоплазми, встановити клінічні особливості токсоплазмозу на перебіг вагітності та стан плода.

Матеріали та методи. Відбір науково обґрунтованих публікацій проводився у пошукових системах PubMed, та Google Scholar. Стратегія пошуку включала MeSH і вільні терміни: токсоплазмоз, ураження (*Toxoplasma gondii*), хворих токсоплазмозом, проміжний та остаточний хазяїн *Toxoplasma gondii*. Дослідження включало бібліографічні огляди, систематичні огляди, метааналізи, когортні дослідження, звіти про випадки та дослідження англійською мовою.

Отримані результати. Проаналізувавши науково обґрунтовані публікації, які проводились у пошукових системах PubMed, та Google Scholar, встановлено, що серед відомих причин, що можуть негативно впливати на процес запліднення, розвиток і перебіг вагітності, виникнення акушерської та вродженої патології, чільне місце посідають інфекційні агенти. У структурі цих інфекцій значну роль відіграють представники TORCH-комплексу. На особливу увагу заслуговує токсоплазмоз як один із незаперечних чинників виникнення серйозної перинатальної патології, у т.ч. і вродженої (вроджений токсоплазмоз [ВТ]).

Недостатня вивченість, а також складність захворювання з кожним роком тільки погіршують статистику. Лікування вагітної жінки можливо, але не гарантує народження повноцінної дитини. У першому триместрі вагітності наслідком токсоплазмозу найчастіше стає викидень. У місті Рівне за останні три роки фіксують захворюваність викликане токсоплазмозом. Слід відмітити, що, подальше прогресування захворювання може призвести до необоротних змін та інвалідизації, адже у першому триместрі вірогідність інфікування плода становить 15 %, у другому – 25 %, в третьому – 70 %.

Ми скористались даними пологового будинку м. Рівне за 2019-2021 рр, де знаходилось 50 вагітних високої групи ризику по внутрішньому інфікуванню плода, із них токсоплазмоз виявлено у 18 (36%) жінок. У результаті дослідження

проаналізовано акушерський анамнез у 18 жінок, які були сер позитивними до токсоплазмозу. У 12 (66%) із них вагітність була першою, у 5 (28 %) - другою, у одної (6%) - третьою. В 7 (38,9%) жінок в анамнезі зафіксовано самовільні викидні в I та II триместрах вагітності. При обстеженні вагітних з токсоплазмозом виявлено такі патології: загроза переривання вагітності, ГРВІ, субфебрильна температура. Для підтвердження діагнозу вагітним досліджувалась кров на наявність маркерів токсоплазми методом ПЛР та специфічних антитіл класу IgG (хронічна форма) — макс. концентрація 2–3 міс. після інфікування, зберігаються протягом усього життя та IgM (гостра форма) — з'являються через 1 тиж. після інвазії, досягають макс. концентрації через 1 міс. та зазвичай зникають через 6–9 міс., можуть зберігатися протягом багатьох місяців та років від моменту інфікування – методом ІФА.

Висновки. Науково обґрунтовано, що токсоплазмоз - вроджена інфекція (ВТ) є попередженою і виліковною, якщо своєчасно розпочати лікування за умови вчасного діагностування, і скринінгу вагітної на токсоплазмоз.

При відсутності антитіл до токсоплазмозу у вагітної, обстеження необхідно повторювати в ході вагітності з метою раннього виявлення первинного інфікування (кратність його визначається клінічними обставинами і складає не менше 1 разу в 3-4 місяці).

Скринінг вагітної на токсоплазмоз має бути таким же обов'язковим, як на певні генетичні хвороби. Проте комплексне обстеження на токсоплазмоз жінок дітородного віку, що дає змогу своєчасно діагностувати хворобу та розпочати лікування, у більшості країн в цілому та Україні зокрема не запроваджено.

З метою запобігання вродженому токсоплазмозу велику роль відіграє попередження зараження під час вагітності - виключення контакту з кішками, випробування сирого м'ясного фаршу, миття рук після приготування страв із сирого м'яса. Ймовірність зараження найбільша у вагітних, які не мають антитіл до збудника.

Так як питанню ролі профілактики захворювання, накопиченню знань та систематизації їх студентами-медиками приділяється недостатньо кожному

студенту КЗВО «Рівненська медична академія» ми надали онлайн-пам'ятку (Додаток В) де описано біологію *Toxoplasma gondii*, особливості імунітету, патогенезу, симптоми виникнення токсоплазмозу.

Результати дослідження запропонували для проведення навчально-виховної роботи з студентами - медиками КЗВО «Рівненська медична академія» при вивченні біології, медичної біології, акушерства, гінекології адже токсоплазму вивчає один з розділів медичної біології «Протозоологія», що вивчає найпростіших згідно силабусу дисципліни.

7. НУТРИЦІОЛОГІЯ ЯК НАУКА. СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ НУТРИЦІОЛОГІЇ ТА АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТАБІЛІЗАЦІЇ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

*Доповідачка: Чеботарьова Вікторія (ІФМ-1, відділення «Фармація»
Первомайська філія ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»)*

*Наукова керівниця: викладачка з технології лікувально – косметичних засобів
Болгарина А.В.*

Актуальність: збалансоване харчування та здорова харчова поведінка є запорукою стабільного функціонування людського організму. Сьогодні кожна людина схильна до проявів багатьох хвороб, причиною яких є недбале ставлення до власного харчування.

Мета: проінформувати аудиторію про науку нутриціологію та її провідне місце у житті сучасної людини. Надати корисні поради щодо харчування та підтримки здорового способу життя.

Короткий виклад матеріалу. Нутриціологія є одним з головних напрямків альтернативної медицини. Вона об'єднує дієтологію та біохімію, які між собою взаємопов'язані. Нутриціологія не лікує хвороби, а допомагає людині комплексно скорегувати харчування, виявити основні помилки, щоб вона змогла збалансовано житися й поліпшити функціонування організму. Здоров'я людини на 70% залежить від способу життя. А найважливішим чинником цього є харчування, яке забезпечує нормальний розвиток дітей, сприяє профілактиці

захворювань і продовженню життя, створює умови для адекватної адаптації людини до навколишнього природного середовища. Правильне та збалансоване харчування - це запорука здоров'я та довголіття. Воно забезпечує високий рівень працездатності, покращує розумову діяльність, підвищує імунітет, допомагає уникати різних захворювань, підтримувати нормальну вагу. Слід лише навчитися вміло поєднувати продукти та їхні складові (білки, жири, вуглеводи), дотримуватися правильних харчових звичок. Варто дітей змалечку привчати до основ здорової їжі. Батькам слід власним прикладом показувати, як правильно харчуватися. У дитячому меню мають переважати корисні продукти. Їжа неодмінно має бути різноманітною, щоб організм, який зростає, отримував усі необхідні поживні речовини, вітаміни, мінерали та мікроелементи. Заклавши основи правильного харчування з дитинства, можна багато в чому полегшити дитині життя, допомогти уникнути багатьох проблем зі здоров'ям у майбутньому. Україна входить до першої десятки країн із найвищим ризиком смертності від незбалансованого харчування, такими є дані дослідження журналу TheLancet. Серед основних причин - надмірне споживання цукру, солі та м'яса. Кожна п'ята людина у світі помирає через проблеми зі здоров'ям, спричинені неправильним харчуванням. Такими є результати дослідження, опублікованого на сайті медичного журналу TheLancet, яке охоплює період з 1990 до сьогодні. У роботі звертається увага на те, що люди в усьому світі споживають забагато шкідливої їжі і не приділяють належної уваги здоровому харчуванню. Україна - у першій десятці країн із найвищим ризиком смертності від нездорового харчування. За даними дослідження, неправильна дієта викликає більше смертей у світі, ніж будь-який інший фактор ризику включно з палінням. Найпоширенішими причинами смертей, пов'язаними з неправильним харчуванням, є серцево-судинні захворювання. Від них помирають близько 11 мільйонів людей щороку. А зайва вага часто або викликає ці хвороби, або погіршує їх перебіг.

Висновок. Недостатня обізнаність щодо формування правильного та раціонального харчування несе за собою негативні наслідки у житті кожного з

нас. Щоб уникнути проблем зі здоров'ям, варто замислитись про особисте харчування, адже здоров'я за гроші ще ніхто не купив.

8. СОНЯЧНІ ОПІКИ У ДТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Доповідачка: **Пічкара Юліанна** (ІМС-2, відділення «Сестринська справа», базовий коледж ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»).

Наукова керівниця: викладачка педіатрії **Шийка Л. Ю.**

Актуальність. Сонячні опіки є поширеним явищем серед дітей та підлітків, особливо в періоди активного відпочинку на відкритому повітрі. Зростаюча свідомість про шкідливий вплив ультрафіолетового (УФ) випромінювання на шкіру зробила проблему сонячних опіків більш актуальною. Погана якість атмосфери, зменшення озонового шару та зміни клімату призводять до збільшення інтенсивності УФ-випромінювання, що зростає ризик сонячних опіків у дітей та підлітків. Це стає серйозною медичною та соціальною проблемою, яка вимагає невідкладних заходів профілактики та лікування.

Мета. Цей реферат має на меті проаналізувати проблему сонячних опіків у дітей та підлітків, визначити їх наслідки для здоров'я та розглянути ефективні заходи профілактики та надання першої допомоги.

Короткий виклад матеріалу.

1. Сонячний опік: Визначення. Сонячний опік виникає в результаті попадання великої кількості УФ-випромінювання на шкіру, що призводить до паління та пошкодження верхніх шарів шкіри. Наслідки сонячних опіків можуть бути найрізноманітнішими, починаючи від червоної шкіри та болю при найлегшому ступені, до серйозних ожогів, навіть іржі, з підвищенням температури тіла та загрози для життя у важких випадках. У дітей та підлітків особливо важливо запобігати сонячним опікам, оскільки їхня шкіра більш чутлива та схильна до пошкоджень.

2. Чому діти та підлітки особливо вразливі до сонячних опіків?

- У дітей верхній шар епідермісу розвинений не повністю, тому в них частіше виникають теплові удари та опіки. Шкіра дітей та підлітків є значно тоншою

порівняно з дорослими. Це означає, що ультрафіолетові (УФ) промені легше проникають у верхні шари шкіри, призводячи до швидшого пошкодження клітин. Дітям до року рекомендується взагалі уникати контакту з сонцем (захищати голову від сонця обов'язково)

- Менший рівень меланіну: Меланін - це пігмент, що надає шкірі темний колір і є природним захистом від УФ-променів. У дітей та підлітків рівень меланіну є нижчим, тому їхня шкіра менше захищена від сонячних опіків. важливо уникати опіків в дитинстві тому що вони впливають на розвиток злоякісних захворювань в більш старшому віці.

- Збільшений час на сонці : Діти та підлітки часто проводять багато часу на відкритому повітрі, особливо влітку, коли сонце найактивніше.

3.Наслідки.

Сонячні опіки у дітей можуть мати серйозні наслідки для їхнього здоров'я та загального самопочуття.

- біль : в першу чергу будь який опік супроводжується болем
 - Лихоманка можлива у серйозних випадках
- З потенційних ускладнень це:
- Сонячний удар: сильні сонячні опіки можуть призвести до сонячного удару, що є серйозним медичним станом, який потребує негайної медичної допомоги.
 - Інфекції та рубці: Пошкодження шкіри внаслідок опіків може збільшити ризик інфекцій та залишити рубці на шкірі.
 - Опіки можуть призвести до шпилькоподібних шрамів, які можуть залишитися на шкірі дитини назавжди.
 - І як на мене саме важливе: це дуже сильно збільшує ризик передракових уражень шкіри та раку шкіри.

4. Заходи Профілактики. Профілактика сонячних опіків у дітей та підлітків - це ключовий аспект збереження здоров'я шкіри та запобігання негативним наслідкам від ультрафіолетових (УФ) променів сонця. Давайте розглянемо детальніше кожен з рекомендацій:

- Використання сонцезахисних засобів:
- Вибирайте сонцезахисний крем з високим SPF (фактором захисту від сонця) - не менше SPF 30. Краще використовувати креми, які захищають від ультрафіолетових променів А (UVA) та В (UVB).
- Наносіть сонцезахисний крем щонайменше за 15-30 хвилин до виходу на сонце, щоб дозволити йому адекватно вбратися в шкіру.
- Переносьте крем для сонця та перевіряйте його термін придатності. Перенесення крему є особливо важливим під час довгих виїздів або прогулянок.
- Обмеження перебування на сонці у пікові години:
- Уникайте тривалого перебування на сонці в період з 10 ранку до 4 вечора, коли УФ-промені найбільш інтенсивні.
- Якщо перебування на сонці неминуче, намагайтеся шукати тінь чи перебувати під накриттям, таким як парасолька або навіс.
- Використання захисного одягу та головних уборів:
- Оберіть одяг з тканини, яка має високу захисну властивість від сонця, наприклад, легкий, темний та щільний матеріал.
- Не забувайте про головні убори, такі як широкополі капелюхи або солом'яні ковбойські шляпи, які захищають обличчя, шию та вуха від сонця.

5. Перша Допомога та Лікування. Перша допомога в домашніх умовах.

1. Перенесіть дитину в тінь. Буде краще, якщо ви негайно підете в приміщення, таким чином ви мінімізуєте потрапляння ультрафіолетових променів на шкіру.
2. Обітріть малюка холодною водою або прикладіть мокрий рушник на пошкоджені ділянки.
3. При необхідності дайте потерпілому жарознижувальну, наприклад, Ібуфен ®.
4. Забезпечте дитини достатньою кількістю води для заповнення дефіциту рідини.
5. Помастіть уражену шкіру дитячої маззю з протизапальною дією. Якщо стан дитини не стабілізується або настало погіршення, зверніться за медичною допомогою.

б.Фототип шкіри по Фіцпатріку. Фототип шкіри - це характеристика, яка визначає, наскільки швидко ваша шкіра засмагає та наскільки вона схильна до сонячних опіків. Враховуючи свій фототип, ви можете вибрати оптимальний захист від сонця. В залежності від того який у людини фототип потрібно керувати тривалістю перебування на сонці та вибором сонцезахисних засобів (сонцезасоби створюють певний екран на шкірі який відбиває більшість сонячних променів, вони все одно проникають але не мають такої пошкоджуючої дії)

Для дітей рекомендований фактор засобу від 15 і вище. Існує 6 фототипів від най світлішого до найтемнішого. 1 фототип - світло бліда шкіра з рожевим відтінком. Люди з цим типом шкіри вкрай чутливі до сонця, контакт з сонцем викликає сонячні опіки, практично не засмагають. Мають руде волосся, веснянки на обличчі, світлий колір очей. 2 фототип- шкіра біла. Цей фототип є також дуже чутливим до сонця. Люди з цим фототипом легко отримують сонячні опіки, погано набувають загар. Шкіра при засмазі досягає за інтенсивністю світло-коричневого кольору. Світла шкіра, світле або каштанове волосся. За етнічною належністю це європейці або північні азіати.

3 фототип - світло-коричневою шкірою. Чутливі до сонця, іноді отримують сонячні опіки, загоряють до світло-коричневого кольору. Етнічно це європейці з темним типом шкіри, азіати.

4 фототип - помірно чутливі до сонця, рідко отримують сонячні опіки. Добре набувають загар до помірно-коричневого кольору. Етнічно це жителі Середземномор'я, близькосхідні європейці, південні азіати.

5 фототип - шкіра має темно-коричневий колір. Стійкі до впливу сонця, практично не отримують сонячні опіки, добре набувають загар. Етнічно це частина іспанців, частково африканці.

• 6 фототип - шкіра має колір від темно-коричневого до чорного. Дуже стійкі до впливу сонячних променів, ніколи не отримують сонячних опіків. Етнічно африканці, сонцезахисний крем з SPF 15 або менше.

Неконтрольовані дози ультрафіолету є найбільшим поштовхом який здатен викликати процеси злоякісного переродження клітин є група ризику по меланомі в яку входять люди зі світлою шкірою, ті в кого в анмнезі вже була меланома в сім'ї, ті в кого є багато родимок. Статистика показує, що найбільша кількість сонячних опіків у дітей стається у віці від 0 до 14 років. Ось деякі конкретні вікові категорії, які є найбільш вразливими до сонячних опіків:

- **Дошкільний вік (0-5 років):** Діти в цьому віці особливо вразливі до сонячних опіків через їхню чутливу шкіру та недостатність механізмів захисту. Часто це відбувається через те, що батьки можуть не використовувати достатньо сонцезахисних засобів або не дотримуватися інших профілактичних заходів.
- **Дошкільний вік (6-12 років):** У цьому віці діти часто більш активні та можуть проводити більше часу на вулиці, особливо влітку. Шкіра дітей в цьому віці залишається чутливою, але вони можуть бути менш обережними, що також збільшує ризик сонячних опіків.
- **Підлітковий вік (13-18 років):** Підлітки також є високою ризиковою групою для сонячних опіків, особливо ті, які активно займаються спортом або проводять багато часу на відкритому повітрі. У цьому віці вони можуть бути більш незалежними від своїх батьків та менше уважними до захисту від сонця.
- Ці вікові категорії мають найвищу вірогідність отримання сонячних опіків через їхні особливості та активність на відкритому повітрі. Тому важливо, щоб батьки, наглядачі та самі підлітки усвідомлювали важливість захисту від сонця та вживали відповідні заходи профілактики.

Висновки Сонячні опіки у дітей та підлітків є серйозним проблемою, яка вимагає уваги. Захист шкіри від сонця, профілактика та правильне лікування є важливими елементами збереження здоров'я шкіри та запобігання небажаних наслідків сонячного ураження.

9. ЗАГАДКОВЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ВІТІЛІГО

Доповідачка: Хомуляк Юлія-Марія (ІЛС-3, відділення «Лікувальна справа», базовий коледж Львівський медичний фаховий коледж «Монада»).

Наукова керівниця: викладачка шкірних хворіб, вищої кваліфікаційної категорії
Костів З.П.

Актуальність. Вітіліго є актуальним питанням в галузі дерматології та загального здоров'я через кілька ключових причин:

1. Поширеність: Вітіліго є одним з найпоширеніших розповсюджених пігментних порушень шкіри, захворюванням. За даними ВООЗ, на вітіліго страждає 0,5-8,2% всього населення світу, це становить близько 40 мільйонів людей. Це означає, що мільйони людей по всьому світу мають це захворювання, що робить його значним епідеміологічним фактором.

2. Психосоціальні аспекти: Вітіліго може мати значний психологічний та соціальний вплив на хворих. Втрата пігменту шкіри може призвести до почуття стигми, нездатності приховати захворювання та негативно позначитися на якості життя. Дерматологічний індекс якості життя хворих вітіліго становить 4,95, що значно нижче порівняно з якістю життя при атопічному дерматиті, вугровій хворобі і вульгарному псоріазі

3. Медичні дослідження та терапія: Незважаючи на те, що існують методи лікування, такі як фототерапія, лікарські препарати та хірургічні методи, які можуть допомогти у керуванні вітіліго, ця хвороба все ще викликає виклик для медичних наук. Дослідження продовжуються з метою розуміння причин, що лежать в основі цього захворювання, а також розвитку більш ефективних методів лікування.

4. Публічна свідомість та освіта: Зростаючий інтерес до здорового способу життя та впливу психічного здоров'я на загальне благополуччя підкреслює важливість освіти та підтримки для людей з вітіліго. Підвищення свідомості про це захворювання допомагає зменшити стигматизацію та підвищити доступність до лікування та підтримки.

Отже, вітіліго залишається актуальною темою, яка потребує подальшого дослідження, уваги медичної громадськості та розвитку ефективних методів лікування.

Мета.

1. Розуміння причини і механізмів розвитку захворювання: Вивчення вітіліго спрямоване на розкриття механізмів, що стоять за цим захворюванням. Це включає вивчення ролі імунної системи, генетичних факторів, середовища та інших факторів, які можуть впливати на розвиток вітіліго.

2. Покращення якості життя пацієнтів: Однією з метою дослідження вітіліго є розробка і впровадження стратегій, які допомагають пацієнтам краще керувати своїм захворюванням та покращують їх якість життя. Це може включати психологічну підтримку, освіту пацієнтів та розвиток ресурсів для забезпечення підтримки.

3. Зменшення стигми та підвищення свідомості: Дослідження вітіліго також може сприяти зменшенню стигми, пов'язаної з цим захворюванням, та підвищенню свідомості про нього. Це важливо для покращення якості життя пацієнтів та забезпечення їм належної підтримки та розуміння від оточуючих.

Короткий виклад матеріалу. Вітіліго – аномальний стан шкіри, дерматоз, за якого на тілі з'являються білі плями депігментації, у цих ділянках зменшується кількість меланоцитів. Загрози життю патологія не становить, але завдає косметичних дефектів та психологічного дискомфорту. Виникнувши в дитини, вітіліго здатне спричинити психологічну травму та завадити соціальній адаптації вже в зрілому віці.

Причини і механізм розвитку захворювання: Наука точно не знає, чому та або інша ділянка шкіри лишається без меланоцитів і з'являється вітіліго. Вважається, що ця дисхромія – хронічний поліетіологічний дерматоз, у розвитку якого беруть участь різні чинники:

- генетичні особливості, спадковість;
- розлади у функції вегетативної нервової системи;
- аутоімунні процеси;

- інфекційні хвороби; гельмінти;
- проблеми з функцією внутрішніх органів та ендокринних залоз (щитоподібна);
- психоемоційна травма;
- розлади діяльності залоз внутрішньої секреції головного мозку (нейроендокринні порушення).

Дослідники виділили кілька форм вітіліго, а саме генералізоване та сегментарне. Перший тип вітіліго (також відоме як несегментарне вітіліго), який є найпоширенішим, передбачає втрату пігменту у шкірі по всьому тілу. Депігментація зазвичай відбувається на обличчі, шиї та шкірі голови та навколо природних отворів тіла, таких як рот та статеві органи. Втрата пігментації також часто спостерігається в областях, які, як правило, зазнають розтирань, ударів або інших травм, таких як кисті, руки та місця, де кістки знаходяться близько до поверхні шкіри. Інша форма, яка називається сегментарним вітіліго, пов'язана з меншими ділянками депігментованої шкіри, які з'являються з одного боку тіла на обмеженій ділянці. Таке явище спостерігається приблизно у 10 відсотків постраждалих людей.

Вітіліго вважається аутоімунним розладом. У людей з цією проблемою імунна система атакує власні пігментні клітини (меланоцити) в шкірі. Приблизно від 15 до 25 відсотків людей з вітіліго страждають принаймні від одного додаткового аутоімунного розладу, зокрема захворювання щитоподібної залози, ревматоїдного артрити, діабету 1 типу, псоріазу, перніціозної анемії, хвороби Аддісона або системного червоного вовчака. Оскільки їм не вистачає меланоцитів, макули більш чутливі до сонячного світла, ніж решта шкіри, тому вони будуть отримувати опіки, а не засмагати. Люди з вітіліго можуть мати деякі відхилення в сітківці (внутрішній шар ока, що містить світлочутливі клітини), і деякі кольори у райдужних оболонках (кольорова частина ока). У деяких випадках спостерігається деяке запалення сітківки або райдужки, але зір, як правило, не страждає. За відсутності інших аутоімунних захворювань вітіліго не впливає на загальний стан здоров'я та фізичне функціонування. Однак

стурбованість зовнішнім виглядом та етнічною ідентичністю є важливими проблемами для багатьох постраждалих людей.

Було проведено чимало досліджень щодо причин та механізмів розвитку даного захворювання. Ранні клініцисти вважали, що воно також було аутоімунним, через високу частоту прояву в поєднанні з іншими аутоімунними розладами. Антитіла до меланоцитів були виявлені в крові таких пацієнтів, що, здавалося, підтверджувало цю ідею. Потім інші дослідники виявили, що меланоцити хворих на вітіліго були аномальними, тому стверджували, що це переважно дегенеративне захворювання меланоцитів, і будь-які спостережувані імунні реакції були лише вторинними щодо цієї дегенерації. Згодом обстеження ураженої шкіри під мікроскопом виявило, що Т-клітини знаходились поруч із відмираючими меланоцитами, знову припускаючи, що імунні клітини є ключовими у розвитку захворювання. В наступних експериментах виявили, що виділені з депігментованих ділянок Т-лімфоцити, які помістили на неушкоджену шкіру того ж пацієнта, вбивають меланоцити у цьому місці, що довело, що Т-клітини необхідні для розвитку вітіліго у пацієнта.

Але й генетика впливає на всі ці шляхи. Ненормальні меланоцити утворюються, швидше за все, через їх генетичний склад. Особливими є два гени - NLRP1 і RPTN22. Ген NLRP1 кодує амінокислотну послідовність білка, який бере участь в імунній системі, допомагаючи регулювати процес запалення. Потім організм зупиняє (гальмує) запальну реакцію, щоб запобігти пошкодженню власних клітин і тканин. Ген RPTN22 містить інструкції щодо створення білка, який бере участь у передачі сигналів, що допомагає контролювати активність клітин імунної системи, які називаються Т-клітинами. Т-клітини ідентифікують чужорідні речовини та захищають організм від інфекції. Варіації генів NLRP1 та RPTN22, які пов'язані з підвищеним ризиком розвитку вітіліго, ймовірно, впливають на активність білків NLRP1 та RPTN22, ускладнюючи для організму контроль запалення та запобігання атаці імунної системи на власні тканини. З'ясовано, що саме наявність цих генів, грає вирішальну роль у зв'язку вітіліго з іншими аутоімунними захворюваннями. Але

виявлені інші варіанти генів, що впливають на ризик розвитку вітіліго в масштабах всього генома:

1. RERE - ген повторюваного дипептида аргінін / глутамат (RE), який бере участь в генетичній регуляції і в деяких випадках запускає апоптоз («запрограмовану» загибель клітини);

2. RTPN22 - ген лімфоїдної тирозинфосфатази, мутації в якому можуть викликати діабет першого типу, ревматоїдний артрит, вовчак, дифузний токсичний зоб;

3. HLA-A / HLA-DRB1 - гени білків головного комплексу гістосумісності підтипів I і II, розташовані в шостій хромосомі.

4. TYR - ген тирозинази, що відповідає за синтез меланіну. Мутація в цьому гені також може привести до альбінізм.

Переважає більшість генів, пов'язаних з розвитком вітіліго, вже помічені у взаєминах з іншими аутоімунними захворюваннями, і тільки ген тирозинази (TYR), безпосередньо бере участь у синтезі меланіну, не має ніякого відношення до імунної системи. Мутантна форма тирозинази (R402 → Q402) практично перестає робити пігмент (що і призводить до появи білих плям), такий її варіант стає імуногенним для власного організму, - саме мутантна тирозиназа є основним аутоантигеном при вітіліго. Однак є і позитивний бік цих змін, виявляється, що алельна форма тирозинази, характерна для вітіліго, виявляється виключною по відношенню до іншого аллельного варіанту, що викликає меланому, тобто знижує ймовірність виникнення пухлини.

Таким чином, була розроблена "Теорія конвергенції вітіліго, яка припускає, що аномальні меланоцити викликають запалення в шкірі, що призводить до Т-клітинного вбивства меланоцитів. Це пов'язало як генетичні та стресові, так і аутоімунні теорії.

Покращення якості життя пацієнтів з вітіліго може бути досягнуто за допомогою різноманітних підходів та стратегій. Ось деякі з них:

Психологічна підтримка: Для багатьох пацієнтів важливо мати можливість розмовляти з психологом або психіатром, щоб допомогти їм управляти стресом, депресією та зниженням самоповаги, які можуть виникати внаслідок вітіліго.

Інформованість та освіта: Для пацієнтів важливо розуміти своє захворювання, його можливі наслідки та доступні методи лікування. Чим більше інформації вони мають, тим краще можуть управляти своїм станом. Одна з проблем людей з вітіліго у тому, що хвороба загалом маловивчена. І якщо у деяких країнах світу вивчають патогенез, досліджують та тестують ліки, то в Україні наразі навіть немає статистики щодо кількості хворих на вітіліго. Ми орієнтуємось на загальносвітову, згідно з якою у світі орієнтовно 1.5-2% людей мають цей аутоімунний розлад

Підтримка спільноти: Участь у групах підтримки та спілкування з іншими людьми, які також стикаються з вітіліго, може допомогти пацієнтам відчувати себе менш самотніми та зрозумілими.

Захист від сонця: Захист від ультрафіолетового випромінювання є важливим для пацієнтів з вітіліго, оскільки їх шкіра більш схильна до сонячних опіків та ризику розвитку раку шкіри. Рекомендується використовувати сонцезахисні креми з високим SPF, носити захисний одяг та уникати сонячних опіків.

Косметичні методи: Деякі пацієнти можуть відчувати психологічний дискомфорт через зміни у зовнішності, спричинені вітіліго. Для деяких з них важливо мати доступ до косметичних методів, таких як грим, який допомагає приховати білі плями та полегшує їхні стосунки зі суспільством.

Лікування та управління станом: Хоча вітіліго не має повного лікування, деякі методи лікування, такі як фототерапія, топічні стероїдні креми та імуномодулюючі препарати, можуть допомогти зменшити розповсюдження вітіліго або його симптоми.

Висновки. Вітіліго – це хвороба, яка характеризується втратою пігменту в шкірі, що призводить до появи білих плям. Вона може виникати в будь-якому віці, але частіше починає розвиватися в ранньому дорослому віці. Основні причини вітіліго досі не повністю зрозумілі, але припускають, що це аутоімунне

захворювання, коли імунна система організму атакує власні клітини, що виробляють пігмент.

Основні ознаки вітіліго включають:

Білі або світлі плями на шкірі, які можуть збільшуватися з часом. Втрата пігменту в областях шкіри, слизових оболонках та волосся.

Лікування вітіліго може варіюватися від застосування медикаментів та фізіотерапії до хірургічних методів, таких як пересадка шкіри. Проте важливо зазначити, що немає жодного універсального методу лікування, який би гарантував повневилікування. Захворювання вітіліго може мати значний вплив на якість життя пацієнтів, особливо з психологічної точки зору, через стигматизацію та естетичні аспекти. Тому підтримка пацієнтів, яка включає як медичні, так і психологічні аспекти, є важливою складовою лікування. У майбутньому дослідження щодо механізмів розвитку вітіліго та вдосконалення методів лікування можуть привести до більш ефективних та ефективних підходів до управління цим захворюванням.

10. ІНСУЛЬТ

Доповідачка: Мороз Дарина (ІМС-2, відділення «Сестринська справа», базовий коледж ВПНЗ Медичний фаховий коледж «Монада»).

Науковий керівник: Луцевський Назар Леонідович викладач медсестринства в неврології.

Актуальність. Інсульт часто називають «судинною катастрофою». Та й справді, хвороба розвивається несподівано, швидко і часто призводить до вкрай несприятливих наслідків, змушуючи близьких хворого шукати шляхи реальної ефективної допомоги. Не варто думати, що інсульт — прерогатива людей пенсійного віку. Жертвами «судинної катастрофи» можуть стати активні молоді люди, особливо ті, хто веде повноцінне життя, займається інтелектуальною працею, керує бізнесом чи великими проектами... До того ж, в Україні щорічно реєструється більше 100 тисяч інсультів, тому для багатьох сімей це не пустий звук, а реальна проблема, яку доводиться вирішувати.

Мета. Головною метою даного матеріалу є інформування громадськості про інсульт як серйозне захворювання центральної нервової системи, спричинене порушенням кровообігу в мозку. Крім того, метою є підвищення усвідомлення про фактори ризику інсульту, вчасне виявлення його симптомів, а також надання інформації про можливості попередження та лікування цього захворювання. Основною метою є зменшення випадків інсульту шляхом освіти, профілактики та підвищення якості медичної допомоги у випадках інсульту.

Матеріал. Інсульт виникає тоді, коли припиняється або значно послаблюється надходження крові до частини мозку. В результаті цього мозок не отримує в достатній кількості кисень та необхідні йому поживні речовини. Через кілька хвилин клітини мозку починають помирати.

При інсульті порушується потік крові через мозок і відбувається пошкодження мозкової тканини. Є два основних типи інсульту. Найпоширеніший тип - ішемічний інсульт - результат блокади току крові по артерії. Інший тип - геморагічний інсульт – відбувається в результаті крововиливу із судини мозку. Транзиторна ішемічна атака (ТІА) - іноді називають мікроінсультом – виникає в результаті тимчасового порушення кровотоку через мозок.

Фактори ризику

Багато факторів можуть збільшити ризик розвитку інсульту. Деякі з цих факторів також збільшують ризик розвитку захворювань серця.

Фактори ризику інсульту включають:

- 1.Наявність особистого або сімейного анамнезу інсульту, інфаркту або ТІА
- 2.Вік 55 років і старше.
- 3.Високий кров'яний тиск. Ризик інсульту починає рости з ростом артеріального тиску вище 115/75 мм рт.ст.
- 4.Високий рівень холестерину - загальний рівень холестерину вище 5,2 ммоль / л.
- 5.Куріння сигарет або пасивне куріння.
- 6.Діабет.

7. Надмірна вага (індекс маси тіла від 25 до 29) або ожиріння (індекс маси тіла від 30 і вище).

8. Відсутність фізичної активності.

9. Серцево-судинні захворювання, у тому числі серцева недостатність, вада серця, серцеві інфекції або порушення серцевого ритму.

10. Використання протизаплідних таблеток або гормональної терапії, які включають естроген.

11. Вживання алкоголю.

12. Використання наркотиків.

У зв'язку з тим, що ризик інсульту зростає з віком, і жінки, як правило, живуть довше, ніж чоловіки, інсультом частіше хворіють і вмирають від нього жінки.

Ускладнення. Інсульт може викликати тимчасову або постійну інвалідність, в залежності від часу, на протязі якого мозок страждає від відсутності кровотоку і від того, яка частина мозку постраждала. Ускладнення можуть включати:

Параліч або втрата м'язових рухів. Іноді відсутність кровотоку мозку може викликати параліч однієї сторони тіла або втрату контролю над певними м'язами, наприклад, на одній стороні обличчя людини. Фізіотерапія може привести до покращення рухів м'язів або зменшення паралічу.

Порушення мови або ковтання. Інсульт може призвести до порушення контролю над м'язами в горлі та роті, що затруднює мовлення, ковтання та процес їжі в цілому. Для людини наявність афазії може бути важким станом, при якому вона відчуває труднощі вираження думок за допомогою мови. Заняття з логопедом та психотерапевтом може поліпшити цей стан.

Втрата пам'яті або проблеми з розумінням. Як правило, люди, які перенесли інсульт, мають певні порушення пам'яті. Інші можуть відчувати труднощі при прийнятті рішень, міркувань і розуміння концепцій. Покращення може бути зв'язане з реабілітаційною терапією.

Біль. Деякі люди, які перенесли інсульт, можуть скаржитись на біль, оніміння або інші дивні відчуття в тих частинах тіла, які постраждали від інсульту. Наприклад, якщо інсульт викликав втрату відчуття в лівій руці, ви можете відчувати поколювання в цій руці. Ви також можете стати чутливим до змін температури. Це називається центральний біль при інсульті або центральний больовий синдром. Зазвичай ускладнення розвивається через кілька тижнів після інсульту і з часом може проходити. Іноді потребує лікування.

Зміни в поведінці і самодопомога. Люди, які перенесли інсульт, можуть стати більш замкнутими і менш соціально активними. Вони можуть втратити здатність піклуватися про себе і часто потребують стороннього догляду і повсякденної турботи. Як і при будь-якій черепно-мозковій травмі, успіх лікування цих ускладнень буде варіювати від людини до людини.

Висновок: Інсульт - це серйозне захворювання, яке може мати негативний вплив на життя людини та її оточуючих. Вчасне виявлення симптомів, розуміння факторів ризику і вжиття запобіжних заходів можуть допомогти у попередженні цього захворювання. Лікування інсульту вимагає негайної медичної допомоги та реабілітації для максимального відновлення функцій організму. Посвячення уваги попередженню та лікуванню інсульту є важливим кроком у підтримці громадського здоров'я та поліпшенні якості життя населення.

11. ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

Доповідачка: Хомишин Вікторія (1 МС-2 , відділення «Сестринська справа» , базовий коледж ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада».

Наукова керівниця: викладачка медсестринства у психіатрії **Рибак Наталія Ярославівна.**

Актуальність: Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є серйозною проблемою здоров'я, яка впливає на життя мільйонів людей по всьому світу. Це психічне розлад, що виникає в результаті досвідування травматичних подій, таких як війни, катастрофи, насильство або важкі події у особистому житті. Зростаюча увага до психічного здоров'я робить цю тему надзвичайно

актуальною, оскільки вплив ПТСР на якість життя і роботу може бути надзвичайно руйнівним.

Мета: Ця стаття призначена розглянути поширеність, симптоми та наслідки ПТСР, а також надати інформацію щодо способів діагностики, лікування та попередження цього розладу.

Короткий зміст матеріалу:

1. Визначення ПТСР та його причини:

- Опис того, що таке ПТСР і які події можуть призвести до його розвитку.
- Виділення ключових факторів, які сприяють виникненню ПТСР.

2. Симптоми і прояви ПТСР:

- Детальний огляд психологічних, емоційних та фізичних симптомів.
- Пояснення того, які ситуації або події можуть викликати симптоми.

3. Вплив ПТСР на фізичне і психічне здоров'я:

- Аналіз наслідків ПТСР на психічне здоров'я, роботу та відносини людини з оточуючими.
- Висвітлення можливих побічних ефектів ПТСР на фізичне здоров'я, таких як серцеві захворювання та інші.

4. Діагностика ПТСР: методи та інструменти:

- Пояснення процесу діагностики ПТСР, включаючи інструменти та методики, що використовуються.
- Опис симптомів, які лікарі використовують для постановки діагнозу

5. Лікування ПТСР: психотерапія, ліки та інші методи:

- Огляд різних методів лікування ПТСР, включаючи психотерапію, фармакологічні препарати та альтернативні підходи.
- Поради з вибору оптимального методу лікування залежно від індивідуальних потреб пацієнта.

6. Попередження ПТСР: стратегії самодопомоги та підтримка:

- Надання порад щодо запобігання ПТСР після травматичних подій.
- Визначення стратегій самодопомоги та підтримки, які можуть допомогти у зменшенні ризику розвитку ПТСР.

Висновок: Посттравматичний стресовий розлад - серйозна проблема, яка потребує уваги та вивчення. Яка може виникнути у будь-якої людини після травматичної події. Знання про симптоми, методи діагностики та лікування ПТСР важливо для забезпечення належного підходу до пацієнтів і покращення їх якості життя. Також може допомогти полегшити страждання, що стикаються з цим розладом. Подальше дослідження та освіта на цю тему є важливими для підвищення освіченості та зменшення впливу ПТСР на суспільство та підвищення рівня психічного здоров'я населення.

12. ЕКОЛОГО-ГІГІЄНІЧНІ ПРОБЛЕМИ УТИЛІЗАЦІЇ МЕДИЧНИХ ВІДХОДІВ У НАШІЙ КРАЇНІ Й ЗА КОРДОНОМ

Доповідач: **Омельчук Владислав** (ІЗТ-1, відділення «Стоматологія», Луцька філія ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»).

Наукові керівники: викладач біології та екології, зав. відділенням «Медсестринство» **Свіжак В.М.**; к. біол. н., викладач анатомії **Шварц Л.О.**

Актуальність. Незаперечний факт, що утилізація медичних відходів створює значні еколого-гігієнічні виклики, оскільки ці матеріали можуть містити небезпечні хімічні сполуки та інфекційні агенти. Неконтрольоване видалення може призвести до забруднення ґрунту та водних ресурсів, а також створити загрозу для здоров'я людей і екосистем.

Мета. Дослідити шляхи утилізації медичних відходів, щоб мінімізувати негативний вплив на навколишнє середовище.

Короткий виклад матеріалу. Медичні установи виробляють різні відходи, включаючи шприци, заражені матеріали, хімічні речовини, відпрацьовані ліки та апаратні елементи. Ці матеріали потребують особливого управління та безпечної обробки через їх можливу небезпеку для здоров'я та навколишнього середовища. Лікарські заклади та лабораторії створюють значну кількість відходів під час діагностики, лікування та профілактики. Ці відходи можуть містити хімічні, токсичні, канцерогенні, мутагенні та радіаційні ризики, сприяючи потенційній травматизації та інфікуванню.

Класифікація та основні характеристики медичних відходів:

- категорія А – епідемічно безпечні медичні відходи,
- категорія В – епідемічно небезпечні медичні відходи,
- категорія С – токсикологічно небезпечні медичні відходи,
- категорія D – радіологічно небезпечні медичні відходи.

Загальна мета **законодавчої бази** не лише контролювати відходи, а й створювати систему, що сприяє сталому використанню ресурсів та забезпечує ефективний та екологічно безпечний цикл управління медичними відходами. Такий підхід сприяє не лише охороні здоров'я, а й збереженню природних ресурсів та зниженню негативного впливу на довкілля (Наказ МОЗ України від 09.06.2023 № 1062 «Про Розподіл контейнерів для збору (утилізації) медичних відходів, закуплених за кошти Державного бюджету України на 2021 рік»).

Екологічні наслідки впливу медичних відходів на довкілля та здоров'я населення: загроза біорізноманіттю, забруднення ґрунту та водойм, поширення інфекційних захворювань, погіршення якості повітря, негативний вплив на рекреаційні території.

Ефективність систем утилізації у порівнянні різних систем та їх вплив на екологію: сортування та рециклінг, спалювання, піроліз, біологічна обробка, хімічна дезактивація.

Освіта та усвідомленість.

- **Піроліз.** Цей процес використовує високі температури у відсутності кисню для розкладання органічних відходів на гази та тверді залишки.
- **Автоклавна стерилізація.** Застосовується для обробки медичних відходів за допомогою високого тиску та пари.
- **Біологічна обробка.** Використовує мікроорганізми для розкладання органічних складових медичних відходів.
- **Хімічна дезактивація.** Застосовує хімічні речовини для дезактивації інфекційних матеріалів у медичних відходах.
- **Вторинне використання.** Деякі медичні відходи можуть бути перероблені для отримання вторинної сировини або енергії.

Стан інфраструктури для утилізації медичних відходів: система сортування та збору, транспортування та зберігання, обробка та утилізація, система моніторингу та контролю, взаємодія з громадою.

Ініціативи та проєкти щодо зменшення впливу медичних відходів.

«Зелена лікарня». Проєкт спрямований на зменшення екологічного впливу лікарень та інших медичних установ.

«Зелений кабінет лікаря». Ініціатива, спрямована на медичні кабінети та лікарські практики для впровадження екологічності у щоденну діяльність. Включає в себе використання вторинних матеріалів, раціональне використання ресурсів та ефективну утилізацію медичних відходів.

«Зелена аптека». Програма, що спрямована на зменшення використання пластикових упаковок та небезпечних речовин. Аптеки приєднуються до ініціативи щодо відновлення та утилізації упаковок.

«Зелений амбулаторій». Проєкт, що впроваджує екологічно чисті практики у медичних амбулаторіях, включає в себе використання апаратів з енергоефективністю, сортуванням відходів та навчанням персоналу щодо впровадження «зелених» ініціатив.

«Лікарі за планету». Група медичних працівників, що об'єднані для вивчення та впровадження екологічно чистих практик у медичній сфері. Вони співпрацюють із закладами, організують навчальні заходи та виступають із закликами до влади щодо впровадження «зелених» рішень.

Висновки. Виклики у розвитку системи утилізації медичних відходів: недостатня інфраструктура, неоднакові стандарти, відсутність фінансування, свідомість персоналу. Перспективи: впровадження новітніх технологій, застосування їх у сфері утилізації, таких як піроліз, застосування принципів циркулярної економіки, підвищення екологічної свідомості громади, регулююча база та законодавство, збільшення ресурсозаощадження, зменшення витрат на утилізацію.

13. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У ДІТЕЙ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Доповідачка: Собуцька Олександра (ЛІС-2, відділення «Медсестринство» (фельдшер), Луцька філія ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»).

Науковий керівник: викладач неврології, психіатрії та наркології Подоляк І.В.

Актуальність. В Україні більш як 90 тис. дітей мають проблему соціальної дезадаптації, яка викликана патологією нервової системи. Органічне ураження нервової системи у дітей призводить до соціальної дезадаптації через наявні рухові та когнітивні розлади. ДЦП (Дитячий церебральний параліч) є причиною рухових порушень у дітей.

Мета. Оцінити ефективність лікувально-реабілітаційних заходів для дітей з ДЦП, які застосовуються у закладах охорони здоров'я м. Луцька.

Короткий виклад матеріалу. ДЦП – група захворювань головного мозку, що виникають внаслідок його недорозвинення чи пошкодження в процесі вагітності або пологів, і виявляються руховими розладами, порушеннями мови і психіки, з обов'язковим ураженням центральної нервової системи. Складність інвалідизації є настільки значимою, що близько 20-30% хворих не ходять, не можуть самообслуговуватись, не здатні вчитися. Рання діагностика та розпочате етапне лікування пацієнтів у поєднанні з доглядом та навчанням, при взаємодії лікарів, реабілітологів і педагогів, логопедів призводять до зменшення неврологічного дефіциту.

Основні завдання реабілітації полягають у створенні умов для мінімізації наявних обмежень, профілактиці можливих ускладнень та наслідків, використанні методів фізичної реабілітації для реалізації процесу відновлення, адаптації у соціальному середовищі, навчанні пацієнта виконувати маніпуляції та навички. У своїй роботі розглядаємо реабілітацію пацієнтів за допомогою системи інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації (СІНР) за методом В. Козявкіна і за допомогою препарату «Диспорт».

СІНР – високоефективна технологія лікування пацієнтів з ДЦП. В основі системи реабілітації лежить полімодальний підхід із застосуванням різнобічних методів впливу на пацієнта.

Препарат «Диспорт» містить токсин ботулізму типу А і широко використовується в усьому світі для реабілітації дітей зі спастичними формами ДЦП.

Група досліджуваних складалась із 30 дітей, які мали спастичні форми ДЦП. Юні пацієнти розподілились на 3 групи: контрольна група отримувала курс загальноприйнятого лікування; основна група №1 отримала курс інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації за методом В. Козявкіна, основна група №2 отримала лікування за допомогою препарату «Диспорт».

Ефективність лікування і реабілітації визначалися на основі позитивних змін у фізичній спроможності дітей за допомогою Системи класифікації великих моторних функцій (GMFCS). Для оцінки моторних порушень пацієнтам пропонувалось виконати ряд вправ.

За результатами вправ виділилось 5 рівнів важкості рухових розладів: I рівень (норма) 80-100%; рівень II (легкі порушення) 60-80%; рівень III (порушення середнього ступеня важкості) 40-60%; рівень IV (важкі порушення) 20-40 %; V рівень (дуже важкі порушення) 0-20%. Усі діти з досліджуваних груп відповідали 3 і 4 рівням важкості рухових розладів за шкалою GMFCS.

Група спостереження розподілилась так, як наведено у таблиці (Таблиця 1).

Таблиця 1.

Порівняння ефективності реабілітації за групами

<i>Досліджувані групи</i>		<i>Тест А (%)</i>	<i>Тест В (%)</i>	<i>Тест С (%)</i>	<i>Тест D (%)</i>	<i>Тест E (%)</i>	<i>Шкала GMFCS</i>
<i>Основна група № 1</i>	<i>До</i>	65	60	64	41	39	53,8
	<i>Після</i>	74,3	71	67	52	47	62,26
<i>Основна група № 2</i>	<i>До</i>	57	56,5	61	40	37	50,3
	<i>Після</i>	83,2	65	70	54	41	62,7
	<i>До</i>	63,3	58	63,6	40	40	53

<i>Контрольна група</i>	<i>Після</i>	68	63,8	61,6	46	35	54,9
-------------------------	--------------	----	------	------	----	----	------

Діти основної групи №1 та групи №2 мали значно кращі результати реабілітації, порівняно з контрольною групою (Рисунок 1).

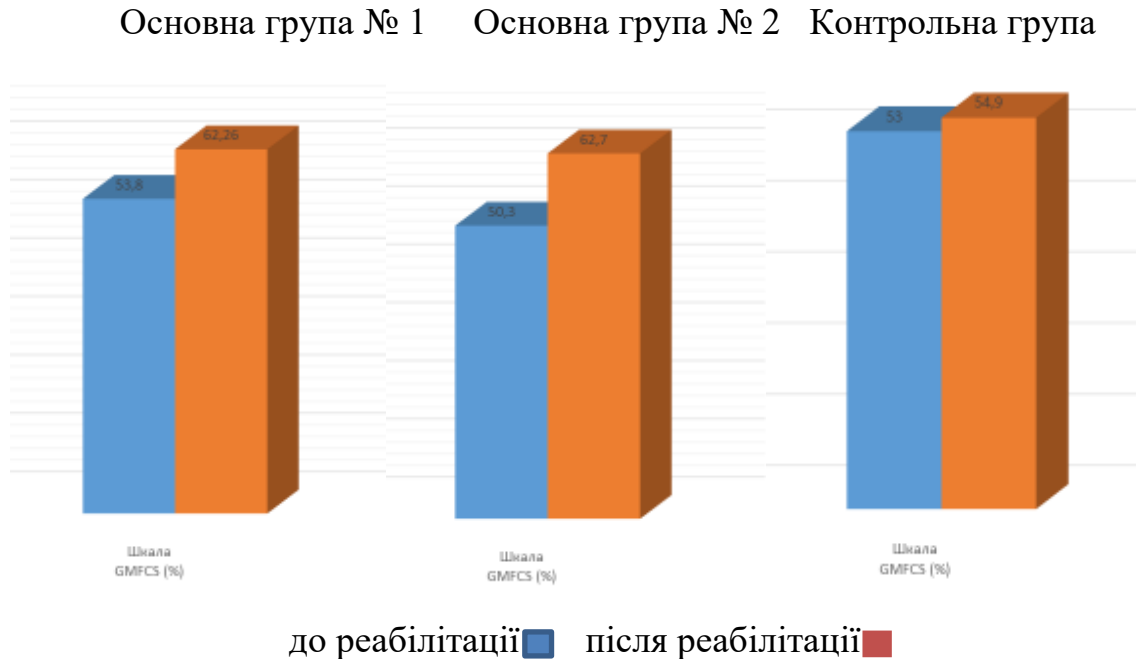


Рисунок 1. Оцінка результатів моторних функцій до і після реабілітації

Найбільша ефективність реабілітації відмічається в основній групі № 1, яка лікувалась препаратом «Диспорт», а на другому місці ефективності система реабілітації за методом В. Козьявкіна.

Висновки.

1. Оцінка моторних порушень та ефективності проведених реабілітаційних заходів за допомогою GMFCS дозволяє оцінити стан дитини.
2. Опрацьовані дані ефективності лікування дітей за методом В. Козьявкіна суттєво не відрізнялися від результатів лікування препаратом «Диспорт».
3. Під впливом проведеного лікування в усіх групах пацієнтів спостерігалась позитивна динаміка.
4. Найвища ефективність реабілітації спостерігалась при лікуванні препаратом «Диспорт».

14. ФІЗІОЛОГІЯ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ

Доповідачі: **Яремко Тетяна, Прокопів Роман** (1-ЛС-1, відділення «Лікувальна справа, базовий коледж Львівського медичного фахового коледжу «Монада»).

Наукова керівниця: викладачка фізіології **Масна О. Я.**

Актуальність. Вивчення фізіології спортивних навантажень має велику актуальність у сучасному спортивному світі з таких причин, як оптимізація тренувального процесу, попередження та лікування травм, підвищення ефективності тренувань та покращення фізичного здоров'я.

Мета. Донести важливість вивчення фізіології спортивних навантажень перед заняттями спортом для профілактики можливих травм і захворювань.

Короткий виклад матеріалу. Фізіологія спортивних навантажень вивчає вплив спортивної діяльності на організм людини. Тренування вносить корективи в діяльність багатьох систем організму. Ці зміни включають збільшення кровообігу, підвищення дихальної діяльності, розширення капілярів у м'язах та інші адаптації, спрямовані на підтримку фізичної активності. Вивчення та розуміння фізіологічних змін в організмі під час та опісля фізичних навантажень допомагає спортсменам та тренерам якісно будувати план тренувань, минаючи можливість отримання травми та захворювань у майбутньому.

Основними термінами в фізіології спортивних навантажень є: фізичне навантаження, інтенсивність, тривалість, об'єм, адаптація, завантаження, відновлення.

Якщо говорити про які саме системи та який вплив навантажень постфактум ідеться, коли ми говоримо про дану сферу, ми можемо відокремити наступне:

1. М'язова система: Під час фізичного навантаження, наші м'язи задіюються максимально, як основний інструмент нашого рухового апарату. Тренування також сприяють збільшенню м'язової маси (гіпертрофія) та поліпшенню координації рухів.

2. Кардіоваскулярна система: Фізичні навантаження покращують функціонування серцево-судинної системи. Це може включати збільшення кардіоваскулярної витривалості, зниження артеріального тиску та покращення кровообігу.

3. Дихальна система: Під час фізичних навантажень збільшується обсяг легеневої вентиляції, що сприяє підвищенню кисневого обміну в легенях і покращує витривалість дихальної системи.

4. Гуморальна система: Тренування може впливати на рівень гормонів, зокрема таких як адреналін (гормон стресу), інсулін (розщеплює глюкозу, джерело енергії), соматотропін (гормон росту). Ці зміни можуть сприяти збільшенню енергетичного обміну та адаптації організму до тренувань.

5. Нервова система: Фізичне навантаження може покращувати функціонування нервової системи, включаючи підвищення швидкості передачі нервових імпульсів та покращення координації рухів, задіює та розвиває рухову пам'ять.

6. Психічний стан: Тренування також має великий вплив на психічний стан людини, сприяючи зниженню рівня стресу, поліпшенню настрою та збільшенню самоповаги.

Адаптація людини до тренувань - це процес, за якого організм або окремі його системи пристосовуються до регулярних фізичних навантажень.

Основні аспекти адаптації є відповідними до систем дії фізичного навантаження, але підкреслює дію саме під час навантаження:

1. М'язове пристосування: Під впливом тренувань м'язи стають сильнішими та більш витривалими. Це може включати збільшення м'язової маси (гіпертрофія), покращення м'язового тону та збільшення м'язової витривалості.

2. Кардіоваскулярне пристосування: Під час тренувань серце стає більш ефективним у перекачуванні крові, що призводить до збільшення кардіоваскулярної витривалості та зниження пульсу у спокої.

3. Дихальна адаптація: Під впливом тренувань легені стають більш витривалими, що дозволяє ефективніше постачати кисень до м'язів під час фізичних навантажень.

4. Ендокринна адаптація: Тренування може призводити до змін у рівні гормонів, таких як інсулін, глюкоза та гормони стресу, що сприяє кращому регулюванню метаболізму та енергетичного обміну.

5. Нервова адаптація: Фізичні тренування можуть покращити швидкість передачі нервових імпульсів та координацію рухів, що дозволяє краще виконувати різноманітні рухові завдання.

6. Психологічне пристосування: Регулярні тренування можуть сприяти покращенню психологічного стану, зменшенню рівня стресу та покращенню самопочуття.

Висновки. Фізіологія спортивних навантажень вивчає вплив фізичних вправ на організм людини і є важливою для спортсменів, оскільки дозволяє їм правильно сформулювати план тренувань для обминання. Під час тренувань та змагань відбуваються численні зміни в серцево-судинній системі, дихальній системі, м'язах та інших системах. Ці зміни включають збільшення кровообігу, підвищення дихальної активності, розширення капілярів у м'язах та інші адаптації, спрямовані на підтримку фізичної активності.

15. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ – ВИСОКОІНТЕНСИВНЕ ТРЕНУВАННЯ ПРИ ІНСУЛЬТІ

Доповідач: Рутиня Артем, (кафедра фізичної терапії, 2-ий курс, КЗВО «Рівненська медична академія»)

Науковий керівник: к. біол. н., доцент Каськів М.В.

Актуальність. Інсульт є однією з основних причин смерті та інвалідності серед дорослих у всьому світі. В Україні щороку реєструється до 140 тисяч нових випадків інсульту. За тією ж статистикою інсульт є другою найбільш ймовірною причиною смерті пацієнтів. Із них біля 85% – це ішемічний інсульт, а 15% – геморагічний. Майже половина інсультників гине протягом 30-и днів, 60% залишаються інвалідами, 20% потребують постійного догляду і лише кожен 5-ий пацієнт має змогу повернутися до праці.

Процес реабілітації, відновлення втрачених функцій вимагає особливої наполегливості і тривалого часу. Профілактика полягає в регулярному обстеженні, дотриманні дієтичних рекомендацій, підтриманні нормальних показників тиску, оскільки небезпека повторних апоплексій висока. До факторів

вторинного ураження мозку належать: гематоми, набряк мозку, гідроцефалія, а також системні ускладнення.

Мета. Визначення ефективності та доцільності використання високоінтенсивних тренувань як методу фізичної терапії для пацієнтів, що перенесли інсульт, з урахуванням їх впливу на фізичні можливості, потенціал реабілітації та загальний стан здоров'я.

Матеріали та методи. Був проведений аналіз наукових досліджень та публікацій, які присвячені високоінтенсивному тренуванню після інсульту, використовувалися бази даних наукових статей: PubMed, ScienceDirect, BMJ Journals, Sciendo. Для детального розуміння усієї картини проводився теоретичний аналіз та узагальнення науково-методичної літератури.

Результати. Інсульт — це гостре порушення мозкового кровообігу, внаслідок якого виникає пошкодження частини головного мозку. До цього в сього ця хвороба також є найдорожчою в плані лікування у всьому світі.

Реабілітація після інсульту – це динамічний процес, під час якого пацієнти з наслідками інсульту відновлюють свої попередні здатності (вміння, навички) чи, коли повне відновлення є неможливим, досягають свого оптимального фізичного, когнітивного, емоційного, соціального та комунікативного рівня функціонування. Реабілітація рекомендована для всіх пацієнтів у перші 24-48 годин після інсульту при стабільному стані пацієнта, що має рівень доказовості А. Перші три місяці після інсульту є найсприятливішим періодом для відновлення втрачених функцій. Основним бажанням пацієнтів після інсульту є відновлення навичок ходьби для здійснення соціальних взаємодій на рівні з іншими.

Ходьба після інсульту характеризується повільною швидкістю, поганою витривалістю та низькою ергономічністю. Серед реабілітаційних парадигм, розроблених для поліпшення рухливості у пацієнтів з інсультом, найпопулярнішим є тренування на біговій доріжці, самотійно або поєднане з частковим підтриманням маси тіла (BWS). Вдосконалення швидкості ходьби такими способами значно перевершує результати, отримані звичайним

тренуванням. Останнім часом було запропоновано нові парадигми тренувань, що включають режими швидкої ходьби та інтенсивного тренування.

Поліпшення мобільності в оточенні та громаді є пріоритетом під час реабілітації інсульту, оскільки знижені фізичні навантаження пов'язані зі зниженням здоров'я та збільшенням витрат на охорону здоров'я. Конкретні порогові ємності локомоції (тобто швидкості та часу ходьби) пов'язані з більшим рівнем мобільності громади, який є критичним з огляду на зростаючу частоту інсультів у молодому віці населення.

Останні практичні вказівки заохочують надання тренування з ходьби, пов'язаного із завданням при більш високій серцево-судинній інтенсивності для покращення як серцево-судинного здоров'я, так і функціонального рівня. Попередні контрольовані дослідження також вказують на те, що кількість та інтенсивність крокових тренувань пов'язані зі збільшенням швидкості ходьби та відстані.

Зокрема, проводилося дослідження, у якому випадково розділили учасників на дві групи: одна група застосовувала стандартне помірне аеробне навчання (МАТ), а друга - інтервальне тренування високої інтенсивності (НІТ). Група МАТ тренувалася на біговій доріжці протягом 45 хвилин тричі на тиждень протягом трьох місяців з помірним темпом. Група НІТ також витрачала 45 хвилин на тренування тричі на тиждень, але ходила енергійно протягом 30 секунд, відпочивала 30-60 секунд і повторювала це. Обидві групи мали подібні результати на початку, але через два та три місяці група НІТ показала значно кращі результати у покращенні мобільності. У кінці трьох місяців група МАТ покращилася на 90%, а група НІТ — на 184% порівняно з базовим рівнем. Це дослідження вказує на важливість інтенсивності у фізичній реабілітації після інсульту.

Висновки. Дослідження показали, що високоінтенсивне тренування сприяє покращенню фізичних функцій та реабілітації пацієнтів після інсульту. Україна, будучи відносно новим учасником у використанні цього методу, потребує подальшого дослідження та уваги. Впровадження високоінтенсивного

тренування у реабілітаційні програми може стати важливим кроком у поліпшенні результатів лікування пацієнтів з інсультом у нашій країні.

СЕКЦІЯ СОЦІОГУМАНІТАРНИХ ДИСЦИПЛІН

1. НЕВТІЛЕНИЙ НАМІР СРСР ЩОДО ФІНЛЯНДІЇ

Доповідачі: Гошовська Олександра, Галушка Анна-Марія (ОФМ-1, відділення “Фармація”, базовий коледж ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»)

Науковий керівник: к.політ.н, викладач історії, Майданюк В.М.

Актуальність: Минуло 82 роки після закінчення радянсько-фінської, або як ще її називають “Зимової війни”, яка має чимало паралелей з сучасною російсько-українською війною, причому російські нацисти працюють за одним і тим самим сценарієм. Зимова війна, яка тривала з 30 листопада 1939 року до 13 березня 1940 року, була конфліктом між Фінляндією та Радянським Союзом. Цей конфлікт був спричинений територіальними претензіями Радянського Союзу до Фінляндії, а також бажанням Сталіна встановити контроль над Карельським перешийком та іншими територіями, щоб забезпечити “безпеку” Ленінграда.

Мета роботи: Детально розглянути привід, причину, перебіг бойових дій та наслідки радянсько-фінської війни.

Короткий виклад матеріалу: приводом для початку війни з Фінляндією став її вихід з СРСР. Причиною стала провокація Радянського Союзу на кордоні 26 листопада 1939 року. Тоді Радянський Союз заявив що Фіни обстріляли радянське прикордонне село Майніла, в наслідок якого загинули, за твердженням Москви, 4 радянських військових. Тоді ж СРСР звинуватили фінів в обстрілі. Перебіг бойових дій був складним і кровопролитним. Цей конфлікт відбувався в основному на північному фронті, де радянські війська виходили на фінські території через Карельський перешийок та інші райони північної Фінляндії. Перші етапи війни характеризувалися бурхливим радянським наступом, але фінські війська демонстрували стійкість та високу бойову майстерність. Фіни використовували тактику "молочні бурі", завдяки якій наносили удари важкою зброєю по радянських колонах, а потім швидко

відступали. Це дозволяло їм завдавати серйозних втрат радянській армії і не залишатися у радянських пастках. Проте радянські сили виявилися значно чисельнішими та краще озброєними, і з часом вони змогли прорватися через фінські оборонні лінії. Особливо тяжкою битвою була битва за лінію Маннергейма, де фінські сили здійснювали героїчний опір радянським військам. У наслідок надзвичайно високих втрат і тиску Німеччини, Фінляндія була змушена підписати мирний договір з Радянським Союзом у березні 1940 року. Згідно з умовами цього договору, Фінляндія втратила частину своєї території, але змогла зберегти свою незалежність.

Паралелі з Україною: Так само, як Кремль вимагає позаблокового статусу України та її гарантій не вступу до НАТО, так і тоді, 1939 року, СРСР прагнув відсунути радянсько-фінський кордон якомога далі від Ленінграда, пояснюючи це тим, що гітлерівська Німеччина може використати територію Фінляндії як плацдарм для нападу на Радянський союз. Абсолютно ідентичним є і такий штамп, як “асвабадітелі”. Як тодішня радянська пропаганда виправдовувала війну необхідністю звільнення фінського кордону, так і сьогоднішню агресію Путін виправдовує потребою “демлітаризації” та “денацифікації” України. Натомість – бомбардування міст і сіл та жорстокі вбивства мирних жителів. Потік брехні з боку путінських окупантів, “безгрішність” російських військ, фантазії Путіна про бліцкриг, переоцінка своїх військових можливостей і недооцінка українських збройних сил та небувалий патріотизм українців – усе це, зрештою, привело до деморалізації та колосальних втрат російської армії. Отже, “військової прогулянки” Україною у Росії, як виявилось, не вийшло, як і далекого 1939 року у Фінляндії.

Висновки: Радянському Союзу не вдалось втілити свій намір щодо Фінляндії. Хоч завдяки тиску Німеччини, йому дісталось 10% від всієї території. Та загарбати всю країну і позбавити її незалежності все ж таки не вийшло. І сьогодні, Росія не змінює своєї тактики, а коли тактика не змінюється, то результат теж залишається незмінним.

2. РУСИФІКАЦІЯ УКРАЇНИ: ЦІЛІ ТА НАСЛІДКИ

Доповідачі: Саврук Вікторія (0 ЗТ-1), Пелешек Марта (0-ЗТ-1), відділення "Стоматологія", базовий коледж ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»)

*Науковий керівник: к.політ.н., викладач історії **Майданюк В.М.***

Актуальність теми. Незважаючи на здобуття Україною незалежності в 1991 році, тривалі наслідки русифікації продовжують впливати на сучасне українське суспільство, підкреслюючи довготривалі наслідки історичної політики. Події, які відбулися 24 лютого 2022 року, стали причиною для відновлення уваги до української мови та культури.

Методи русифікації:

1. Валуєвський циркуляр

Валуєвський циркуляр був таємним розпорядженням міністра внутрішніх справ Російської імперії Петра Валуєва, виданим 18 липня 1863 року. Цей документ наказував призупинити видання значної частини книг, написаних українською мовою, яку вони називали "малоросійською". Згідно з циркуляром, заборонялося публікація релігійних, навчальних і освітніх книг, але дозволялася публікація художньої літератури (яка прославляла владу).

2. Емський указ

Емський указ був розпорядженням російського імператора Олександра II підписаним 30 травня 1876 року. Цей указ був спрямований на обмеження використання української мови в культурній сфері Російської імперії. Він забороняв:

- Ввезення на територію імперії книг, написаних українською мовою, без спеціального дозволу.
- Видання оригінальних творів українською мовою та переклади з іноземних мов.
- Друкування будь-яких книг українською мовою.
- Постановку українськомовних театральних вистав.
- Влаштування концертів з українськими піснями.

- Викладання українською мовою у початковій школі.

Указ діяв до 1905 року.

3. Радянська русифікація

Під радянською владою розпочалася епоха українізації (1923-1930-ті роки), що сприяла впровадженню української мови в освітніх закладах. Проте, з 1933 року влада активно просувала зміцнення російської мови та культури серед усіх народів Радянського Союзу. Ця політика включала:

- Навчання в російських за мовою викладання школах, що сприяло поширенню російської мови серед неросійських народів.
- Ідейну, політичну та культурну ідеологію, яка включала пропаганду російської мови як “мови зв’язку” та “міжнародного спілкування”.
- Переміщення населення та відривання людей від національної групи чи середовища, що також сприяло втраті національної ідентичності.
- Позбавлення етнічної та національної свідомості, що вело до зменшення використання української мови та інших мов народів СРСР.
- Голодомор (1932-1933) відбувся вихід від українізації та початок відновлення русифікаторської політики. Ця катастрофа була спричинена репресивною політикою хлібозаготівлі, яку провадила комуністична влада СРСР. Вона мала на меті упокорити українське селянство, ліквідувати спротив режиму та знищити прагнення до відродження української державності .

Мета русифікації в Україні - це спроба змусити використовувати російську та прийняти російську культуру неросійських етносів, щоб позбавити їх власної ідентичності.

1. **Придушення мови:** в минулому заборона української мови в навчальних закладах та офіційних установах змусила багатьох українців прийняти російську мову, щоб отримати доступ до освіти та можливостей працевлаштування.

14. **Культурний вплив:** нав’язування російської мови як основної призвело до заміни українських звичаїв, свят, традицій . Українська література, мистецтво та музика зазнали обмежень і цензури, що обмежувало вираження української культурної спадщини.

3. **Літературне придушення:** українських письменників примушували до русифікації, створюючи твори російською або стикаючись із цензурою, з якими мали стикалися діячі культури.

4. **Економічний контроль:** використання російської мови в економічних справах є способом збереження економічного контролю над українськими ресурсами.

Результати русифікації в Україні:

- Високий відсоток українців, використовують російську мову у повсякденному житті .
- Небажання частини населення переходити на українську мову .
- Велика кількість топонімів, утворених від прізвищ російських політичних, військових, культурних діячів на території України .
- Перевага на українському телебаченні телепередач російською мовою або показ фільмів, телешоу російського виробництва.
- Популяризація серед українського суспільства російської музики.
- Негативне ставлення деяких українців до демонтажу пам'ятників відомим російським митцям.

Висновок: Сучасне поширення російської мови в Україні є результатом тривалої політики русифікації, та знищення нації (голодомор, репресії, заслання). Термін “російськомовні” українці є одним з наративів російської пропаганди. Дослідження показують , що неможливо виділити “російськомовних громадян” України як окрему соціально-демографічну групу. Серед нас є лише громадяни України, які колись були зросійщені. Наша мова зазнавала низки переслідування і заборон, цілеспрямовані дії спрямовані на заборону та знищення української мови тривають з 1622 року до сьогоднішнього дня. Кілька століть русифікації продовжують впливати на нас досі, нашу мову активно русифікували, вважаючи, що саме так вони знищать українців. Ці фактори призвели до придушення української мови і її відступу від публічної сфери на протязі частини історії України. Однак, наприкінці ХХ століття та в початку ХХІ століття були зроблені значні зусилля для відновлення та

збереження української мови як символу національної ідентичності та культурного надбання українського народу.

3. ДЕНИС КРИВИЙ. ГЕРОЇ НЕ ВМИРАЮТЬ - ВОНИ

ПРОДОВЖУЮТЬ БОРОТЬБУ

Доповідачі: Заторська Марина, Чепурна Аліна (1-ФМ-2, відділення «Фармація», Первомайська філія ВПНЗ Львівський фаховий медичний коледж «Монада»).

Наукова керівниця: Романова В.Л., викладачка історії.

Актуальність теми: 24 лютого 2022 року повномасштабним вторгненням російської армії розпочався новий етап російсько-української війни. Це – народна війна за незалежність і суверенітет України, яка триває з 2014 року. Наступ військ РФ вдалося зупинити завдяки спільним зусиллям українців, які стали на захист держави. Завдяки їм Україна не просто вистояла перед російською навалою, а і стала для всього світу символом незламності та боротьби за свободу.

Мета: Дослідити життєвий шлях та зберегти пам'ять про захисника України – Дениса Кривого, який загинув в боротьбі за незалежність, суверенітет і територіальну цілісність України. Проявити вдячність за жертву — шлях, який щодня обирають українці.

Ми не знаємо, скільки захисників вже полягли за українську незалежність. Проте якою не була б ця цифра, за кожною з них стоїть величезний біль. Пам'ять народу — це те, що забезпечує його єдність. Вшанування пам'яті загиблих воїнів — це наша вдячність за те, що ми можемо жити, працювати й любити. Це зв'язок із тими, хто вже не зможе побачити нашу перемогу.

Проявом великої шани і глибокої поваги є розповідь про нашого земляка Дениса Кривого, Героя України, який загинув на фронті 11 травня 2023 року, рятуючи свого побратима. У нього залишилися дружина та двоє доньок.

Денис – переможець численних фотоконкурсів, учасник виставок фотографій пейзажів і тварин у різних містах України та за кордоном. Окремі

роботи Дениса зберігаються в приватних колекціях на території держав Європи, Північної Америки та Азії.

Денис Кривий народився 19 жовтня 1988 року в с.м.т. Черняхові (нині Черняхівської громади Житомирської області). Закінчив історичний факультет Первомайського інституту Одеського національного університету імені І. І. Мечникова. Ще під час навчання почав захоплюватися фотографією, комп'ютерною графікою, медіадизайном, туризмом.

Значну частину своєї творчості фотомитець присвятив дивовижній природі півдня України – на світлинах йому вдавалося зафіксувати унікальні моменти з життя тутешньої флори та фауни.

У цивільному житті Денис Кривий працював графічним дизайнером. Крім пейзажного фото, він захоплювався анімалістикою та аерофотографією. Зараз його світлини прикрашають путівники національного природного парку «Бузький Гард».

Також Денис був володарем престижної премії «Блакитна стрічка» Міжнародної федерації фотомистецтва FIAF — найпрестижнішого європейського конкурсу фотохудожників. Його роботи публікували в міжнародному науково-популярному часописі National Geographic, вони ілюструють численні українські енциклопедії та путівники. Денис входив у топ - 100 фотографів світу.

Ще 2014-го, у Дениса було бажання стати на захист України зі зброєю в руках, але тоді не склалося. Коли почалася велика війна, Денис пішов волонтерити, адже завдяки своїй роботі мав гарні зв'язки по всій Україні і за кордоном. А влітку 2022 р. пішов до військкомату і став до зброї в елітному підрозділі Сил спецоперацій.

А далі почалася робота у найгарячіших точках фронту. Життя талановитого фотомайстра обірвалося 11 травня 2023 року на Донеччині під час боїв за Бахмут, коли він намагався врятувати побратимів.

Саме з ініціативи дружини Дениса – Галини Волгіної у Миколаївському обласному краєзнавчому музеї відкрилася виставка-аукціон «Краса Бузького

Гарду», присвячена пам'яті фотомайстра. Для відвідувачів представлено понад 100 його робіт. Трохи раніше така ж подія відбулася у Первомайському краєзнавчому музеї.

Дружина розповідає, що Денис був дуже талановитим і вона прагне, щоб з його творчістю познайомилося якомога більше людей. Вона заснувала спеціальний Благодійний фонд «СЯО» (який так і назвала СЯО на честь свого чоловіка – це його позивний), метою якого є організація виставок та аукціонів у різних містах України, виручені кошти з яких підуть на користь ЗСУ. Крім того, дружина запустила й Телеграм-канал, де кожен охочий може придбати фотокартини Дениса Кривого та таким чином задонатити на один із підрозділів ССО.

На сьогодні відбулося 9 виставок фотокартин Дениса Кривого у різних містах України. На зібрані кошти було придбано 3 квадрокоптери (2 DGI Mavic 3E та 1 Mavic 3T).

Таким чином, навіть після своєї смерті Денис Кривий продовжує боротьбу з російським агресором, продовжує жити та підтримувати інших, як і робив це до своєї загибелі. А його дружина Галина Волгіна, сильна, вольова жінка, продовжує життя творчому надбанню свого чоловіка та через проведення виставок та аукціонів робить значний внесок та допомагає ЗСУ, наближаючи нашу Перемогу.

Денис Кривий, 24 серпня 2023 року посмертно був нагороджений орденом «За мужність» III ступеня — за особисту мужність, виявлену у захисті державного суверенітету та територіальної цілісності України, самовіддане виконання військового обов'язку

Висновки: Українські воїни стали символом гідності, кожен з них вчинив подвиг, повставши проти насилля та несправедливості, віддавши життя за нову, відроджену Україну. Саме їхні подвиги надихають сотні тисяч українців на боротьбу з російською агресією. Ми всі у вічному боргу перед матерями й батьками за те, що вони виростили мужніх і сміливих патріотів. І схиляємося перед дітьми, які втратили батьків.

4. ІСТОРИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ХРЕЩЕННЯ КИЇВСЬКОЇ РУСІ ТА ВПЛИВ ХРИСТІЯНСТВА НА РОЗВИТОК ДЕРЖАВИ

Доповідачка: Гарас Вероніка (0-3Т-1, відділення "Стоматологія ортопедична", базовий коледж ВНПЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»)

Науковий керівник: Майданюк В. М. к.політ.н., викладач історії.

Актуальність: Сучасний інтерес до теми пов'язаний з бажанням розуміти своє коріння. Хрещення Русі є ключовою подією в історії не лише України, але і всього східнослов'янського світу. Воно відіграло визначальну роль у формуванні духовної, культурної та політичної ідентичності українського народу.

Мета: Дослідження цієї теми допомагає розкрити значення та вплив християнства на формування української цивілізації, а також розуміти її місце у світовій історії. Таким чином, актуальність теми хрещення Русі лишається важливою для сучасного суспільства, яке прагне зберегти та розширити свої знання про власну історію та культурні корені.

Короткий виклад матеріалу: Хрещення Русі у 988 році князем Володимиром Великим наступив період історичних трансформацій та викликів для новохристиянського суспільства. Цей період характеризувався широкомасштабними змінами в політичній, соціальній та культурній сферах. Після прийняття християнства на Київській Русі в 988 році відбулися значні зміни у політичному аспекті, які суттєво вплинули на подальший розвиток держави та суспільства.

1. Централізація влади:

Прийняття християнства сприяло утвердженню централізованої влади, особливо під князем Володимиром Великим. Влада князя стала підкріплюватися християнською вірою, що додавало йому моральну легітимність та авторитет серед населення.

2. Церковна ієрархія:

З'явлення церковної ієрархії під керівництвом митрополита, який отримав повноваження від Василя Великого у 988 році, сприяло закріпленню ієрархічної

структури в державі. Це зміцнило зв'язок між церквою і державою та сприяло розвитку духовного життя.

3. Законодавство:

З прийняттям християнства на Київській Русі почалася писемна фіксація законів та норм, що сприяло систематизації правового порядку. Це відобразилося у збереженні перших літописних записів та правових актів, в тому числі "Руському Праві".

4. Співпраця з іншими християнськими країнами:

Прийняття християнства відкрило Київській Русі можливість співпраці з іншими християнськими країнами, зокрема Візантією та Європейським християнським світом. Це забезпечило нові можливості для дипломатичних відносин, торгівлі та культурного обміну.

5. Роль церкви у політиці:

Церква стала важливим фактором у політичному житті Київської Русі, впливаючи на прийняття важливих політичних рішень та сприяючи утвердженню влади князів.

Розвиток політичного аспекту після прийняття християнства на Київській Русі відображав зміцнення влади князів, закріплення централізованої системи влади, співпрацю з іншими християнськими країнами та вплив церкви на політичне рішення.

Політичні зміни, які настали після Хрещення Русі, включали утворення централізованих державних структур, що були підкріплені християнською вірою. Князі та княгині встановлювали свою владу на основі релігійної легітимності, що сприяло утвердженню стабільності в країні. Сприяло цьому й утвердження церковної ієрархії, яка відігравала важливу роль у зміцненні правління.

Після прийняття християнства на Київській Русі відбулися значні зміни у соціальному аспекті, які вплинули на різні соціальні групи та взаємини між ними.

1. Зміна вірувань та цінностей:

Прийняття християнства спричинило зміну вірувань та цінностей українського суспільства. Християнські принципи моралі та етики стали панівними у соціальному житті, що вплинуло на поведінку та взаємини між людьми.

2. Покращення статусу жінок:

Християнство сприяло покращенню статусу жінок у суспільстві. Християнська мораль та етика підтримували рівність перед Богом, що сприяло зменшенню випадків дискримінації та підвищенню соціального статусу жінок.

3. Зміна у феодальних відносинах:

Прийняття християнства сприяло зміні у феодальних відносинах. Християнські принципи справедливості та милосердя спонукали князів та феодалів до більш гуманних методів влади та керівництва.

4. Соціальна інтеграція:

Християнство сприяло соціальній інтеграції різних етнічних та соціальних груп. Церква стала центром спільноти, де люди з різних соціальних шарів могли об'єднатися навколо спільних цінностей та вірувань.

5. Розвиток освіти та культури:

Християнство сприяло розвитку освіти та культури на Київській Русі. Церква стала центром освіти, де вчителі та монахи навчали людей читати та писати, що сприяло підвищенню рівня освіченості українського суспільства.

6. Зменшення соціальних конфліктів:

Християнство сприяло зменшенню соціальних конфліктів та напруженості в суспільстві. Християнські принципи миролюбства та толерантності спонукали людей до мирного вирішення конфліктів та підтримували гармонійні взаємини між різними соціальними групами.

Отже, прийняття християнства на Київській Русі відіграло важливу роль у розвитку соціального аспекту, сприяючи покращенню статусу жінок, зміні у феодальних відносинах, соціальній інтеграції та зменшенню соціальних конфліктів. Після прийняття християнства на Київській Русі відбулися значні зміни у культурному аспекті, які відобразилися в різних сферах життя та діяльності суспільства:

1. Розвиток писемності та освіти: Християнство сприяло розвитку писемності та освіти. Церква відігравала ключову роль у навчанні людей читати та писати, що сприяло поширенню культури та збереженню інформації про минуле в літописах та інших писемних джерелах.
2. Збереження та розвиток літератури: Прийняття християнства стимулювало розвиток літератури на Київській Русі. З'явилися перші письмові твори, такі як літописи, житії святих, богословські трактати та інші релігійні тексти.
3. Будівництво церков та монастирів: Прийняття християнства сприяло активному будівництву церков та монастирів. Ці споруди стали не лише центрами духовного життя, але й центрами культурного та освітнього розвитку.
4. Мистецтво та архітектура: Християнство вплинуло на розвиток мистецтва та архітектури на Київській Русі. Християнські символи та сюжети відображалися у візерунках, фресках, іконописі, а також в архітектурі церковних споруд.
5. Релігійні свята та обряди: Прийняття християнства призвело до зміни та перетворення релігійних свят та обрядів на Київській Русі. Старі поганські обряди були адаптовані та перетворені у християнські, що сприяло зміцненню християнських цінностей та традицій у суспільстві.

Отже, прийняття християнства на Київській Русі мало значний вплив на культурний аспект, сприяючи розвитку писемності, літератури, мистецтва, архітектури та релігійних свят та обрядів.

Володимир введе у своїй країні набір правил, відомий як Устав, для організації церковного життя. Він призначить десятину для підтримки церкви та визначить повноваження духовенства. Це було спробою Володимира структурувати нову релігію, як він бачив у Візантії. Київський митрополит керував церквою, а великі міста мали своїх єпископів, які вирішували церковні питання у своїх областях. Митрополити та єпископи володіли землею, селами та містами, а церква мала власну армію, суд і правову систему. Першим відомим митрополитом був грек Теотемпт.

Висновок: Прийняття християнства на Русі вплинуло на розвиток культури. Це спричинило зміцнення єдності держави, розширення писемності та

заснування перших навчальних закладів і бібліотек. Крім того, після християнського перетворення відбулося збільшення політичних, економічних і культурних зв'язків з численними європейськими державами, зокрема з Візантією, Болгарією, Польщею. Це стало переломним моментом у формуванні суспільства та сприяло виникненню нових культурних норм та цінностей. Релігійні свята та обряди стали невід'ємною частиною життя людей, а християнські символи відобразилися у різних сферах культури, включаючи мистецтво та архітектуру.

5. СЕКРЕТНІ РОЗВІДКИ УПА ПІД ЧАС ДРУГОЇ СВІТОВОЇ ВІЙНИ

Доповідачі: Гошовська Олександра, Галушка Анна-Марія (ОФМ-1, відділення “Фармація”, базовий коледж ВНПЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»).

Наукова керівниця: викладачка історії України Петрик Є. Л.

Актуальність: Українська Повстанська Армія не була класичною армією. Але українські повстанці показали, як добре організовані загони можуть протягом тривало часу вести бойові дії та чинити гідний опір переважаючим силам противника у боротьбі за українську незалежність. УПА була військовою організацією, яка існувала в Україні протягом середини ХХ століття. Виникла вона під час Другої світової війни в умовах німецької окупації України та продовжила свою діяльність після війни в умовах радянської окупації.

Мета роботи: розповісти про причину створення УПА, діяльність під час Другої світової війни та після, їхні стратегії під командуванням Романа Шухевича і слід залишений після себе. Також, ознайомити з літературою присвяченою УПА.

Короткий виклад матеріалу: Створення УПА в 1942 році було наслідком кількох факторів, які об'єдналися в одну важливу причину – боротьбу за незалежність та самовизначення українського народу. Приводом для їхнього створення став масовий терор німців проти мирного населення.

Під час Другої світової війни УПА чітко мала на меті звільнити землі України від нацистів, а згодом і від радянських військ. Тож, перша 100-ня повстанського війська, досить впевнено та старанно чинила опір наступаючим військам противника, а згодом й самі нападали на німецькі комендатури. Такої впевненості їм додавала секретна розвідка, яка доносила інформацію до війська через 20 год. після того, як їм вдалось вивідати потрібну інформацію. Повстанці мали розраховувати лише на власні сили, тож зброю здобували у бою.

У лютому 1943, коли повстанських загонів воювало вже кілька десятків, ОУН збирається на свою третю конференцію і вирішує 2 ключові речі:

1. Розбудувати з окремих загонів армію.
2. Вести боротьбу на 2 фронти (антинімецький та антирадянський)

Ініціатором цієї конференції став підполковник Роман Шухевич. Людина фанатично віддана ідеї української державності. Він отримав 2 цивільні освіти. Також він служив у польському війську, де його у 1929 році, направили у школу підхорунжих, але довчитися не дали через націоналістичні переконання. Після радянської окупації західної частини України, Шухевич перебрався за кордон. Там він працював інструктором у військовій школі ОУН у Кракові, а потім навчався сам у розвідувальній школі Абвера (це німецька розвідка). Згодом він пішов на службу до вермахту і отримав вишкіл саме там. Роман Шухевич був командиром батальйону “Нахтігаль” А восени 1941 року, німці розпустили батальйон, а на його основі сформували 201 охоронний батальйон поліції порядку. Туди і пішов Роман Шухевич. Та вже через рік, особовий склад 201 батальйону відмовився продовжувати контракт. Частину офіцерів німці посадили до в'язниці, Шухевич уникнув арешту, але мусив перейти на нелегальне становище. Тож можна сказати, що Шухевич був добре ознайомлений з тактиками ворога і мав хороший досвід для командування УПА.

У серпні 1943 року, Шухевич стає головним командиром УПА. Загалом повстанська армія була поділена за територіальним принципом: на 3 генеральні військові округи. За ініціативи Шухевича було створено головну команду УПА та головний військовий штаб. Головний штаб УПА складався із відділів, які є

практично в кожній армії. Та найголовніший акцент покладался на розвідувальний відділ, який двічі врятував УПА від розгрому... На звільнених землях повстанці встановлювали українську владу. Майже кожен селянин працював на їхню користь. Адже, тільки УПА була для них єдиним захисником, єдиною своєю армією.

У серпні 1944 року, НКВС з'ясувало, що повстанською армією командує Роман Шухевич і розпочало полювання на нього. У розшуках було задіяно до 800 людей, тож Шухевич став переховуватись. Та взимку 1950-го він перебував на конспіративній квартирі у Білогорщі на Львівщині. Там 5 березня його вистежили, але так просто Шухевич не здався. Зав'язався бій, у результаті якого командувача УПА було вбито. Його тіла не знайшли і досі...

Після загибелі командира, УПА продовжувала свою діяльність в підпіллі. Але під час цього періоду вони зазнавали значних втрат. Багато з її бійців були убиті або заарештовані, а інші були вимушені перейти в підпілля. У 1950 – 1960-ті роки, поступово діяльність УПА припинилася. Це сталося через зміни в політичній ситуації після смерті Сталіна. Але пресування з боку радянських військ та спец служб зростало. Тож повстанці, яким вдалось вижити, боролись до останнього, але вже в інших групах опору.

Література. Коли відбуваються різні суперечки, які переростають у військові конфлікти, а згодом цей конфлікт вирішує долю тисяч людей, саме тоді починає писатись історія. На допомогу в написанні детальної історії приходять записи, які велись письменниками тих часів. На жаль, далеко не всі оригінальні записи можна зберегти. Тож для кращого розуміння про створення УПА і ким вони були, можна дізнатися з книги Володимира В'ятровича “УПА. Історія нескорених”

Висновки: Загалом, історія УПА відображає складну боротьбу за незалежність та свободу українського народу під час радянської та німецької окупації. Хоч УПА не змогла у повному складі досягти своєї основної мети - незалежності України, але її боротьба відіграла значну роль у формуванні

національної свідомості та сприяла подальшому розвитку української державності.

Воїни УПА стали на захист України в найтемніші часи, коли ідею української державності з політичних мотивів не могла підтримати жодна країна світу. Повстанці опиралися лише на підтримку українського народу, тобто самі на себе. Бо насправді окрім нас самих наша незалежність не потрібна більше нікому. А на сьогоднішній день ми маємо своїх повстанців, яких називаємо ЗСУ, які знову ведуть боротьбу з тим самим противником. Саме вони є нашими захисниками і нашою надією. Бо поки вони є, доти будемо і ми – українці, сильні та незалежні.

6. СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ПІСЛЯ ПОВЕРНЕННЯ ДО УМОВ МИРНОГО ЖИТТЯ

Доповідачка: Паценкіна Мар'яна (ІЗТ-1, відділення «Стоматологія» (технік зубний) Луцька філія ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»).

Науковий керівник: викладач основ психології та міжособистісного спілкування Куран.Ю.В.

Актуальність. Війна в країні спричинила появу нових, раніше невідомих для нашого суспільства викликів. Наразі кількість офіційно зареєстрованих внутрішньо переміщених осіб досягає 4,9 млн.чол. Міністр оборони України заявив, що в Україні нині близько мільйона людей є учасниками бойових дій, та потребують соціального захисту і адаптації.

На нашу думку, одним із головних, викликів для українського суспільства є повноцінна адаптація ветеранів та членів їх родин до цивільного життя.

Проблемою є те, що процес соціальної адаптації військовослужбовців відбувається, по за контекстом загального розвитку суспільства, немає чітко визначених соціальних функцій та цілей. Саме тому актуальним є вивчення існуючих підходів, що розглядають процес адаптації військовослужбовців, як інтегрований до соціальної структури інститут, який виконує важливі для всього суспільства функції.

Мета. Дослідження сучасних інституційних підходів до процесу соціальної адаптації колишніх військовослужбовців.

Короткий виклад матеріалу. На думку дослідників, для сучасних суспільств є характерними три можливі моделі соціальної адаптації військовослужбовців, а саме: інституційна, частково інституційна та надінституційна.

Умовами інституційної моделі є розвинуті правова система, та індустріальна чи пост-індустріальна економіка, а також демократичний устрій країни. З одного боку, ця модель забезпечує матеріальну і соціальну підтримку військових та членів їх сімей на рівні, що зазвичай перевищує середні стандарти по країні.

Частково інституційна модель притаманна для країн з несформованою системою соціального захисту, де гарантії та виплати військовим носять випадковий чи фрагментарний характер. Така неврегульованість дозволяє залучати збройні сили до виконання невластивих функцій, які іноді суперечать правовим актам. Матеріальне і соціальне забезпечення військових є співвідносним із середніми показниками по країні. Проте престиж професії є суттєво нижчим у порівнянні з інституційною моделлю. Армія відчуває певні проблеми із забезпеченням та залученням новобранців.

Надінституційна модель панує у країнах, де військові знаходяться при владі або впливають на неї. Збройні сили фактично діють за законами воєнного часу втручаються в різні сфери життя суспільства. Військові мають значні соціальні і економічні переваги над цивільними.

Складові процесу соціальної адаптації визначені в офіційних документах включають не тільки вдосконалення професійних навичок, але й психологічний і правовий компоненти.

Адаптація військовослужбовців та членів їх сімей включає такі основні складові:

- психологічну – оволодіння системою цінностей, культурою, які існують у цивільному середовищі, з метою виконання наявних у

ньому вимог до особистості;

- правову – освоєння правових норм, які регламентують соціальний і правовий статус особи, звільненої з військової служби, та членів її сім'ї, визначають їх права, обов'язки;
- професійну – залежно від професії спеціалізоване удосконалення наявних професійних знань, умінь і навичок або оволодіння новими та подальше успішне працевлаштування.

Висновок. Слід констатувати, що домінуюча модель соціальної адаптації є тісно пов'язаною та до певної міри зумовленою загальним станом розвитку суспільства. Особливу роль в цьому процесі відіграють економіка, право, політика, громадянське суспільство, цивільний контроль за збройними силами та й сама армія. На нашу думку, інституційна модель соціальної адаптації військовослужбовців можлива лише за умов високого рівня інституалізації інших соціальних інститутів суспільства, в тому числі збройних сил.

Отже, загальний рівень розвитку українського суспільства, ступінь інституалізації його основних інститутів, зумовлює існування в країні моделі соціальної адаптації військовослужбовців, яку можна віднести радше до частково інституційних. При цьому переважає уявлення про процес соціальної адаптації як, в першу чергу, пристосування до умов ринкової економіки шляхом професійної підготовки та забезпечення зайнятості. Це можливо досягнути шляхом врахування потреб ветеранів. В цьому контексті частково інституційний характер соціальної адаптації, який допускає залучення недержавних організацій, може стати у нагоді. Неурядові організації є більш гнучкими та відкритими до інновацій.

7. ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ ТА НЕЙРОМЕРЕЖІ В МЕДИЦИНІ

Доповідач: Мартин Дмитро (0-3Т-1, відділення “Стоматологія-ортопедична”, базовий коледж ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж “Монада”).

Наукова керівниця: викладачка інформатики Пристайко Л.А.

Актуальність: Всі ви прекрасно знаєте про таку річ, як штучний інтелект. На даний час він дуже стрімко розвивається по всьому світу і в медицині. ШІ вже допомагає в діагностиці захворювань, оптимізації рутинних завдань у медичній практиці, таких як обробка медичних записів, планування розкладів прийому пацієнтів.

Одною з основних частин ШІ є нейромережі, які вже вражають світ своїми можливостями. За останні роки спостерігається значний прогрес у використанні цих технологій у медицині, що відкриває нові можливості для покращення результатів лікування та зниження ризику помилок.

Мета; Метою цієї тези є підкреслення важливості та потенціалу використання штучного інтелекту та нейромереж в медицині для покращення діагностики, лікування та управління медичними процесами.

Короткий виклад матеріалу: Завдяки штучному інтелекту, медична галузь відкриває нові можливості. Ці технології допомагають лікарям у виявленні захворювань на ранніх стадіях, створенні індивідуалізованих планів лікування та автоматизації рутинних завдань. Наприклад, алгоритми машинного навчання можуть аналізувати медичні зображення та дані пацієнтів, допомагаючи в лікуванні різних захворювань. Це відкриває нові можливості для покращення діагностики та лікування, а також підвищує ефективність роботи медичного персоналу. Крім того, штучний інтелект може покращити доступність медичної допомоги, забезпечуючи мережеві консультації та дистанційні діагностики. Таким чином ми можемо підвищити якість медичного обслуговування поза медичних закладів і зменшенню кількості загиблих.

Також застосування нейромереж у медицині важливе і виявляється у різних аспектах, включаючи аналіз медичних зображень, діагностику захворювань та розробку індивідуалізованих лікувальних планів. Американські науковці, такі як Марія Прадос-Прівадо, Хав'єр Гарсія Вільялон і Карлос Іворра з Університету Темпла у штаті Пенсильванія створили нейромережу для виявлення карієсу та інших стоматологічних захворювань.

Програму розробили на основі алгоритму виявлення об'єктів YOLOv7. Його навчали на фотографіях верхніх та нижніх щелеп кількох сотень пацієнтів. Нейромережа виявила руйнування зубів із точністю 79,5%. Їй вдалося знайти понад 83% уражених зубів та правильно визначити межі карієсу майже на 80% ділянок емалі. Це враховуючи те, що ця Нейромережа тільки винайдена і з часом буде покращуватись. З часом вона може набирати все більше оборотів і в кінці можливо зможе сканувати все людське тіло на наяву проблем швидше і точніше за МРТ.

Також в Японії розробили нейромережу яка розпізнає за ходьбою хворобу Паркінсона. Біо-інформатики з університету Осаки в Японії розробили революційну нейромережу, яка виявляє хворобу Паркінсона, аналізуючи ходьбу. Ця штучна інтелектуальна система виявляє хворобу навіть на ранніх стадіях у людей, мишей, хрущів та круглих черв'яків.

Алгоритм аналізує рухи людини, включаючи швидкість та траєкторію, і порівнює їх зі стандартними показниками. Потім штучний інтелект інформує про наявність чи відсутність захворювання. І виявилось, що люди, миші та черв'яки не можуть довго підтримувати високу швидкість. А жуки втрачають здатність здійснювати плавні повороти. Ще було проведено дослідження наскільки ШІ може точно визначити рак шкіри. Але нажаль на даних момент можливості ШІ гірші ніж у професіональних лікарів, тому залишається тільки удосконалювати його. Лікарі, наукового Фонду Royal Marsden NHS та Інституту дослідження раку в Лондоні розробили модель штучного інтелекту, яка здатна точно визначати, чи є аномальні новоутворення, виявлені на комп'ютерному томографії (КТ), раковими. Це інноваційне досягнення може значно прискорити процес діагностики раку та початок лікування пацієнтів. Група передових науковців з Фонду Royal Marsden NHS та Інституту дослідження раку в Лондоні мобілізувала найсучасніші технології, використовуючи дані з комп'ютерної томографії (КТ) понад 500 пацієнтів із великими вузликами у легенях, для створення передового алгоритму штучного інтелекту. Цей алгоритм, що перевершує людський аналіз, здатний виявляти найдрібніші ознаки ракових

захворювань на медичних зображеннях, і вже проходить етап тестування на точність ідентифікації ракових утворень.

Висновок: Використання ШІ та нейромережі у медицині відкриває нові перспективи для покращення діагностики та лікування захворювань. Дослідження у цьому напрямку свідчать про потенціал цих технологій у підвищенні ефективності медичної практики та покращенні результатів лікування. Американські дослідження, підтверджують успішність застосування нейромереж для виявлення карієсу, що підкреслює перспективність цих технологій у сучасній медицині. Ці всі дослідження дають надію на майбутнє у якому не буде захворювань, епідемій.

8. НОВА ГЕНЕРАЦІЯ ПРАВ І СВОБОД ЛЮДИНИ (XXI СТОЛІТТЯ)

Доповідачка: Сливар Марія (ФМ – 2, відділення « Фармація» Ужгородська філія ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»).

Наукова керівниця: ст. викл. Суха Г.М.

Актуальність даної теми зумовлена тим, що суспільство постійно змінюється, а з ним видозмінюються і виклики, які виникають у сучасному світі. Оскільки, диференціація потреб людства зростає, відповідно збільшується «каталог» офіційно визнаних прав і свобод людини. Традиційні уявлення про права людини сьогодні не відповідають новим запитам, тому необхідно розробляти досі невідомі підходи для захисту прав і свобод кожного індивіда.

Метою даного дослідження є прогноз, сутність якого полягає у виявленні відповідних тенденцій розвитку прав людини в майбутньому. Нові технології, зміни клімату, війни, політичні конфлікти, міграційні процеси та інші фактори вимагають нового розуміння та захисту прав людини.

Початок XXI ст. відзначився науковими досягненнями у сфері медицини, психології, техніки, комп'ютерних технологій , які збільшили можливості сучасної людини реалізувати свій потенціал і бажання. Завдяки цьому сучасні дослідники виділяють четверте покоління прав людини: І.Шумак, О.Аврамова, О.Жидкова, В.Крус та ін. Правда перелік конкретних прав, що належать до даної

генерації часто не співпадає. Зокрема, І.Шумак, до прав людини нового, четвертого покоління відносить духовні права і свободи людини, що на його думку є: «Визнані і гарантовані Конституцією і Законами України природні можливості людини в користуванні багатством її внутрішнього світу та розвитку сутнісних людських сил і здібностей». Сьогодні в наукових колах вже обговорюються проблеми зародження четвертого покоління прав людини, що стосуються зміни статі, трансплантації органів, клонування, використання віртуальної реальності, одностатевих шлюбів, штучного запліднення, евтаназії, вільної від дитини сім'ї та незалежного від державного втручання життя за релігійними, моральними поглядами. Дехто, окремі з цих прав називає соматичними (від грец.soma-тіло). Термін «особистісні (соматичні) права» зобов'язаний своєю появою в юридичній науці російському дослідникові В.І.Крусу. На його думку: «Серед основних прав особистості, що представляє людство на рубежі третього тисячоліття від Різдва Христового, можна виділити і відокремити групу таких, котрі ґрунтуються на фундаментальній світоглядній впевненості в «праві» людини самостійно розпоряджатись своїм тілом: здійснювати його «модернізацію». «реставрацію» і навіть «фундаментальну реконструкцію», змінювати функціональні можливості організму і розширювати їх техніко-агрегатними або медикаментозними засобами. Сюди можна віднести право на смерть, зміну статі, трансплантацію органів, вживання наркотиків чи психотропних засобів, право на штучне репродуктування, стерилізацію, аборт, і (у вже майбутній перспективі) на клонування, а потім і на віртуальне моделювання. Права ці, що мають виключно особистісний характер, пропонується визначити як «соматичні». Але як відзначають Ю.Бисага і Д.Белов: «Незважаючи на наявність окремих прихильників, широкого визнання категорія соматичних прав людини на даний момент ні в теорії держави і права, ні в конституційному праві й інших галузевих юридичних науках не одержала». Проти деяких прав нового покоління виступає церква, оскільки вони суперечать нормам релігії та моралі. Тому їх правове закріплення на даному етапі є надзвичайно проблематичним. Основним принципом формування вище згаданої

групи прав людини є розуміння свободи, тобто «природного стану народу або окремої людини, який характеризується можливістю діяти на власний розсуд». Відповідно до цього визначення, кожен має право на вільний розвиток своєї особистості, якщо при цьому не порушуються права, свободи та законні інтереси інших людей.

Нині, враховуючи досвід правових систем світу країн, зокрема США, Німеччини, Іспанії, Італії, Канади, Австралії та ін. актуально постає загальноправова проблема виділення норм ювенального права-системи правових норм, спрямованих на забезпечення виживання, розвитку та захисту інтересів молодого покоління.

«Предмет регулювання ювенального права, - на думку Н. Крестовської, - становлять: різноманітні за характером суспільні відносини та поведінкові акти за безпосередньою або опосередкованою представництвом участю дитини; статуси (стани), носієм яких є дитина; відносини пов'язані зі створенням та функціонуванням ювенальних установ держави, місцевого самоврядування та інституцій громадянського суспільства. Отже, на даному етапі, потреба людства у незалежному вихованні та повноцінному розвитку молодого покоління не викликає сумніву, як і необхідність належного правового забезпечення цього процесу.

У 21 столітті не вщухають війни і військові конфлікти у світі, наразі їх є біля 200. Це рекорд за останні 30 років. Із 24 лютого 2022 року в Україні йде повномасштабна війна із агресором – Росією. Ці виклики сьогодення, в умовах воєнного стану, вимагають обмеження окремих прав і свобод людини та законних інтересів відповідно до Конституції України, Закону України «Про правовий режим воєнного стану».

Таким чином, виходячи з вищенаведеного можна констатувати наступні

ВИСНОВКИ:

- права людини- це складний історико-правовий феномен, який динамічно розвивається, оскільки потреби людства постійно зростають і, відповідно, нагромаджуються можливості для їх здійснення;

- є нагальна необхідність юридичного втілення фактичних прав і свобод людини четвертого покоління або нової генерації (21 століття);
- належне правове забезпечення ювенальних прав і свобод;
- війна безпосередньо впливає на обсяг та фактичні обмеження окремих прав і свобод людини та її законних інтересів, тому слід посилювати міжнародні зусилля для їх захисту.

9. ВОЛЬОВИЙ КОМПАС: НАВІГАЦІЯ ДО УСПІХУ

Доповідачка: Фоміна Софія (1-ЛС-1, відділення «Лікувальна справа», базовий коледж ВПНЗ Львівського фахового медичного коледжу «Монада»).

Наукова керівниця: викладачка психології, практична психологиня, заступниця директора базового коледжу з гуманітарної освіти і виховання ВПНЗ *Львівський медичний фаховий коледж «Монада» Каплун Н. А.*

Актуальність проблеми. У сучасному світі, де конкуренція стає все більш помітною, а вимоги до результативності особистості надзвичайно високі, актуалізується потреба у розумінні феномену та ефективному використанні сили волі. Люди різного роду діяльності та вікових категорій стикаються з викликами, пов'язаними з досягненням цілей. Тому, дане дослідження має велике значення у вирішенні актуальних проблем розвитку суспільства. Його результати можуть бути використані для розробки рекомендацій та ефективних стратегій, спрямованих на усвідомлення і підвищення рівня сили волі задля досягнення більш високих результатів у різних сферах життя.

В нашому дослідженні розглядатимемо силу волі як здатність свідомо та цілеспрямовано регулювати свою діяльність для досягнення поставлених цілей. Аналіз цього поняття не лише допоможе зрозуміти, як впливає сила волі на досягнення успіху, а й відкриє шляхи оптимізації цього процесу.

Метою дослідження є теоретично-практичний аналіз впливу сили волі, рівня мотивації, дисциплінованості та емоційного стану людини на її успішність у різних аспектах життя, зокрема в навчанні.

Предметом дослідження є зв'язок сили волі з успішністю, **об'єктом** - сила волі особистості.

Виходячи з предмету, об'єкту та мети дослідження, визначено наступні **завдання**:

1. Здійснити аналіз літератури щодо визначення закономірностей, методів дослідження та корекції сили волі;
2. Розробити комплексну методику емпіричного дослідження та апробувати її;
3. Дослідити емоційний стан як чинник і результат пов'язаний із здатністю людини досягати успіху та розв'язувати проблеми;
4. До отриманих даних обстеження застосувати методи математичної обробки даних, провести інтерпретацію результатів;
5. Здійснити аналіз одержаних результатів і встановити на основі отриманих даних наявність і зміст залежності сили волі від індивідуальних факторів;
6. Розробити практичні рекомендації для вдосконалення сили волі та досягнення успішності в навчанні, а також для покращення рівня життя та задоволеності.

Аналіз публікацій. Питання волі актуальне в психології ще з часів Аристотеля. Найбільший інтерес до проблеми спостерігався у середині-наприкінці ХХ століття як серед вітчизняних (радянських) дослідників (Л. Виготський, С. Рубінштейн, Є. Ільїн, В. Калін, В. Селіванов та ін.), так і у зарубіжних авторів (В. Віндельбанд, А. Шопенгауер, Е. Гартман, Е. Мейман, Г. Мюнстерберг, К. Левін, Р. Ассаджиолі та ін.). Основну увагу в цей період дослідження волі приділяли переважно її визначенню: що є силою волі, а що ні; з чого складається вольовий акт, яка природа волі, її нейрофізіологія. Можна відмітити цікавий факт зіткнення і наступної взаємної інтерполяції західної (тренування, активне самовдосконалення, самовиховання, спорт, самодисципліна) та східної (медитація і внутрішня концентрація на тілі і дусі) культури в питаннях волі, які в результаті дали свої цікаві плоди. Цей синтез культурних підходів дозволив розглядати волю як комплексне явище, що об'єднує фізичні, психічні та духовні аспекти людської діяльності. З цих позицій силу волі стало можливим розглядати як навичку, що піддається розвитку та

вдосконаленню.

На початку ХХІ століття в психології відмічалось зниження інтересу науковців до питань волі, проте сьогодні знову відновлюється її затребуваність і дослідження виходять на якісно-новий рівень - зв'язок волі з іншими особистісними характеристиками та властивостями, як то з темпераментом, емоціями, мотивацією тощо. Відповідно до останніх тенденцій, нашим дослідницьким інтересом став зв'язок сили волі з емоційним станом людини та її успішністю, результативністю в різних видах діяльності, зокрема в навчальній.

Гіпотеза. Виходячи з вищесказаного, ми припускаємо, що сила волі прямо пов'язана з успішністю та емоційним станом.

Для вирішення поставлених в дослідженні задач була розроблена **комплексна методика дослідження:**

- авторська анкета первинних даних про досліджуваних;
- тест «Самооцінка сила волі» - призначена для узагальненої характеристики прояву сили волі;
- тест-опитувальник «Дослідження вольової саморегуляції» А. В. Зверькова і Е. В. Ейдмана - спрямований на визначення рівня розвитку вольової саморегуляції;
- психометричний тест С'юзан Делінгер - дозволяє визначити тип особистості, її провідні риси;
- шкала тривоги Б. Харта - короткий тест на визначення рівня тривоги, депресії та ПТСР;
- шкала перфекціонізму Р. Слені - призначена для оцінки виявлення адаптивного та дезадаптивного перфекціонізму;
- шкала прокрастинації Б. Такмана - дозволяє визначити рівень вираженості прокрастинації в повсякденному житті, а також у прийнятті рішень.

Вибірка дослідження. Основною групою досліджень були студенти різних курсів і відділень ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада». Також було запропоновано пройти опитування людям, які не мають прямого відношення до навчання в «Монаді», що дало змогу сформувати

експериментальну і контрольну групи. Опитування було організоване в он-лайн форматі, що дозволило залучити максимальну кількість респондентів.

До отриманих в ході опитування даних було застосовано процедури математичної статистики, зокрема порівняльний аналіз з використанням методу t-критерію Ст'юдента та кореляційний аналіз з використанням критерію Спірмена; проведено оцінку та інтерпретацію результатів.

За результатами проведеного дослідження можна зробити наступні **висновки**:

1. Суть поняття сили волі визначається у взаємозв'язку між волею, успішністю та емоціями.
2. Аналіз літератури і спроби уточнити природу феномену сили волі призвели до висновку, що як такої СИЛИ волі не існує, проте існують рівень самоусвідомлення, мотивація, здатність до самоорганізації, бажання, прагнення, потреби особистості.

Було розроблено **рекомендації і стратегії** оптимального розвитку і тренування свідомої волі, зокрема:

- Навчіться усвідомлювати і приймати свої почуття.
- Прийміть відповідальність за свої вибори і дії.
- Використовуйте свідоме дихання для концентрації, подолання тривоги та підтримання стабільності.
- 5 стратегій, які спрямовані на зміцнення волі: медитація, сон, спорт, дієта та пробачення себе за невдачі.
- Коли вам не вистачає наполегливості подружіться з собою - подумайте про майбутнє, реальне досяжне майбутнє, передбачте можливі невдачі.
- Важлива ПРАВДИВІСТЬ - скажіть собі ким Ви є насправді, не ховайтесь, не спотворюйте реальність, інакше у Вас не буде сил, щоб боротися з бездіяльністю.

Додаткові поради взяті з книги «Сила волі» К. Макгонігал:

- Сила волі як батарейка - зранку найвища і протягом дня розряджається; навіть якщо ми відкладаємо наші задачі «на потім» батарейка розряджається.
- Сон. Ми маємо добре висипатись. Вченими доказано, що стан сонливості

прирівнюється до стану легкого сп'яніння, і при такому стані здатність приймати легкі рішення різко скорочується, в такому стані ми більше прагнемо до відпочинку/ розваг/шкідливих речовин. Якщо протягом дня ви відчуваєте сонливість, використовуйте методику 20-хвилинного сну.

- Сила волі - як м'яз, який можна тренувати. Спорт який рекомендує автор для тренування сили волі - медитації, тобто прокачуючи потиличну частину нашого мозку, ми збільшуємо її, що призводить до покращення нашої рішучості та сили волі. Ця частина нашого мозку також створює можливість відповідати «ні, не хочу» на речі, які нам дуже подобаються, але на даний момент є шкідливими.
- Будьте далекими від негативних думок і схильними до позитивних!

Отже, ми виконали завдання дослідження і досягли поставленої мети. Пошукова робота відкрила ще більше питань, які виходять за межі формату наукової роботи, що підкреслює надзвичайну перспективність вивчення вольової сфери особистості та її впливу на життєдіяльність.

СЕКЦІЯ «СТОМАТОЛОГІЯ»

1. ВПЛИВ ФОТОПРОТОКОЛУ НА ПРОЦЕС ПРОТЕЗУВАННЯ В СТОМАТОЛОГІЇ

Доповідачка: **Яцьканич Ірина** (ЗТ-1, відділення «Стоматологія ортопедична», Хустської філії ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»

Науковий керівник: **Ізай В.М.**, завідувач відділення «Стоматологія ортопедична»

У сучасній стоматології постійно вдосконалюються технології та методи лікування з метою підвищення якості надання медичних послуг і зручності для пацієнтів. Одним з новітніх напрямків є впровадження фотопротоколу в процес протезування, що передбачає використання фотографій для планування та виготовлення зубних протезів. У даній науковій роботі проаналізовано вплив фотопротоколу на процес протезування в стоматології.

Актуальність теми "Вплив фотопротоколу на протезування" полягає в тому, що сучасні технології в стоматологічній галузі постійно розвиваються та спрямовані на поліпшення якості та ефективності лікування. Фотопротокол є одним з інноваційних методів, який може значно покращити процес протезування. Його впровадження дозволяє зменшити час виготовлення протезів, підвищити їх точність та адаптацію до індивідуальних особливостей пацієнта.

Мета даної наукової роботи полягає у вивченні технології фотопротоколу в стоматології та його основних принципів; дослідженні впливу фотопротоколу на процес протезування в стоматології: та оцінка впливу фотопротоколу стоматологічній практиці з метою підвищення якості та ефективності протезування .

З появою новітніх технологій у стоматологічній галузі, таких як цифрове моделювання та виготовлення протезів, фотопротокол став необхідним інструментом для точного планування та виготовлення зубних протезів.

Впровадження фотопротоколу в стоматологічну практику спрощує процес виготовлення протезів для пацієнтів, забезпечуючи швидший та більш зручний доступ до стоматологічних послуг.

У даній роботі описано вплив фотопротоколу на протезування у напрямку вдосконалення стоматологічної практики та покращення результатів лікування для пацієнтів.

Внутрішньооральний знімок полегшує спілкування лікаря з зубним техніком, наприклад, при підборі відтінку зубозамінної конструкції.

Високотехнологічні об'єктиви передають колір зубів максимально точно, що дозволяє створити керамічні протези, ідентичні природнім.

Одним із ключових аспектів ролі фотопротоколу є точне відтворення форми та розміру природних зубів. Це дозволяє забезпечити гармонійний вигляд протезу, який не відрізняється від природних зубів.

Зняття фотографій проводиться з використанням спеціальних фотоапаратів та високоякісних об'єktivів. Далі, на основі отриманих фотографій, проводиться планування і виготовлення зубних протезів за допомогою цифрових технологій.

Аналіз отриманих результатів показує, що використання фотопротоколу дозволяє значно підвищити точність протезування та забезпечити високу естетику виготовлених зубних протезів.

Зараз пацієнти ставлять високі вимоги до естетики та природності зовнішнього вигляду протезів. Використання фотопротоколу допомагає стоматологам створювати протези, які максимально відповідають цим вимогам. Пацієнти відзначили зручність процедури та задоволеність результатом.

Впровадження фотопротоколу у процес протезування виявляється перспективним напрямком в стоматології. Він сприяє покращенню якості надання стоматологічних послуг, забезпечує точність і естетику виготовлених протезів, а також спрощує процес для стоматологів і зручніше для пацієнтів.

Наукові дослідження показали, що впровадження фотопротоколу в стоматологію сприяє оптимізації процесу протезування, аналізу результатів та пошуку нових методів покращення якості протезування.

Висновок. Отже, враховуючи зазначені фактори, тема "Вплив фотопротоколу на процес протезування в стоматології" є актуальною та важливою для сучасної стоматологічної практики та є ефективним і перспективним інструментом у процесі протезування в стоматології. Використання фотографій дозволяє забезпечити високу точність, естетику та зручність для пацієнтів.

2. ВИКОРИСТАННЯ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ЗУБОТЕХНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Доповідачі: **Чечура Валерія, Роганов Максим** (13Т-2, відділення «Стоматологія», Первомайська філія ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»)

Наукові керівники: викладач зуботехнічних дисциплін **Палесіка М.О.**, зав. зуботехнічним відділенням **Лінчевська Т.А.**

Актуальність: Оскільки цифрові технології швидко розвиваються і вже активно використовуються у зуботехнічній практиці, вони дозволяють покращити точність виготовлення зубних протезів, вирішити складні завдання у стоматології, прискорити процеси лікування та забезпечити більш комфортне обслуговування пацієнтів. Також використання цифрових технологій дозволяє зменшити час виготовлення зубних конструкцій, покращити їх якість і естетичність.

Мета: Дослідити використання цифрових технологій у виготовленні зубних протезів, плануванні лікування, скануванні та віртуальному моделюванні зубної анатомії. Розглянути вплив цифрових технологій на якість та точність виготовлених зубних конструкцій, а також на швидкість та ефективність процесу роботи зубного техніка.

Короткий виклад матеріалу: Технології активно впроваджуються у різні сфери діяльності, і сучасна стоматологія не є винятком. Так, якщо раніше коронки та інші протези виготовляли методом ручного лиття, то зараз все

активніше застосовується більш ефективна та швидка, а головне точна технологія CAD/CAM.

CAD/CAM – це скорочення слів ComputerAidedDesign (проектування з використанням комп'ютерної технології), і ComputerAidedManufacture (виготовлення з використанням комп'ютерної технології). Технологія CAD має на увазі програмний дизайн (віртуальне моделювання) майбутньої ортопедичної конструкції, а технологія CAM – її виготовлення згідно створеного дизайну.

Ці системи включають 3D сканування, CAD-технологію для віртуального моделювання та CAM-технологію для автоматичного виготовлення протезів. Застосування CAD/CAM технологій дозволяє отримати точні, складні протези будь-якої складності, забезпечуючи комфорт для пацієнта та швидку підготовку ортопедичних конструкцій. Основною перевагою технології CAD/CAM є автоматизація процесу виготовлення каркасів або суцільних ортопедичних конструкцій, що виключає «людський фактор» – можливі помилки під час їх виготовлення. Ця технологія також дозволяє зберегти дані сканування для можливості виготовлення копії протеза у разі потреби, зменшуючи ризик ускладнень і покращуючи якість лікування.

Висновок: Цифрові технології в зуботехніці відкривають нові можливості для покращення якості надання стоматологічних послуг. Вони дозволяють отримувати точні дані, швидше виготовляти зубні протези та забезпечувати більш комфортний досвід для пацієнтів. Дослідження в галузі цифрових технологій у зуботехніці продовжуються, і вони можуть стати ключовим елементом майбутнього розвитку стоматології.

3. ЦИФРОВИЙ ТА АНАЛОГОВИЙ МЕТОД ЗНЯТТЯ ВІДБИТКІВ.

ВИГОТОВЛЕННЯ МОДЕЛЕЙ: ГПСУВАННЯ ТА 3D-ДРУК

Доповідачка: Бринь Аліна. (Студентка ІЗТ-2, відділення «Стоматологія ортопедична», базовий коледж ВНПЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»).

Наукова керівниця: викладачка зуботехнічних дисциплін Слобода Р.П.

Актуальність. На сьогоднішній день стрімко розвивається цифровий напрям стоматології, створюються нові протоколи роботи, нові можливості в плануванні та створенні ортопедичних конструкцій, покращується якість, швидкість, точність та надійність виробів. Але будь-яка складна тотальна робота чи невелика одиночна конструкція починається з найпростішого – зняття відбитків та виготовлення моделей.

Мета. Розглянути сучасні методи роботи та порівняти їх зі звичними протоколами.

Короткий виклад матеріалу. Для виготовлення будь-якої ортопедичної конструкції, ортодонтичного апарату, чи для планування комплексного стоматологічного лікування – необхідно відтворити точну копію частини ротової порожнини, та протезного ложа. Для цього необхідно зняти відбиток та виготовити модель .

Відбиток – це негативне відображення протезного ложа та прилеглих тканин.

В сучасній стоматології існує 2 варіанти отримання відбитків : аналоговий та цифровий. Аналогові відбитки отримують за допомогою відбіркової ложки та відбиткових мас, які є різноманітними за складом і призначенням. Цифровий метод отримання відбитків полягає в скануванні ротової порожнини та протезного ложа спеціальним апаратом – інтраоральним сканером. Ми детальніше розглянемо ці 2 способи, порівняємо їх між собою, визначимо їх переваги та недоліки.

Після зняття відбитків лікарем, вони надходять в зуботехнічну лабораторію, де технік повинен вміти виготовити моделі як з фізичного відбитку, так і з цифрового 3D-скану.

Модель – це позитивне відображення протезного ложа, тобто ідентичне відтворення певної ділянки ротової порожнини, її анатомічна форма, розмір, положення та співвідношення.

При надходженні в лабораторію аналогового відбитку – технік виготовляє гіпсову модель. (Розглянемо їх класифікацію та призначення. А також

поговоримо про лайфхаки для отримання якісних моделей без пор та деформацій). У разі цифрового методу отримання відбитків – техніку надходять файли зі сканами. Після чого, в програмі Exocad технік створює віртуальну 3D модель, визначає її межі, окреслює протезне ложе, одразу бачить співвідношення щелеп та точки оклюзійних контактів та безліч інших важливих нюансів.

З цими цифровими моделями можна продовжити роботу в програмі та перейти до створення проєкту ортопедичної конструкції. Якщо ж є необхідність в створенні фізичної моделі – її виготовляють за допомогою 3D принтера. В результаті роботи 3D принтера ми отримуємо модель зі спеціальної пластмаси, точність якої не поступається гіпсу.

Висновок. Отож, підсумуємо: на сьогоднішній день зуботехнічна справа має 2 окремі паралельні галузі.

1. Цифровий, сучасний, прогресивний напрям, де 90% роботи зводиться до роботи за комп'ютером .

2. Звичний мануальний метод, в якому кожен етап і кожен процес виконує вручну та контролюється лікарем та зубним техніком.

І для того, щоб стати віртуозом зуботехнічної справи – слід володіти як одним, так і іншим. Необхідно йти в ногу з технічним прогресом, але й мати гарну теоретичну базу та великий багаж практичних навичок і напрацювань.

4. **ТОТАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З ОПОРОЮ НА ДЕНТАЛЬНІ ІМПЛАНТАТИ**

Доповідачі: Жураковський Олександр (13Т-1), Нейверт Тимур (03Т-2, відділення «Стоматологія ортопедична», Чернівецька філія ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж "Монада").

Наукові керівники: викладач стоматологічних дисциплін Шановський А.А., зав. стоматологічним відділенням Басараба О.А.

Актуальність: в даний час існує велика різноманітність матеріалів та конструкцій, які застосовуються при реабілітації пацієнтів з адентією з опорою на дентальні імплантати. Важливо розуміти переваги і недоліки тих чи інших

матеріалів та методів виготовлення ортопедичних конструкцій, а також їх вплив на зубощелепну систему та стан тканин навколо імплантатів.

Мета роботи: визначити найкраще поєднання матеріалів та методів виготовлення конструкцій з них. Розібрати переваги та недоліки конструкцій з різних матеріалів та обрати найпрактичніші у використанні. Також розглянути технічні етапи виготовлення конструкцій та обговорити необхідне устаткування.

Короткий виклад матеріалу: переваги та недоліки застосування металокерамічних конструкцій, конструкцій на титанових основах з різними типами облицювання та конструкцій з опорою на карбонові каркаси. Переваги використання титанових основ над литими, адже титанові балки володіють високою міцністю і стійкістю, що забезпечує стабільну фіксацію протезу протягом тривалого часу. Також титанові каркаси мають меншу вагу, що дозволяє зменшити навантаження на щелепу та призводить до швидшого звикання пацієнта до конструкції. Проте основною перевагою є точніше припасування балки на мультиюніти, що дозволяє досягти кращої фіксації імплантатів, підвищення довговічності протезики та забезпечити покращення якості життя пацієнта.

Висновки: процес вибору матеріалів та методів для виготовлення ортопедичних конструкцій має велике значення для успішного лікування. Розглянувши переваги та недоліки різних варіантів, можемо зробити висновок, що оптимальне поєднання матеріалів та методів виготовлення залежить від індивідуальних особливостей пацієнта та його потреб. Таким чином, важливо забезпечити гнучкість у виборі та використанні різних технологій для досягнення оптимальних результатів у реабілітації зубощелепної системи.

5. МАШИННА ІНСТРУМЕНТАЛЬНА ОБРОБКА КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ СУЧАСНИМ НІКЕЛЬ-ТИТАНОВИМ ІНСТРУМЕНТАРІЄМ. СИСТЕМА PRO TAPER

Доповідачка: Ковальчук Вікторія (ІСТ-3, відділення «Стоматологія» (зубний гігієніст) Луцька філія ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»).
Науковий керівник: викладач терапевтичної стоматології Ярошик М.І.

Актуальність. Після проведення безлічі досліджень для стоматологічної практики були запропоновані обертові нікель-титанові (NiTi) інструменти. Завдяки своїй гнучкості вони значно полегшують проходження, надання форми і очищення викривлених корневих каналів. На сьогоднішній день значно зростає кількість пацієнтів із складними, викривленими і склерозованими каналами. Простота у використанні, швидкість, ретельність, ергономічність і комфорт – все це сприяє подальшому поширенню NiTi систем.

Мета. Дослідити конструктивні особливості та вивчити механізми роботи із NiTi інструментами, охарактеризувати показання до застосування NiTi інструментів та їх переваги над ручними стальними інструментами.

Короткий виклад матеріалу. У NiTi сплавах, що отримали назву «Nitino», вміщують 55% або 60 % нікелю. Важливими властивостями NiTi сплавів є низький вигинаючий момент, що забезпечує високу гнучкість інструментів, і низький модуль еластичності.

В результаті досліджень було доведено, що застосування NiTi інструментів дозволяє уникнути небажаного випрямлення, уступів, зіпшінгу, втрати робочої довжини.

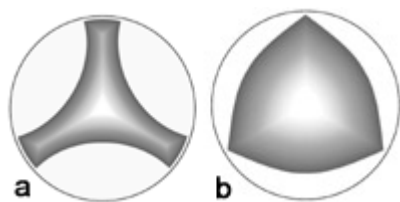
В опублікованих дослідженнях підкреслюється, що за допомогою NiTi файлів можна препарувати викривлені кореневі канали з більшою повнотою збереження їх форми.

Для поліпшення конусності кореневого каналу і ефективності препарування працюють файлами різної конусності. У багатьох системах це комбінація 02 %, 04 % і 06 %, але для коронкового розширення використовують і конусності до 12 %.

Більшість NiTi систем функціонують за принципом Step-back або Crown-down, тобто кореневий канал відкривається поетапно, від коронкової до апікальної частини. Поєднання застосування цих методик і конструктивних

особливостей розглянутих інструментів значно знижує ризик і обсяг випрямлення, а також зменшує кількість дебриса, що транспортується в апікальну зону і за межі апекса.

Всі вказані характеристики NiTi систем подібні між собою. Однак існує принципова відмінність: Інструменти ProFile (Maillefer) мають широкі бічні направляючі поверхні – «radial lands» (рис. А). У інструментів FlexMaster немає широких бічних направляючих поверхонь (рис. В). Це більш агресивний в порівнянні з іншими NiTi системами інструмент.



При використанні механічного приводу в роботі NiTi інструментів необхідно дотримуватися постійного числа обертів (від 150 до 300 об./хв.). Для оптимізації застосування інструментів використовують ендодонтичний мікропроцесорний мотор з контрольованим зусиллям – EndoStepper (S.E.T., Olching) або VDW Endo It Control.

За допомогою дисплея спочатку вибирається послідовність (вузькі, середні, широкі канали та ін.), потім – безпосередньо закріплюється інструмент. У пам'ять мотора введений критичний обертальний момент для файлів будь-якого розміру і конусності. Після досягнення цього показника мотор зупиняється.

Загальні принципи препарування обертливими NiTi інструментами:

- прямолінійний доступ до отворів корневих каналів;
- ретельне визначення робочої довжини і відповідне юстирування стопора;
- постійна частота обертання інструменту;
- неприпустимо продовжувати роботу в каналі файлом, який уже застряг;
- інструмент повинен здійснювати в каналі пасивні зворотно-поступальні рухи без додатка апікального зусилля ;

- препарування завжди слід здійснювати у вологому кореновому каналі з використанням гелю або рідких лубрикантів;
- часті і інтенсивні промивання;
- точне документування частоти використання каналорозширювачів, для виключення втомних зламів;
- оптичний контроль деформування інструментів до і після використання.

З метою економії інструменту обробку прямих і широких каналів можна виконати з тією ж ефективністю і якістю, використовуючи традиційні ручні інструменти зі сталі.

Дистальний корінь нижніх молярів особливо часто має поперечний зріз у вигляді щілини або овалу. Висока гнучкість NiTi файлів ускладнює проштовхування інструменту в щічні відгалуження коренових систем. Отже, необхідно препарувати ці відгалуження ручними каналорозширювачами.

Якщо вже на початковому етапі лікування в стінці каналу був зроблений уступ, то NiTi інструменти не можуть успішно обійти його. Супергнучкі NiTi файли можна зігнути заздалегідь; тому, натикаючись на уступ, вони застряють на ньому. У подібних ситуаціях потрібне попереднє нівелювання уступу за допомогою ретельно вигнутого ручного інструменту.

Деякі дослідники рекомендують видаляти гутаперчу з коренового каналу за допомогою обертових NiTi інструментів. Однак надійність цього методу сумнівна.

Висновки. Якщо кореневий канал оброблений в повному обсязі, не можна розраховувати на терапевтичний успіх. Система NiTi інструментів успішно застосовується для проходження і обробки викривлених коренових каналів.

Нікель-титанові обертаючі інструменти ПроТейпер були спеціально створені для препарування анатомічно особливо складних каналів, але їх можна з успіхом застосовувати і для роботи зі звичайними каналами. Завдяки унікальному дизайну вони володіють неабиякою гнучкістю, ріжучою ефективністю і високим рівнем безпеки.

6. ГНАТОЛОГІЯ ЯК “МОЛОДИЙ” ПІДРОЗДІЛ СТОМАТОЛОГІЇ

Доповідачі: **Мінчев Владислав (0-3Т-1), Титаренко Анна (1-3Т-1, відділення “Стоматологія Ортопедична”, базовий коледж ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж “Монада”).**

Наукова керівниця: лікар-стоматолог першої категорії, викладачка зуботехнічних дисциплін **Кіндій Ірина Леонідівна.**

Актуальність: Зважаючи на активний розвиток стоматології в Україні та світі потрібно більше знати й розуміти її відносно нові напрями та їх спеціалізацію.

Мета: Розібратись, що таке напрям стоматології “Гнатологія” та більше дізнатись про цю спеціалізацію, зрозуміти корисність розвитку цієї науки та довідатись які чинники впливають на розвиток і формування жувальних м’язів, зубів, пародонту та скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС).

Короткий виклад матеріалу: Як наука, гнатологія вивчає анатомо-геометричну будову черепа, біологічну механіку нижньої і верхньої щелеп, оклюзії. Також ця наука охоплює взаємозв’язок між станом хребта, кістково-м’язового скелета з зубами і щелепним апаратом.

Лікар-гнатолог при постановці діагнозу і лікуванні не обмежується ротовою порожниною, так як зубний біль може мати дуже багато різноманітних причин[2]. Отже, лікар-гнатолог дивиться на проблему значно ширше. Під час огляду він акцентує увагу на таких основних елементах: зуби, щелепи, скронево-нижньощелеповий суглоб (СНЩС), м’язи.

Зубощелепна система складається з великої кількості кісток (щелепні, носові, виличні), м’яких тканин (губи, щоки, язик), м’язів (мімічна і жувальна мускулатура), а також зубів, слинних залоз і скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС).

При гнатологічному обстеженні СНЩС обстежується у пергу чергу через те, що це один з найскладніших суглобів у нашому організмі. Найчастіше порушення СНЩС - це зміщення суглобової головки нижньої щелепи наслідком

якого зазвичай є защемлення нервово-судинного пучка, це призводить до сильного болю та проблем з жуванням їжі.

Для отримання точної, повноцінної картини стану пацієнта потрібно зробити такі дослідження: комп'ютерну томографію СНЩС у різних положеннях, аксіографію та пальпацію жувальних м'язів.

Рекомендацій, що до систематичного відвідування лікаря-гнатолога немає, проте якщо пацієнт спостерігає у себе скрип зубами (бруксизм), асиметрію обличчя або губ, клацання або хрускіт при жуванні і змиканні зубів, зубний біль разом з больовими відчуттями в області шиї і хребта, то це – гнатологічний пацієнт. Також, в деяких випадках, при ортодонтичному або ортопедичному лікуванні потрібно звертатись до гнатолога.

Можна виділити низку причин, які призводять до появи гнатологічних порушень. До основних слід віднести: вроджені особливості будови зубощелепної системи, наявність неправильного прикусу, наслідки від видалення зуба, неправильно встановлені пломби, протези, коронки або брекети, травми спини чи хребта, напруження лицевих м'язів та багато іншого.

Також гнатологія займається дослідженням та діагностикою жувальної поверхні зуба, яка має понад двадцять елементів, що впливають на процес. Ця інформація використовується під час протезування.

Враховуючи все вищесказане, лікар-гнатолог має такі основні завдання: визначення проблем зміщення нижньої щелепи, визначення правильного положення нижньої щелепи, встановлення оптимального способу лікування.

Гнатологічне лікування завжди починається з діагностики і постановки попереднього діагнозу. Якщо буде потрібен план комплексної корекції зубощелепної системи, то може знадобитися консультація фахівців з суміжних стоматологічних галузей – ортодонтії та ортопедії. Далі в процесі індивідуальної бесіди між лікарем і пацієнтом з'ясовуються подробиці стоматологічної проблеми, також прийом до гнатолога входить до пакета підготовки до ортодонтичного та ортопедичного лікування, адже ці області щільно взаємопов'язані, а ретельна діагностика – обов'язковий компонент успішного

лікування. Лікар-гнатолог може призначити КТ скронево-нижньощелепного суглоба у відкритому і закритому положенні. Крім того, можуть застосовуватися і інші види досліджень: конділографічне (для обстеження рухомих елементів СНЩС), аксіографічне (для обстеження рухів суглобової головки і розрахунку кутів нахилу площин змикання зубів), міографічне (для обстеження жувальних м'язів і якості статичного і динамічного змикання зубів). У гнатології широко застосовується рентгенологічна діагностика, а зокрема телерентгенограма — рентгенологічний знімок черепа в прямій і бічній проекціях, що застосовується для вимірювання різних відділів лицевої частини черепа відносно один одного. Телерентгенограма дає змогу визначити тип прикусу, розміщення зубів відносно щелепи, суглобів. Діагностувати асиметрію та патологію щелепно-лицевої ділянки, визначити напрями пересування зубів, ультразвукова діагностика для розуміння положення суглобового диска

Також з СНЩС можуть впливати наступні проблеми: шийний остехондроз, порушення й проблеми з травленням й диханням, різні зараження ротової порожнини, також у сукупності з іншими проблемами може виникати скуліоз і так далі.

У своєму дослідженні ми керувалися дослідницькою інформацією, наданою лікарем-стоматологом, гнатологом, кандидатом медичних наук, головним лікарем й засновником міжнародного центру гнатології “NESTORCLINIC” Нестором Романом Андрійовичем.

Висновок: Детально розглянувши питання “Що таке гнатологія?” можна зробити висновок, що гнатологія це один з суміжних та безпосередньо пов'язаних з стоматологією напрямів, який вивчає рухи нижньої щелепи, її м'язи, зуби та будову черепа загалом, також гнатологію можна сміливо назвати вельми перспективним напрямом у стоматології. Нажаль на даний час гнатологія в Україні недостатньо поширена як в інших країнах Європи. Ця наука доволі взаємопов'язана й з іншими науками що вивчають будову організму людини, наприклад: ортопедією, фізіологією, анатомією та інші. Проблеми СНЩС

можуть бути викликані проблемами з раціоном, стилем життя, хребтом та скелетом людини в цілому.

7. ГНУЧКІ НЕЙЛОНОВІ ЗУБНІ ПРОТЕЗИ

Доповідачка: Матвєєва Софія (ІЗТ-2, відділення «Стоматологія», Первомайська філія ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»)

Науковий керівник: викладач зуботехнічних дисциплін Коноваленко Д.А

Актуальність. Незважаючи на розвиток медицини в цілому та постійний прогрес, деякі проблеми, що виникають при протезуванні знімних зубів, як і раніше, непереборні. Сьогодні в ортопедичній стоматології застосовуються різноманітні види протезування. Саме нейлонові зубні протези позитивно зарекомендували себе. З цим матеріалом активно працює багато стоматологічних лабораторій мегаполісів. З його допомогою здійснюється якісне протезування.

Метою роботи є дослідження історії виникнення та розвитку нейлонових протезів, їх актуальне застосування в ортопедичній стоматології. Проаналізувати переваги та недоліки.

Короткий виклад матеріалу. Нейлон був уперше представлений як матеріал для виготовлення основ зубних протезів ще в 1953 році. Завдяки своїм властивостям, у першу чергу гнучкості, він мав замінити різноманітні сплави металів і акрилові комбінації, що доволі широко розповсюджені в сфері протезування знімних зубів. Протягом багатьох років цей матеріал використовується більш ніж у 90 країнах світу. З 2001 року нейлонові протези стали застосовувати на пострадянському просторі. Вони набагато міцніші за аналоги з акрилових пластмас, абсолютно безпечні для людини і мають досить високий рівень еластичності. Їх актуальність полягає у тому, що вони не привертають уваги оточуючих. Вони виготовлені з напівпрозорого матеріалу, наближеного кольором до природного відтінку ясен. Для фіксації цього виду протезів використовуються дентоальвеолярні кламери, які не будуть помітні іншим. Можна з упевненістю говорити про те, що нейлонові протези не

зламаються за жодних умов. Більше того, саме цей вид зубних протезів ідеально підійде пацієнтам із травмонебезпечними професіями, наприклад спортсменам. Нейлонові протези абсолютно безпечні для здоров'я й не мають побічних ефектів. За дослідженнями стоматологів-ортопедів нейлоновий протез має ряд переваг та недоліків. Нейлонові протези безпечні для здоров'я пацієнта та є гіпоалергенними, на відмінну від звичайного пластмасового протезу. Нейлонові протези стійкі до поломки, тому що їх фізичні властивості дозволяють їм бути достатньо еластичними при високому показнику міцності. Але саме ця властивість одночасно розкриває і недоліки протеза — відсутність міцності і недовговічність.

Висновок. Прогрес не стоїть на місці, і цей напрям у стоматології активно розвивається, тож не виключено, що найближчим часом нейлонові протези стануть досконалішими та набудуть додаткових переваг перед іншими матеріалами. Тому що, основною перевагою нейлонового протезування зубів із використанням гнучкої основи полягає в її м'якості, що дозволяє швидко звикнути до оновлень у ротовій порожнині.

8. ГІГІЄНА РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ – ХРОНОЛОГІЧНИЙ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ФОРМУВАННЯ СУЧАСНИХ ЧЕК- ЛИСТІВ ПРОФЕСІЙНОЇ ГІГІЄНИ

Доповідачка: Жарікова Анастасія (ІСТ-1, відділення «Стоматологія», базовий коледж ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»).

Наукова керівниця: к. мед. н., викладач вищої категорії стоматологічних дисциплін Байдалка І.Д.

Актуальність. Не зважаючи на стрімкий розвиток інноваційних технологій у світовій медицині, зокрема й стоматологічній практиці високі показники ураженості карієсом та захворюваннями тканин пародонту потребують постійного аналізу та корекції підходів до забезпечення гігієнічного догляду за ротовою порожниною.

Мета. Проаналізувати історичну хронологію догляду за ротовою порожниною та дослідити обізнаність про основні сучасні аспекти професійної гігієни серед студентів ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада».

Короткий виклад матеріалу. З незапам'ятних часів у людей виникали проблеми з зубами. Згідно заяви ВООЗ, станом на 2023 р. майже половина населення світу – 3,5 млрд. людей (у 194 країнах) страждає на захворювання порожнини рота, число випадків ураження карієсом та захворювань тканин пародонту в світі збільшилося на один мільярд за останні 30 років. При чому, основною причиною, як і у стародавніх етрусків (в 7 столітті до нашої ери) сьогодні вважається неправильний догляд за ротовою порожниною.

Ще в доісторичні часи (згідно з поширеною думкою, історія почалася з винаходом писемності в 4 тисячолітті до нашої ери) проглядаються перші ознаки профілактики стоматологічних захворювань за допомогою гігієни порожнини рота.

Так:

- давні предки чистили свої зуби жорсткими стеблами трави;
- в Індії, Єгипті, на Близькому та Далекому Сході близько 5 000 років тому використовували для гігієни ротової порожнини зубочистки, які виготовлялися з дерева, металу, кісток, рогів, а також голок дикобраза;
- єгиптяни в той самий час думали над тим, як допомогти зубам, щоб не доводилося їх видаляти. Для цього вони винайшли першу зубну пасту (склад: добре подрібнена пемза, шкаралупа від яєць, мирра, попел від нутрощів бика);
- римляни також ставилися до догляду за зубами досить серйозно. Вони теж чистили зуби, але не пастою, а порошком, основою якого був аміак. Звичайно, запах у такого засобу був не дуже приємний, зате він відмінно справлявся з нальотом;
- першу щітку придумали китайці в 14-му столітті. Але вона виглядала швидше як невеликий віничок.

А ось і перші згадування про професійну гігієну ротової порожнини! У римських патрицій було прийнято мати спеціальних рабів, які були відповідальні за чистоту зубів господаря.

Сьогодні гігієна ротової порожнини вкрай важлива тому, що являється основним елементом профілактики стоматологічних захворювань. В першу чергу це індивідуальне систематичне чищення зубів за допомогою обов'язкових

предметів і засобів (зубної щітки, нитки, пасти). Але вплив урбанізації призвів до появи невід'ємної складової в роботі стоматолога: дентального гігієніста із забезпеченням проведення професійної гігієни згідно унікальних чек-листів, СОП-ів.

Саме за Європейськими стандартами професійна гігієна ротової порожнини включає використання мануальних методик, апаратурних скейлінгів, системи Air-flow та антибактеріальних, фтормісних, ремінералізуючих засобів.

Чому ж при таких новітніх технологіях спостерігається зростання каріозних уражень та захворювань тканин пародонту?

Для аналізу ситуації нами було проведено опитування серед 22 студентів 0-ЗТ-1, 1-ФМ-1, 1-ЛС-1, 1-СТ-1, 1-ЗТ-1, 1-МС-1 груп ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада», яке включало 12 питань гігієни ротової порожнини.

Результати:

- 60 % опитаних розуміють, що професійна гігієна ротової порожнини повинна включати комплекс різних методик;
- 59-ти % проводилась гігієна ротової порожнини, натомість 41-му % студентів ніколи не проводилась. При чому тільки 27-ми % цю маніпуляцію проводив дентальний гігієніст, а 68-ми % – лікар-стоматолог та 5-ти % помічник стоматолога;
- у 78 % студентів при професійній гігієні проводився контроль якості догляду за ротовою порожниною за допомогою барвників;
- у 78 % після професійної гігієни проводилась демонстрацію правильного догляду за зубами;
- 55 % опитаних усвідомлює, що після професійної гігієни ротової порожнини необхідно одразу ретельно індивідуально доглядати за зубами, оскільки вже через 3 години можна виявити на них ознаки присутності зубних відкладень;
- 80 % усіх студентів дотримується рекомендацій щодо необхідної заміни мануальної зубної щітки новою після професійної гігієни.

Висновки. Отримані дані свідчать про те, що для досягнення максимальної ефективності професійної гігієни ротової порожнини, як елемента профілактики стоматологічних захворювань, необхідно забезпечити дотримання сформованих сучасних чек-листів, з підкріпленням санітарно освітньою роботою серед пацієнтів та максимально забезпечити виконання маніпуляцій спеціально навченим персоналом – дентальним гігієністом.

9. HELBO-ТЕРАПІЯ НОВІТНЯ МЕТОДИКА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАННЯ ПАРОДОНТИТУ

Доповідачка: **Шепетюк Надія Юріївна** (ICT-1, відділення «Стоматологія», ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»).

Наукова керівниця: викладачка терапевтичної стоматології **Янушевич І.Б.**

Актуальність. В наш час багато людей страждають захворюваннями пародонту, причиною виникнення яких є біоплівка. Стрімкий розвиток сучасної стоматології дає можливість усунути вплив мікрофлори на виникнення запальних процесів завдяки новому приладу Helbo.

Мета. Дослідити новітні способи та методи лікування в пародонтології за допомогою сучасного приладу фотодинамічної терапії.

Короткий виклад матеріалу. За даними літературних джерел застосування Helbo-терапії швидко позбавляє пацієнтів від запалення та інфекцій або ж сприяє швидкому загоєнню. Лікування базується на маркуванні стінки бактерій світлочутливими молекулами, які дифундують так звані фотосенсітази Helbo-blue у біоплівку, потім вони активуються лазерним випромінюванням та передають енергію на локальний кисень (синглетний) який руйнує 99% бактерій, які спонукають до розвитку захворювань пародонту.

Висновки. Helbo – це новий метод у стоматології, що дозволяє боротися з усіма видами бактерій, які локалізуються в ротовій порожнині і дає перемогу над ними без застосування антибіотиків, впливаючи на патогенні мікроорганізми, а також – профілактика захворювань пародонту.

СЕКЦІЯ «ФАРМАЦІЯ»

1. ЕСТЕТИЧНА КОСМЕТОЛОГІЯ ОБЛИЧЧЯ. КОСМЕТОЛОГІЯ ЯК ПСИХОЛОГІЧНА ПРАКТИКА

Доповідачі: Булик Тетяна, Пальок Данііла (ФМ-2, відділення «Фармація», Хустська філія ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»)

Науковий керівник: завідувач відділення «Фармація» Вучкан Р. І.

Актуальність. Термін «косметика» у багатьох асоціюється з поняттям «краса», проте доволі часто виникають ситуації, коли саме косметичні засоби викликають небажані реакції з боку організму або навіть призводять до серйозних захворювань. З огляду на це, вважаємо, що тема «Естетична косметологія обличчя. Косметологія як психологічна практика» є актуальною та потребує всебічного висвітлення.

Мета. Ознайомлення з різними методами покращення стану шкіри. Розширити знання про особисту гігієну, догляд за шкірою, косметичні засоби. Розвивати негативне ставлення до шкідливих звичок. Виховувати культуру дбайливого ставлення до своєї зовнішності.

Короткий виклад матеріалу. Естетика (грец. αἰσθητικός пізнавальний) чуттєва наука, що вивчає природу естетичної свідомості. Основною категорією естетики є краса — характеристика об'єкта чи ідеї, яка в процесі її споглядання, осмислення приносить людині задоволення, насолоду. В естетичній медицині таким об'єктом є людина, її зовнішність, що характеризує так звану фізичну красу. Еталони моди, фізичної краси змінюються, але, як казав св. Діонісій Ареопагіт: «У розмаїтті змін краса залишається вічною». Метою естетичної медицини є відновлення і збереження фізичної та моральної краси людини.

Серед медичних галузей зовнішні естетичні проблеми людини вирішують, перш за все, дерматологія, косметологія, наномедицина, стоматологія, хірургічна стоматологія та щелепно-лицева пластична хірургія. Втім, зовнішня естетика неможлива без естетики внутрішньої, яку зумовлює загальний стан здоров'я

людини, а це забезпечують загальна терапія, ендокринологія, імунологія, наномедицина та інші дисципліни.

Естетикою називають науку про красу. З цим пов'язаний і той факт, що практично всі послуги у косметологічному кабінеті, які не мають терапевтичного ефекту, будуть належати до сфери естетики. Завдяки цій галузі в б'юті-індустрії, з'явилася можливість створювати-ідеал чистої краси і здоров'я. Слід зазначити, що в косметологічних кабінетах використовується тільки професійна косметика. Крім того, повинні враховуватися індивідуальні особливості шкіри кожної людини.

Естетична косметологія – це всі види лікувальних процедур для обличчя. Чистка, лікування проблемної шкіри, пілінг обличчя, лікування куперозу, косметологічний догляд, зволожуючі, ліфтингові, сезонні процедури, догляд за шкірою підлітків, масаж обличчя, авторський масаж обличчя «anti-age».

Зволоження — один з найважливіших етапів у догляді за шкірою обличчя. Як і весь організм, шкіра потребує достатнього зволоження. Ми застосовуємо безліч різноманітних кремів, сироваток, масок, регулярно проводимо очищення шкіри, але найголовніше, що їй необхідно — це зволоження. Без достатньої кількості води шкіра втрачає пружність, стає в'ялою. Саме тому зволоження має таке важливе значення, тому, Ви можете уявити, що відбувається, коли шкіра недостатньо зволожена? З'являються зморшки, втрачається еластичність, шкіра стає сухою. Все це призводить до старіння шкіри. А проблема, всього-на-всього, полягає у недостатній зволоженості. Але не забувайте про те, що зволоження повинно бути розумним. Не тільки дефіцит, але й надлишок води впливає негативно для того, щоб ваша шкіра завжди виглядала бездоганно, не забувайте про цю складову догляду.

Шкіра — це дзеркало нашого організму, яке, як індикатор, попереджає про багато захворювань внутрішніх органів. Тільки здорова шкіра може ефективно виконувати свої функції й мати чудовий зовнішній вигляд. Оберігайте вашу шкіру від шкідливого впливу агресивних чинників зовнішнього середовища, таких, як сонячний ультрафіолет, вітер, холод, Особливу увагу приділяйте гігієні

шкіри, регулярно відвідуйте косметолога, їжте більше овочів і фруктів — це основне джерело вітамінів та мікроелементів, необхідних організму. Пийте багато води. І найголовніше, позбудьтеся шкідливих звичок: алкоголь і нікотин призводять до передчасного старіння шкіри. Для того, щоб поліпшити стан шкіри, іноді достатньо змінити харчування. Потрібно зменшити кількість уживаних вуглеводів. Вуглеводи, які містяться в білому хлібі, макаронах, бісквітах і цукерках, — вороги чистої шкіри. Дослідження показали, що перехід на цільнозернові продукти допомагають позбавитися від прищів. Вже за десять тижнів кількість чорних крапок і білих вугрів скорочується на 28%, а акне — на 71%.

Натомість слід включити в свій раціон продукти, багаті такими елементами, як цинк, сірка, кремній, антиоксиданти і вітаміни, які містяться в таких продуктах:

- насіння, горіхи, бобові, зелень;
- м'ясо, морепродукти, риба (бажано лосось, форель, скумбрія, оселедець), яйця;
- кокос, спіруліна, оливкова олія холодного віджиму, редис, огірки, авокадо, морква;
- ягоди (підійдуть навіть заморожені), апельсини, мандарини, ківі, ананаси.

Також рекомендується пити обліпиховий і зелений чай. В обліписі багато бета-каротину і провітаміну А, а зелений чай є потужним антиоксидантом, який допомагає виводити токсини з організму. Рекомендовано пити 1-2 чашки в день.

Косметологія обличчя — особливе таїнство. Дотик до лиця — процес інтимний: довірити його можна тільки людині, яку, як мінімум, не боїшся. Тим більше це актуально для випадків відчутного фізичного впливу, якими є мезотерапія, плазмоліфтинг обличчя, майже вся ін'єкційна і апаратна косметологія. Плазмоліфтинг, зокрема, передбачає ще й забір крові клієнтки з вени. Саме з цієї крові на спеціальному обладнанні виділяється плазма з великою кількістю тромбоцитів, яка потім і вводиться під шкіру у вигляді ін'єкцій. Секрет в тому, що ін'єкції з власної плазми організмом негативно сприймаються не

можуть. До того ж після процедури стаціонарна реабілітація клієнтці не потрібна — до виходу в світ оновленою, посвіжілою і молодшою потрібно просто дочекатися, коли зійдуть сліди від уколів. Зрозуміло, отриманий ефект у вигляді підтягнутої, пружної, оксамитової шкіри стає щедрою винагородою за невеликий дискомфорт. Однак погодьтеся, що довірити таку процедуру, як плазмоліфтинг обличчя, можна тільки косметологу, який вселяє симпатію, має доступ не тільки до тіла, але і до душі. Тому косметологія і психологія знаходяться ближче, ніж прийнято думати.

Набагато важливіше те, як жінка відчуває себе всередині, ніж те, який вона має зовнішній вигляд. Адже що дійсно робить жінок красивими, так це впевненість у тому, що їм комфортно у власному тілі. Жінка, яка твердо впевнена у своїй красі, зуміє, врешті-решт, переконати в ній усіх інших.

Висновок. В гонитві за молодістю і красою, будьте уважними до свого здоров'я. «Не шкодуйте часу для своєї шкіри. І вона вам віддячить: очистить, захистить, зігріє, стане вашою візитною картою, адже зустрічають людину за зовнішнім виглядом...».

2. РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ДО АНТИБІОТИКІВ – ПРОБЛЕМА СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ

Доповідачка: Шелевей Каріна (ФМ-3 відділення «Фармація», Ужгородська філія ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»).

Науковий керівник: Кочержук А. М.

Актуальність. Антибіотикорезистентність є серйозною загрозою для сучасної медицини, оскільки швидко розвивається і поширюється. Препарати, які ще декілька років тому були ефективними, зараз втрачають свою ефективність і їх використання обмежується. Використання антибіотиків потребує глибоких знань та урахування тенденцій розвитку резистентності мікроорганізмів. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, стрімке збільшення стійкості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів загрожує

зруйнувати досягнення медичної науки останніх 50 років у сфері охорони здоров'я.

Мета. Вивчення проблеми антибіотикорезистентності як актуальної проблеми сучасної медицини. Визначення основних причин, які спричиняють розвиток антибіотикорезистентності. Вивчити стратегії та заходи, які можуть бути вжиті для запобігання поширенню антибіотикорезистентності.

Основний механізм дії антибактеріальних препаратів полягає у пригніченні життєдіяльності мікроорганізмів шляхом порушення їх метаболічних процесів, необхідних для життя. Це досягається через зв'язування антибіотика з певними ферментними системами або структурними молекулами мікроорганізму, в результаті чого відбувається інактивація ферментного комплексу або розщеплення структурної молекули.

Антибіотикорезистентність визначається як стійкість штаму патогенного мікроорганізму до дії одного або кількох антибактеріальних препаратів. Резистентність мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів може бути як природною, так і набутою. Природна стійкість пояснюється відсутністю у мікроорганізму мішені для дії антибіотика. Термін "набута стійкість" застосовують у випадках, коли в чутливій до даного препарату популяції мікроорганізмів знаходять резистентні варіанти. Вона виникає, в основному, внаслідок мутацій, що відбуваються в геномі клітини.

Формування антибіотикорезистентності у всіх випадках зумовлене генетично внаслідок набуття нової генетичної інформації, чи зміни рівня експресії власних генів. Мікроорганізми здатні передавати інформацію про стійкість до антибіотиків шляхом горизонтальної передачі генів (під час безпосереднього контакту однієї бактерії з іншою). Одним із способів передачі генетичної інформації про резистентність до антибактерійних препаратів є бактерійні плазмідні.

Плазмідні - невеликі дволанцюгові кільцеподібні молекули ДНК, що існують у мікробній клітині окремо від хромосоми і здатні до реплікації. Плазмідні, як

правило, успадковуються під час поділу бактерійної клітини, однак, вони можуть захоплюватись бактеріями із зовнішнього середовища.

На даний час відомо декілька основних механізмів виникнення антибіотикорезистентності: ферментативна інактивація антибіотика, у першу чергу за допомогою В-лактамаз, порушення проникності зовнішньої клітинної мембрани, модифікація мішені переважно за рахунок мутації, активне виведення (ефлюкс) антибіотика з бактерійної клітини через клітинні канали.

В-лактами є найчисленнішим і найчастіше використовуваним класом антибактерійних засобів. Найбільш поширеним механізмом резистентності бактерій до В-лактамінів є їх ферментативна інактивація за допомогою В-лактамаз. Розповсюдження стійкості, яка пов'язана з В-лактамазами широкого та розширеного спектру, знижує вірогідну ефективність застосування антибіотиків даного класу при будь-якій патології.

В аміноглікозидів найпоширенішим механізмом набутої резистентності є їх ферментативна інактивація. Інактивованій антибіотик втрачає здатність до зв'язування з рибосомою бактерії і втрачає свою ефективність. Аміноглікозиди мають ще кілька механізмів, які забезпечують резистентність - зниження проникності клітинної стінки внаслідок мутацій, та активним виведенням препарату з мікробної клітини.

Механізм дії фторхінолонів обумовлений блокуванням ферментів топоізомерази IV та ДНК-гірази у бактеріях. Резистентність до фторхінолонів може бути обумовлена мутаціями в генах, що кодують ці ферменти, а також активним виведенням препарату з мікробної клітини. Таким чином, формування клінічно значущої резистентності відбувається у випадку виникнення мутацій у генах, що кодують обидва ферменти, а одночасне виникнення подвійних мутацій маловірогідне.

Висновки. Антибіотикорезистентність є серйозною проблемою сучасної медицини. Розповсюдження резистентних мікроорганізмів загрожує ефективності лікування і призводить до зростання інфекцій, що їм стійкі. Причини антибіотикорезистентності складні і включають надмірне

використання антибіотиків, нераціональне призначення препаратів, самолікування та незаконне використання антибіотиків у тваринництві та сільському господарстві. Розробка нових антибіотиків є складним і дорогим процесом, і комерційні перспективи таких препаратів не є дуже привабливими для фармацевтичних компаній.

Для подолання проблеми антибіотикорезистентності потрібен комплексний підхід, включаючи розумне використання антибіотиків, посилення контролю резистентності, знання механізмів цього феномену, розвиток нових форм лікування та підтримку наукових досліджень. Усвідомлення людиною важливості боротьби з антибіотикорезистентністю є ключовим чинником в цьому процесі. Регулярна освіта та свідоме використання антибіотиків можуть сприяти зменшенню резистентності і покращенню результатів лікування інфекцій. Оскільки розробка нових антибіотиків потребує часу і ресурсів, пріоритетним є попередження поширення резистентності та збереження ефективності вже існуючих антибіотиків.

3. ОПРАЦЮВАННЯ СКЛАДУ, ТЕХНОЛОГІЇ ТА ДОСЛІДЖЕННЯ **ЗУБНОГО ЕЛІКСИРУ З МЕТРОНІДАЗОЛОМ ТА СОКОМ** **КАЛАНХОЕ ПЕРИСТОГО**

Доповідачі: Диба Анна, Єрмолаєва Юліана (1Фм-2, відділення “Фармація”, базовий коледж ВНПЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»)

Наукові керівниці: викладачка технології ліків к. фарм. н. Голейко Д.М., Зав. фарм. відділення Іванішин-Гайдучок Л.Г.

Актуальність. Значна поширеність запальних захворювань пародонту свідчить про необхідність проведення масових профілактичних та лікувальних заходів, ефективність яких визначається багатьма факторами, у тому числі й адекватною фармакотерапією. Однак з цією метою часто застосовують лікарські засоби у нераціональних формах внаслідок чого терапевтичний ефект їх незначний, інколи відзначають і побічні дії. Особливу актуальність ці питання набувають у стоматології у зв'язку з проблемою профілактики та лікування

захворювань пародонту, зокрема при їх запальних формах, що характеризується різноманітною симптоматикою і високою частотою розвитку. Тому вирішення проблеми лікування запальних захворювань порожнини рота набуває соціального значення. Відомо, що раціональна гігієна порожнини рота передбачає диференційоване використання спеціальних методів і засобів індивідуальної гігієни в залежності від характеру перебігу і ступеня розвитку генералізованого пародонту у кожного конкретного пацієнта.

Численні наукові дослідження свідчать про зв'язок гігієни порожнини рота з патологією пародонта. Доведено, що відсутність або недостатній догляд за порожниною рота сприяє прогресуванню дистрофічно-запального процесу в пародонті і, навпаки, раціональна гігієна з використанням засобів лікувально-профілактичної дії знижує інтенсивність і поширеність запальних захворювань пародонта. зубні еліксири не виправдано рідко використовують для догляду за порожниною рота. Це, можливо, пов'язано з тим, що лікарська аудиторія мало знайома з їх властивостями, складом, немає конкретних показань до застосування. Тому розроблення нових багатокомпонентних зубних еліксирів з урахуванням досягнень біофармації, а також патогенетичних особливостей хвороб пародонту - актуальна проблема сучасної терапевтичної стоматології.

Мета і завдання. Метою роботи було обґрунтувати склад та технологію зубного еліксиру для догляду за порожниною рота, вивчити стабільність даного засобу в процесі зберігання.

Для досягнення встановленої мети необхідно було вирішити наступні завдання:

- -опрацювати та узагальнити дані літератури про сучасні лікарські засоби для догляду за порожниною рота і зубами;
- -провести пошук й обґрунтувати застосування в терапії запальних захворювань пародонту ефективних біологічно активних речовин природного та синтетичного походження та на їх основі розробити рецептуру зубного еліксиру для цілеспрямованого використання в період загострення пародонтиту;

- -вивчити і проаналізувати дані літератури про фармакологічну активність метронідазолу;
- -отримати сік каланхое перистого та встановити показники його якості; - опрацювати склад і технологію зубного еліксиру з метронідазолом та соком каланхое перистого та провести оцінку якості;
- -вивчити стабільність зубного еліксиру в процесі зберігання.

Короткий виклад матеріалу. Теоретично обґрунтовано та експериментально опрацьовано склад та технологію нового багатокомпонентного засобу лікувальної дії - зубного еліксиру для догляду за порожниною рота в період загострення запальних захворювань пародонту з метронідазолом та соком каланхое перистого. Проведено оцінку якості запропонованого еліксиру, вивчено його стабільність у процесі зберігання.

Висновки.

1. При вивченні асортименту косметичних засобів для догляду за порожниною рота встановлено, що ринок України достатньо насичений такими косметичними засобами для догляду за порожниною рота, як зубні пасти, зубні еліксири косметичної дії, тоді, як зубні еліксири лікувальної дії досить рідко використовуються лікарями-стоматологами.

2. Результати досліджень показали, що до складу зубних еліксирів доцільно вводити біологічно-активні речовини, що мають протимікробну, протизапальну, кровоспинну, регенеруючу дію, а також фітопрепарати з лікарської рослинної сировини.

3. Проведено пошук і обґрунтовано застосування в терапії запальних захворювань пародонту ефективних біологічно активних речовин природного та синтетичного походження та на їх основі розроблено склад та технологію зубного еліксиру з метронідазолом та соком каланхое перистого для цілеспрямованого використання у період загострення пародонтиту.

4. Вивчена стабільність зубного еліксиру в процесі зберігання. Встановлено, що у запропонованому зубному еліксирі з метронідазолом та соком каланхое перистого органолептичні показники протягом 3-х місяців (час спостереження)

знаходилися у допустимих межах, що свідчить про його стабільність, тому даний еліксир може бути рекомендований для подальших досліджень з метою впровадження у виробництво.

4. ЛІКАРСЬКІ, РІДКІСНІ І ЧЕРВОНОКНИЖНІ РОСЛИНИ НАЦІОНАЛЬНОГО ПРИРОДНОГО ПАРКУ БУЗЬКИЙ ГАРД

Доповідачка: Доль Анна (ІФМ-1, відділення «Фармація» Первомайська філія ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»)

Науковий керівник: викладач фармакогнозії Марчук А.М.

Актуальність: В цей надзвичайно тяжкий час, поки точиться несправедлива тяжка війна, прагнемо надихнути наших студентів, викладачів, захисників України зберегти і нікому не поступитися нашими землями, на яких є перлини, яких не зустрінеш більше ніде в світі.

Мета роботи: Одна з таких перлин – НПП «Бузький Гард». Ми хочемо провести для вас віртуальну екскурсію по парку, показати рідкісні рослини, багатство флори нашого краю, звернути вашу увагу на лікарські рослини, які вивчаються в курсі фармакогнозії, познайомити з їх лікувальними властивостями.

Короткий виклад матеріалу

Сьогодні на Землі є лише кілька місць, де на власні очі можна побачити давні кристалічні породи, яким 3,5 млрд. років. На півночі Миколаївської області в долинах і притоках річки Південний Буг, де місцевість називають Гранітно-степове Побужжя, в 2009 році було створено національний природний парк (НПП) «Бузький Гард». Крім природньої краси і рослин, які не ростуть більше ніде в світі, НПП – останній автентичний природний ландшафт Запорозькій Січі.

Ранньою весною на сонячних схилах Південного Бугу можна побачити горицвіт весняний – популярну лікарську рослину з групи серцевих глікозидів. Діюча речовина горицвіту цимарин зумовлює виражену сечогінну дію. По кардіотропній дії горицвіт займає проміжне місце між строфантом і

наперстянкою. Карденоліди горицвіту не зв'язуються з альбумінами крові і не кумулюються. Основний серцевий глікозид горицвіту має високу біологічну активність. Встановлено, що глікозид цимарин найбільш близький до строфанту, він сприяє ліквідації явищ гострої серцевої недостатності, послаблює запальні і зменшує склеротичні зміни в серці, як наслідок помітно зменшується гіпотонія, сповільнюється пульс, збільшується швидкість кровотоку.

Засоби з горицвіту розширюють судини мозку і нирок, що зумовлює седативний і діуретичний ефект. Також ми можемо зустріти рослину дуже схожу на горицвіт весняний, але зменшеного розміру квіткою і з більш широкими сегментами листків – це горицвіт волзький, який по хімічному складу і фармакологічній дії схожий на горицвіт весняний.

Якщо заглибитись вздовж русла Південного Бугу в місце, де ростуть високі дерева – акація, вільха, сосна, дуб, а внизу лежить величезне каміння, то ми побачимо добре знайому нам весняну квітку з сильним приємним ароматом – конвалію звичайну, яка тут росте поряд з купиною широколистою і багатоквітковою. Купини являються домішками до конвалії і студенти в природному середовищі можуть спостерігати, що вони схожі і як їх легко можна відрізнити.

Якщо повернутися на схил річки, то після ранніх весняних лікарських рослин ми побачимо чотири види фіалок – фіалку запашну, фіалку блакитну, фіалку польову, фіалку триколірну. Крім відомої відхаркувальної і діуретичної дії за рахунок слизів і сапонінів, фіалка разом з чередою трироздільною проявляє потужний протиалергійний ефект.

В другій половині весни цвіте шипшина, частіше *Rosa canina* (собача), глід криваво-червоний, квітки якого є одним з найпопулярніших засобів в кардіології, також це сечогінний, гіпотензивний та спазмолітичний засіб, розширює периферичні коронарні судини і судини головного мозку, в результаті чого покращується пам'ять і увага.

На початку літа схили Південного Бугу, степові дороги починають пахнути чебрецем – його тут більше 10 видів: різні дрібніші види і форми. Інколи можна

зустріти материнку. Зустрічаємо також невеликі групи цмину піскового – класичний жовчогінний засіб і панацея для шлунку і підшлункової залози. Частіше зустрічаємо таку рідкісну рослину як астрагал шерстистоквітковий – рослину, якою лікувались ще єгипетські фараони

Спускаючись до річки насолоджуємося мальвою лісовою, суницею, перстачем сріблястим, астраханським. Біля самої води – перстач гусячий, пижмо звичайне, миколайчики сині; інколи спостерігаємо невеликі групи алтеї лікарської з її оксамитовим опушенням, майже в воді бачимо м'яту перцеву, а в воді м'яту водяну, аїр болотяний, незабудку.

Висновок: Розповісти про все різноманіття флори НПП Бузький Гард не можливо, але більшість відомих і рідкісних рослин ми побачили на практиці і представили вам в цій роботі.

5. ВПЛИВ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ В СКЛАДІ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ І БАДІВ НА ЗДОРОВ'Я І САМОПОЧУТТЯ ЛЮДИНИ

Доповідачка: Владова Аліна (ІФМ-1, відділення «Фармація», Первомайська філія ВПНЗ Львівський фаховий коледж «Монада»)

Наукові керівники: викладач технології ліків – **Катріченко О.А.**, викладач хімічних дисциплін – **Комарчук В.Г.**

Актуальність. Не всі БАДи є неефективними, але через подібні гучні та непідтвержені заяви, яких сила-силенна в інформпросторі, дуже велику частку з них люди приймають необґрунтовано, а не тому, що це їм потрібно. Міністерство охорони здоров'я інформує, що таке БАД та кому він справді допоможе, а в кого лише витягуватиме гроші з кишені.

Мета. Дослідити фармакологічну дію БАДів і мікроелементів на організм людини.

Короткий виклад матеріалу. Біологічна добавка містить природні або ідентичні природним компонентам речовини, призначені для покращення самопочуття та підтримання функціонування різних систем організму. Також вони призначені для профілактики захворювань, покращення здоров'я та якості

життя. Мета використання біологічно активних добавок полягає в корекції та доповненні харчового раціону. Оскільки щодня ми споживаємо оброблену, консервовану та рафіновану їжу, яка не завжди надає необхідну кількість амінокислот, вітамінів, мінералів, макро- та мікроелементів, біоактивні харчові добавки можуть допомогти заповнити ці дефіцити. Корисні добавки зазвичай включають невеликі дози різних вітамінів і мінералів, що є безпечними для організму та відповідають добовим нормам.

Вони застосовуються для:

- 1) Покращення здорового харчування конкретної особи, враховуючи її фізіологічні потреби та енерговитрати.
- 2) Доповнення дієти.
- 3) Підвищення загального захисту організму.
- 4) Покращення метаболізму.
- 5) Зміцнення імунітету.
- 6) Виведення з організму токсичних та шкідливих речовин.
- 7) Нормалізації складу кишкової мікрофлори.

Висновок. У світі є багато мікроелементів без яких неможливе спокійне існування людини. Внесення до свого повсякденного раціону недостатніх мікроелементів покращить ваше власне життя і здоров'я.

6. ПЕРСПЕКТИКИ ВИКОРИСТАННЯ ОБЛІПІХОВОЇ ОЛІЇ У СКЛАДІ РЕГЕНЕРУЮЧОГО КРЕМУ

Доповідачі: Гермаківська Вікторія, Франко Юлія (0ФМ-2, відділення «Фармація», Чернівецька філія ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж "Монада").

Науковий керівник: к.фарм.н. Горошко О.М.

Актуальність. Факторів, які впливають на пошкодження тканин організму, а особливо шкіри є багато. Як відомо, з віком природній синтез речовин, який впливає на епідерміс шкіри зменшується, окрім цього є безліч інших факторів, до яких відноситься і умови життя, догляд, кліматичні умови та харчування.

Особливо гостро стало питання пошкодження шкіри рук у період воєнних дій, коли косметичними та гігієнічними засобами важко зарадити, а кліматичні умови не працюють на користь людині. Такі умови призводять до втрати тонусу і витончення шкіри рук. Тому використання рослинних компонентів, які мають регенеруючі властивості є одним із важливих факторів.

Мета роботи. Провести пошукову роботу у вивченні доцільності використання олії обліпихової у складі екстемпорального ранозагоюючого та протизапального засобу.

Короткий виклад матеріалу. Основними елементами лікування пошкоджених тканин організму людини є регенеруючі засоби. Обліпіха – це природній унікальний продукт, який багатий біологічно-активними речовинами з регенеруючими, тонізуючими та зволожуючими властивостями. Роль даної рослини у житті людини зауважили ще в стародавні часи. Свою назву одержала рослина від грецької *hippos* «кінь» і *phaos* «світло, сяйво», що в цілому звучить як *Hipporhae thamnoides*. Перші сліди використання рослини датуються тисячоліттями та займають досить велику територію: від Олександра Македонського до буддистських монахів.

На даний час вивчено склад плодів обліпихи, який зумовлює широкий фармакологічний спектр застосування олії обліпихової. Також, вивчено деякі аспекти впливу обліпихової олії власне не шкіру людини саме за рахунок вмісту фітостеролів у її складі, які стимулюють механізми відновлення шкіри, що дозволяє дрібним ранкам та тріщинам гояться швидше.

Потужний антиоксидантний ефект обліпихи зумовлений каротиноїдів та вітаміну Е, що, дозволяє запобігати окисленню клітин які згубно впливають на зовнішній вигляд шкіри, а наявність незамінних жирних кислот сприяє підтримці еластичності та харчуванню епідермісу шкіри. Окрім властивостей запобігати появі зморшок та старіння клітин, обліпіха запобігає пошкодженням шкіри визваним УФ-вим випроміненням, використовується для відновлення шкіри пошкодженої сонцем, покращує циркуляцію крові, прискорює загоєння опіків та екзем, допомагає при atopічній шкірі, жирні кислоти створюють оклюзійну

плівку, яка зменшує трансепідермальну втрату води та регенерують і пом'якшують роговий шар, забезпечують міжклітинну структуру шкіри, чим і захищають від запальних процесів.

Враховуючи всі особливості лікарської рослини, було запропоновано крем по догляду за зраними зовнішніми факторами рук крем на основі обліпихової олії. Для вибору складу крему було проведено аналіз асортименту фармацевтичних та косметичних засобів з лікуально-профілактичною дією на ринку України. За аналізами проведеної роботи необхідно зазначити, що засоби, які проявляють регенеруючі властивості представлені у більшості в рідкій лікарській формі (25%), у меншій кількості є патчі (5%), гелі(10%), сироватки (12%), креми (8%), а також у досліджувану групу входять засоби з епідермальним фактором росту EGF 30%. При цьому імпорту препарати значно перевищують вітчизняні, та слід зауважити, що вони мають високу ціну.

В запропонований екстемпоральний засіб входить гліцерин, вазелін, мазь етонію, стрептоцид, метилурацилу, олії обліпихової.

В основу засобу поставлено задачу удосконалити крем, який проявляє підвищені тонізуючі, регенеруючі та зволожуючі властивості.

Висновки. Виходячи з результатів проведеного аналізу вважали за доцільне розробку складу і технології нового вітчизняного засобу у вигляді крему на основі обліпихової олії для застосування в лікуально-профілактичних цілях, який буде мати високі регенеруючі властивості та доступну ціну для споживача.

7. ЕКДИСТЕН – ЯК АЛЬТЕРНАТИВА АНАБОЛІКАМ

Доповідачка: Гошко Анна (ІФМ-1, відділення “Фармація”, базовий коледж ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж “Монада”).

Наукова керівниця: викладачка фармакології, фармакогнозії Тухар І.О.

ВСТУП

Анаболічні засоби - це фармакологічні засоби різної структури і походження, які впливають на різні механізми, що посилюють синтез білків в

організмі людини, виявляють анаболічну дію, і тим самим сприяють прискоренню росту м'язів.

МЕТА РОБОТИ: вивчити використання препарату “Екдистен” як альтернативу анаболічним стероїдам. Застосування анаболічних стероїдних засобів у спорті заборонене, так як вони вважаються допінговими засобами, тому вивчення дії даного безрецептурного препарату є актуальним питанням сучасної фармації.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ: вивчалися літературні огляди, статті, медичні та фармакологічні бази даних та інші веб-ресурси.

РЕЗУЛЬТАТИ: альтернативою анаболічних синтетичних лікарських засобів є використання препаратів із лікарської рослинної сировини. Відомо, що такі препарати позбавлені шкідливих побічних ефектів, також можливе їх тривале застосування. Наприклад, препарат Екдистен (Ecdysten) (стара назва Ратібол), що одержують з трави і кореня рослини Левзеї Сафроловидної (*Leuseum Carthamoides*).

За молекулярним механізмом дії екдистен схожий на аналогічні стероїди (пов'язується з рецепторами на мембранах м'язових клітин). За даними досліджень, не зважаючи на стероїдну структуру, екдистен позбавлений побічних ефектів, що характерні для препаратів тестостерону і анаболічних стероїдів. Тривалий прийом екдистену навіть у високих дозах (по 8-10 пігулок на день протягом 1-2 місяців) не викликає порушень, не справляє будь-якого негативного впливу на печінку.

Екдистем не є допінгом і може застосовуватись без обмежень з точки зору антидопінгового контролю. При цьому використання екдистену одночасно з прийомом додаткового білка виявляє виражену анаболічну дію (за силою відповідає 40% ефекту еквівалентної дози метандростенолону).

Для культуристів рекомендується приймати екдистен (по 1-3 пігулки 2-3 рази в день після їжі) в період інтенсивної роботи з великим навантаженням. Тривалість прийому від 10 до 20 днів.

Прийом екдистену доцільно поєднувати з білковими препаратами і вітамінами В1, В6, В12.

ВИСНОВОК: Лікарський засіб з трави і кореня Левзеї Сафроловидної “Екдистен” – є ефективним альтернативним препаратом анаболічних стероїдів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: анаболічні стероїди, Екдистен, ЛРС (лікарська рослинна сировина)

8. ЕФІРНІ ОЛІЇ

Доповідачка: Ончуленко Марія (ОФМ-3, відділення «Фармація», Чернівецька філія ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж "Монада").

Наукова керівниця: к.хім.н. Скрипська О.В.

Актуальність. Ефірні олії – унікальна група природних біоактивних речовин, що виробляються рослинами і зумовлюють їх запах. Це багатокомпонентні суміші летких органічних речовин. Основна складова частина ефірних або запашних олій – терпени та їх оксигеновмісні похідні (спирти, етери, естери, альдегіди, кетони), а також ароматичні й аліфатичні сполуки. Ефірні олії володіють різноманітною біологічною активністю: протизапальною, противірусною, антимікробною, дезінфікуючою, протипухлинною, ранозагоювальною та ін. Проте тільки натуральні ефірні олії володіють лікувальними властивостями. Ефективність і нешкідливість ефірних олій залежить від їх якості. В ефірні олії часом підмішують різні добавки для зменшення їх вартості і найцінніші компоненти при цьому втрачаються. За запахом натуральні і фальсифіковані олії однакові. Проте дієвість та безпечність різні. Тому контроль якості ефірних олій є необхідним і актуальним завданням.

Мета роботи: проаналізувати та узагальнити дані літератури про ефірні (запашні) олії; провести порівняльний аналіз зразків ефірних олій.

Об’єкт дослідження: Для проведення дослідження використані ефірна олія лаванди, ефірна олія розмарину справжнього, ефірна олія сосни сибірської, ефірна олія чайного дерева, ефірна олія ялицева, ефірна олія евкалипту, ефірна олія м’яти перцевої та ефірна олія апельсину.

Короткий виклад матеріалу. Ефірні олії – це складні суміші речовин з різною або подібною хімічною будовою. В окремих оліях може міститися від трьох-п'яти до двадцяти і більше компонентів у різному співвідношенні. Їх називають за видами рослин з яких їх виділяють (трояндова, геранієва, квітів жасмину та інші) або за назвою головного запашного компоненту олії (евгенольна, камфорна, цитронелова тощо).

Запашні олії містяться у різних частинах рослин (квітах, листі, стеблі, коренях, деревині) і залежно від цього їхній хімічний склад може відрізнятися. Хімічний склад залежить не тільки від виду рослини, але і від географічного розташування (клімату), пори року, ступеня дозрівання рослини. Наприклад, у пальмах, злаках, осоках кількість ефірних олій значно менша, а у рослин родини Айстрових, Салерових, Лаврових, Хвойних навпаки набагато більша. У молодих рослин ефірних олій найбільше. У рослинах ефірні олії перебувають як у вільному стані, так і у вигляді глікозидів.

За **фізичними властивостями** ефірні олії – прозорі, безбарвні або злегка жовтуваті рідини з характерним приємним запахом і пряним, гострим, пекучим смаком. Вони майже нерозчинні у воді, але добре розчиняються в спирті, хлороформі, петролейному ефірі, жирах. На папері не залишають жирних плям.

Біологічна дія та використання деяких ефірних олій.

Ефірна олія лаванди – це найпопулярніша ефірна олія. Олія лаванди виявляє антисептичну, протівірусну, спазмолітичну, ранозагоювальну дію. Її використовують як протиотруту від укусів отруйних комах і змій. Вона допомагає лікувати захворювання органів дихання, шлунково-кишкового тракту та впливає на гормональний стан людини. Ефірна олія лаванди не тільки лікує, а й усуває нервові збудження, депресію, покращує сон, заспокоює. Також це прекрасний засіб для догляду за волоссям.

Ефірна олія розмарину справжнього – одна з найцінніших олій в ароматерапії. Вона є вегеторегулятором із стимулюючою дією, покращує реологію крові, допомагає усувати спазми судин головного мозку. Зміцнює пам'ять, покращує венозний відтік і коронарний кровообіг. Вона допомагає

боротися з болем в суглобах, м'язах, також знімає спазми гладких м'язів травного тракту, жовчних і сечовивідних шляхів. Ця олія має антисептичну, протівірусну, протигрибкову, протимікробну, відхаркувальну та муколітичну дію.

Ефірна олія сосни сибірської – ефективний засіб, що живить, очищає, омолоджує шкіру та покращує її пружність. Ця олія виявляє загальнозміцнюючу, антисептичну, ранозагоювальну, антимікробну, беззаспокійливу, протизапальну, відхаркувальну, кровоспинну, імуномодельюючу, жовчогінну, сечогінну дію. Її широко використовують у лікуванні простудних захворювань, бронхіту, пневмонії, туберкульозу, кашлю курців, м'язових спазмів, ревматичних болей.

Ефірна олія чайного дерева – одна з найбезпечніших олій, рослинний антибіотик широкого спектру дії. Має виражену антисептичну, протимікробну, протівірусну, протигрибкову і протипаразитарну дію. Олія чайного дерева використовується для загоєння ран через її болетамувальні властивості, допомагає усувати запалення, набряки, покращує венозний відтік, мікроциркуляцію крові.

Ефірна олія ялицева має антисептичну, беззаспокійливу, протизапальну, відхаркувальну, імуномодулюючу, загальнозміцнюючу, стимулюючу дії. Вона здатна активізувати відновлювальні процеси для старіючої шкіри, у дерматології застосовують при боротьбі з ангулітами, гнійничковими висипами, дерматозом. Ця олія ефективно бореться з вірусними інфекціями, з простудними захворюваннями та хворобами дихальних шляхів, стимулює кровообіг та приводить в тонус м'язи. Вона має заспокійливу, тонізуючу дії. Тому її використовують при обмороженні або переохолодженні.

Ефірна олія м'яти перцевої має заспокійливу дію. Вона допомагає впоратися з емоційним виснаженням і тривожним станом. Олія м'яти володіє охолоджуючою, антибактеріальною, жарознижувальною, відхаркувальною, протизапальною та протівірусною дією. Окрім цього, вона очищає, покращує травлення, знімає спазми, оновлює клітини, знеболює, бадьорить та прояснює думки. Вона є універсальним засобом при різних захворюваннях.

Ефірна олія евкаліпту володіє сильним антибактеріальним ефектом. Вона є ефективним засобом для знезаражування і дезодорування повітря в приміщенні. Їй притаманна протівірусна, регенеруюча, ранозагоювальна, протизапальна та знеболювальна активність. Забезпечує відхаркувальний, потогінний та протизастудний ефекти. Здатна запобігати поширенню вірусів, нормалізувати секреції, прочищати слизові оболонки, відновлювати та зміцнювати імунну систему.

Ефірна олія апельсину виявляє антивірусну, антибактеріальну, жовчогінну, протизапальну, кровоочищуючу, антицелюлітну, тонізуючу, заспокійливу, антидепресивну та імуностимулюючу дію. Вона стимулює кровообіг, усуває спазми, бадьорить та налаштовує на позитивне мислення. Ефективно впливає на ліпідний обмін, зменшує вміст холестерину, покращує реологію крові, нормалізує артеріальний тиск, використовується для лікування серцево-судинних захворювань.

Дослідження ефірних олій.

Дослідження ефірних олій полягало у визначенні відсутності домішок і дослідження якості за допомогою органолептичної оцінки (визначення кольору, запаху, смаку, прозорості), фізичних і хімічних констант.

Визначення домішок. Спирт етиловий. Декілька крапель випробуваної олії наносять на воду, налиту на годинникове скло, і спостерігають на чорному тлі; не повинно бути помітного помутніння навколо краплі олії. **Жирні та мінеральні олії.** 1 мл ефірної олії збовтують у пробірці з 10 мл 90% етилового спирту; не повинно з'являтися каламуті і жирних крапель.

За результатами дослідження спирт та рослинні олії були відсутні у всіх досліджуваних зразках.

Колір (прозорість) встановлюють, помістивши 10 мл олії в циліндр із прозорого незабарвленого скла діаметром 2 – 3 см спостерігаючи у світлі, що проходить крізь скляний циліндр.

Запах визначають наступним способом: 0,1 мл (2 краплі) олії наносять на смужку фільтрувального паперу довжиною біля 12 см і шириною 3 см так, щоб

олія не змочувала країв паперу і визначають запах. Протягом однієї години запах не повинен змінюватись.

Смак встановлюють, прикладаючи до язика смужку фільтрувального паперу з нанесеною на неї краплею олії або крупинку суміші 1 г цукрової пудри з 1 краплею випробуваної олії.

Встановлено, що лавандова олія та олія ялицева погано вивітрюються на відміну від інших досліджуваних ефірних олій.

До фізичних констант належать питома вага, кут оптичного обертання, показник заломлення і розчинність у спирті. З хімічних констант основними є кислотне число (КЧ), ефірне число (ЕЧ) та ефірне число після ацетилювання (ЕЧ п.а.).

Кислотне число – кількість міліграмів калій гідроксиду, необхідна для нейтралізації вільних жирних кислот, що містяться в 1 г ефірної олії.

Константи ефірних олій і методи їхнього визначення приведені в ДФУ. Виявлено, що за значеннями показника заломлення та питомої ваги олія чайного дерева та ялицева не відповідають стандартам монографій ДФУ.

Висновки. Проведено дослідження восьми зразків ефірних олій за органолептичними та фізико-хімічними показниками (показник заломлення, питома вага, кислотне число). Встановлено, що ефірна олія розмарину справжнього та ефірна олія сосни сибірської повністю відповідають вимогам аналітично-контрольної документації ДФУ.

9. РОБОТА ІЗ ЗАПЕРЕЧЕННЯМИ У АПТЕЦІ

Доповідачі: **Костик Вікторія, Проців Софія** (1ФМ-2, відділення “Фармація”, Дрогобицька філія ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж “Монада”).

Науковий керівник: викладач фармакології **Круцай І.І.**

Актуальність. У сучасному світі, де швидкість та ефективність стають все більш важливими, професійна етика та міжособистісні навички залишаються основою в будь-якій сфері діяльності. Аптека не становить винятку з цього

правила. Робота з клієнтами в аптеці вимагає від працівників не лише знань про медичні препарати, але й вміння виявляти толерантність та емпатію під час вирішення різноманітних питань та заперечень.

Мета. Навчитись ефективно спілкуватись з клієнтами, проявляти толерантність та співпереживання під час вирішення їхніх питань та заперечень; отримати більш глибоке розуміння професійних аспектів лікарської справи, зокрема щодо властивостей, застосування та побічних ефектів різних медичних препаратів; навчитись ефективно вирішувати конфліктні ситуації та забезпечувати взаєморозуміння з клієнтами; підвищення рівня обслуговування клієнтів шляхом надання інформації та підтримки, що відповідає їхнім потребам та очікуванням.

Короткий виклад матеріалу. Аптека – місце, куди люди приходять за допомогою та підтримкою. Тому для роботи в аптеці необхідні не лише знання лікарських препаратів, але й хороше знання людей.

Заперечення клієнта – це захисна реакція на дії фармацевта, як правило, на встановлення контакту, але й може зустрічатися протягом всієї продажі. Також потрібно розуміти, що клієнт завжди прагне себе захистити, а фармацевт бачиться як якась загроза його спокою. Насамперед нам потрібно розуміти, що заперечення - це невід'ємна частина продажу і в цілому процесу переконання.

Не менш важливим є прояв емпатії. Клієнти, які звертаються до аптеки, часто переживають різні стани: від тривожності до хвороби. Вміння відчувати та співпереживати їхнім почуттям може значно полегшити їхній досвід. Навіть простий акт співчуття або підтримки може зробити велику різницю у добробуті клієнта.

Отож, важливо пам'ятати, що заперечення клієнта або питання щодо рекомендованих препаратів або методів лікування, є нормою. У таких ситуаціях аптечний фахівець повинен проявити толерантність до думок та поглядів клієнта, а також продемонструвати емпатію, спробувавши зрозуміти його мотивації та обставини.

Толерантність в контексті аптечної справи означає вміння поважати різноманітні погляди, відчуття та обставини клієнтів. У світі медицини існує розмаїття уявлень про здоров'я та методи лікування. Таким чином, аптечний фахівець повинен бути готовим зустріти різноманітні погляди своїх клієнтів та підтримати їх у виборі найбільш підходящого лікування.

Етапи роботи з запереченнями

1. Уважно дослухати до кінця;
2. Зрозуміти суть заперечення;
3. Перевірити істинність (за потреби);
4. Погодитись з важливістю ситуації для клієнта;
5. Застосувати будь-яку техніку роботи з запереченням в аптеці.

Розуміння цих професійних аспектів лікарської справи дозволяє аптечному фахівцеві надавати клієнтам необхідну та точну інформацію, яка допома їм зробити обдуманий вибір щодо їхнього лікування. Крім того, це забезпечує безпеку та ефективність лікування, що є головною метою будь-якого медичного закладу, включаючи аптеку.

Ефективна охорона здоров'я передбачає співробітництво між пацієнтом, лікарем та іншими медичними працівниками на основі відкритої і чесної взаємодії, індивідуального підходу, поваги до особистих і професійних цінностей.

У підсумку, підвищення рівня обслуговування клієнтів через надання інформації та підтримки, що відповідає їхнім потребам та очікуванням, є ключовим аспектом успішної діяльності аптеки. Забезпечення клієнтів доступом до необхідної інформації та підтримкою може покращити їхнє задоволення від обслуговування та сприяти позитивним взаєминам між аптекою та її клієнтами.

Висновки. Робота із запереченнями у аптеці вимагає від фармацевтів високого рівня професіоналізму, емпатії та вміння ефективно спілкуватись з пацієнтами з метою забезпечення їхнього здоров'я та задоволення від обслуговування.

Підвищення рівня обслуговування клієнтів через надання інформації та підтримки, що відповідає їхнім потребам та очікуванням, є ключовим аспектом успішної діяльності аптеки. Забезпечення клієнтів доступом до необхідної інформації та підтримкою може покращити їхнє задоволення від обслуговування та сприяти позитивним взаєминам між аптекою та її клієнтами.

10. ОРГАНІЗАЦІЯ МЕНЕДЖМЕНТУ У ФАРМАЦІЇ

Доповідачі: Дацко Софія, Копач Віталій (1ФМ-2, відділення “Фармація”, Дрогобицька філія ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж “Монада”).

Науковий керівник: викладач організації та економіки фармації Марчишин М.О.

Актуальність. Сучасний фармацевтичний ринок є складним та динамічним середовищем, що вимагає від компаній високого рівня ефективності та гнучкості. Організація менеджменту у фармації є критичним аспектом успішної діяльності цього сектору.

У сучасному світі фармацевтична галузь відіграє ключову роль у забезпеченні здоров'я та благополуччя населення. Вона постійно розвивається і вдосконалюється, щоб відповідати наростаючим вимогам і викликам суспільства. Одним із найважливіших аспектів успішної діяльності фармацевтичних компаній є організація менеджменту.

Мета. Розглянути та проаналізувати організацію менеджменту у фармації, висвітлити важливість кожного компонента цієї системи, визначити вплив ефективного лідерства на успішність фармацевтичних компаній та розглянути сучасні стратегії управління.

Короткий виклад матеріалу. Менеджмент – це поняття, яке використовують переважно для характеристики процесів управління господарськими організаціями (підприємствами). Організація менеджменту у фармації включає в себе ряд стратегій та практик, спрямованих на ефективне управління фармацевтичною організацією.

Фармацевтичні компанії мають складну структуру менеджменту, що відображає різні аспекти їхньої діяльності. Зазвичай, це включає в себе виробничий менеджмент, менеджмент досліджень та розробок, маркетинг та продажі, фінанси та логістику. Кожен з цих відділів виконує важливу роль у загальному успіху компанії.

Менеджмент у фармацевтичній галузі відіграє ключову роль у забезпеченні ефективності виробництва, досліджень та розробок, маркетингу та продажів, а також управління фінансами та логістикою. Розглянемо кожен з цих аспектів структури менеджменту у фармацевтичних компаніях.

Виробничий менеджмент у фармацевтичній галузі відповідає за планування та контроль виробничих процесів. Це включає управління виробничими лініями, контроль якості продукції, забезпечення відповідності стандартам якості та безпеки.

У фармацевтичній галузі дослідження та розробки є ключовими для інновацій та вдосконалення медичних препаратів. Менеджмент цього напрямку включає в себе планування та координацію наукових досліджень, аналіз потенційних ринків, оцінку технічної та комерційної перспективності розробок.

Фінансовий менеджмент у фармацевтичній галузі включає в себе планування бюджету, фінансовий аналіз, управління оборотним капіталом та інші аспекти фінансової стратегії компанії. Логістика, у свою чергу, відповідає за організацію поставок, зберігання та доставку лікарських засобів.

Загалом, структура менеджменту у фармацевтичній галузі дуже різноманітна та комплексна, оскільки ця галузь вимагає високого рівня організації та спеціалізованого підходу до управління всіма аспектами бізнесу.

Ефективне лідерство грає важливу роль у досягненні успіху фармацевтичних компаній. Лідери повинні мати відмінні керівницькі навички та бути здатними розвивати стратегії, які враховують особливості галузі. Крім того, вони повинні мати здатність мотивувати та мобілізувати команду для досягнення спільних цілей. У фармації в Україні утримує лідерство «Фармак», до нього впритул наблизилась «Дарниця», змістивши «Санofi» на третю позицію. Також

покращили свої позиції «Аціно Фарма», «КРКА», Київський вітамінний завод, «Тева», «Артеріум», «Кусум» Хелскер» та «Менаріні», навпаки, посунулися нижче, проте залишилися в десятці.

У лютому 2022 р., до повномасштабного вторгнення, загальна кількість аптечних точок в Україні становила понад 20,8 тис. Внаслідок повномасштабного вторгнення частина аптек була зруйнована, а частина закрилася, особливо в регіонах, де точилися бойові дії, та які перебували в тимчасовій окупації. Однак аптечний ринок потроху відновлюється, з червня намітилася тенденція до поступового відновлення кількості працюючих аптек, і станом на 1.09.2023 р. їх кількість зросла до 17,5 тис., що становить 84% від загальної кількості до повномасштабного вторгнення.

Лідери фармацевтичних компаній повинні підтримувати культуру інновацій та досліджень в організації. Вони мають стимулювати команду до пошуку новаторських рішень у розробці нових лікарських засобів та покращенні існуючих продуктів.

Фармацевтична галузь має високі стандарти етики та відповідальності перед споживачами та громадськістю. Ефективні лідери повинні демонструвати етичне лідерство, дотримуючись найвищих стандартів професійної поведінки та відкритості в комунікації.

Лідерство в фармацевтичних компаніях полягає не лише в розробці стратегій, але й у вмінні ефективно управляти талантами. Це включає в себе найм та розвиток кваліфікованих кадрів, створення мотиваційних програм та підтримку професійного зростання співробітників.

У фармацевтичній галузі часті зміни регуляційного середовища, технологічні інновації та конкурентний тиск. Ефективні лідери повинні бути гнучкими та адаптивними до змін, швидко реагувати на виклики та вчасно впроваджувати корективи в стратегії розвитку компанії.

Фармацевтична індустрія постійно еволюціонує, щоб відповідати зростаючим вимогам ринку, змінювати регулятивні умови та виклики глобального здоров'я. Саме тому компанії у цій галузі повинні постійно

адаптуватися та вдосконалювати свої стратегії управління. Давайте розглянемо деякі сучасні стратегії, які допомагають фармацевтичним компаніям зберігати конкурентну перевагу та досягати успіху.

Цифрові технології відіграють все більш важливу роль у фармацевтичній галузі, допомагаючи компаніям збирати та аналізувати великі обсяги даних, удосконалювати процеси виробництва та дистрибуції, а також вдосконалювати споживчий досвід. Сучасні стратегії управління включають в себе інтеграцію інноваційних цифрових рішень для оптимізації всіх аспектів бізнесу, від досліджень та розробок до маркетингу та логістики.

З урахуванням складності фармацевтичного ринку та швидких змін у регулятивному середовищі, стратегії управління все частіше включають партнерство та співпрацю з іншими фармацевтичними компаніями, академічними установами, стартапами та дослідницькими центрами. Це дозволяє обмінюватися знаннями та ресурсами, спільно розвивати нові продукти та послуги, а також зменшувати ризики та витрати.

Висновки. Фармацевтична індустрія постійно змінюється, і успішність компаній у цій галузі залежить від їх здатності ефективно адаптуватися до нових умов. Сучасні стратегії управління, такі як цифрова трансформація, партнерство, фокус на пацієнтах та управління ризиками, дозволяють фармацевтичним компаніям зберігати конкурентну перевагу та досягати успіху в динамічному середовищі.

11. ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА

ВМІСТУ КОФЕЇНУ У ЧАЯХ РІЗНИХ ВИРОБНИКІВ

Доповідачка: Хохонь Вікторія (ІФМ-2, відділення «Фармація, промислова фармація», Луцька філія ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»).

Наукова керівниця: викладачка фармацевтичної, аналітичної хімії Бельська О.М.

Актуальність. Кофеїн – соціальний токсикант, один з найважливіших чинників, що діє на стан людини. Кофеїн – це й природна речовина з групи алкалоїдів, основними джерелами якої є листя чаю та зерна кави. Після вживання чаю та кави відчувається прилив сил і бадьорість. На сьогоднішній день, у зв'язку з напруженим темпом життя, люди вживають велику кількість чаю та кави, не замислюючись над тим, яким чином кофеїн впливає на розумову діяльність та організм в цілому, і якої шкоди може завдати людині надмірне вживання кофеїномісних напоїв.

Мета: опанувати методику визначення кількості кофеїну в чаях.

Короткий виклад матеріалу. Кофеїн з натуральних джерел споживався людьми по всьому світу протягом багатьох століть. Широка присутність кофеїну у великій кількості рослин безумовно зіграла ключову роль у давній популярності продуктів, що містять кофеїн, особливо напоїв.

Людському тілу потрібна певна кількість кофеїну і дослідження показують, що до 10-12 чашок чаю на день є цілком прийнятними для організму.

Рівень вмісту кофеїну в чайній рослині – це генетична особливість, яка визначається видом, до якого належить рослина. Вид, який росте в Шрі-Ланці, *Camelia Sinesis*, має рівень кофеїну близько 2,5-4,0%.

Чай, як і кава, містить ксантини, кофеїн, теofilін і теобромін. Найвищий вміст кофеїну серед усіх дієтичних продуктів має заварена кава – близько 100 мг. на чашку. Пляшка «Коли» (300 мл.) містить 30-60 мг. кофеїну і близько 37 мг. кофеїну міститься в плитці чорного шоколаду (56 г.). Існує також велика кількість медикаментів, які містять кофеїн – як правило 200 мг. на таблетку або капсулу (фармакологічно активної дози кофеїну). У той час як чашка чаю містить близько 28-44 мг. кофеїну (FDA 1980).

Кількість кофеїну в чаї (у сухому вигляді) вища, ніж кількість кофеїну у рівній за вагою кількості висушених кавових зерен. Таким чином, з одиниці кількості чорного чаю можна отримати більше чашок чаю, ніж з рівної кількості кавових зерен. Тобто кількість кофеїну в чашці чаю менша кількості кофеїну в рівній чашці кави.

Імпортний чай, що надходить на ринок України, залежно від якості і розмірів чайнок має типові маркування, наприклад: О. – «оранж», Р. – «пекое», В. – «броукен» та ін. При всьому різноманітті видів чаю (чорний, зелений, червоний) – це не сорти, а лише способи обробки.

В якості основного матеріалу для дослідження слугував висушений чайний лист фірми «Ліптон» («Lipton») та «Ділмах» («Dilmah»).

Під час досліджень було здійснено загальний спосіб одержання алкалоїдів, екстракцію кофеїну з чайного листа за допомогою хлороформу, екстракцію кофеїну з чайного листа за допомогою води. Кількісне визначення кофеїну було здійснено методами йодометрії та ацидиметрії.

Основними хімічними методами в дослідженні були використані гравіметричний та титриметричний (алкаліметрія, оксидно-відновне титрування) методи. Результати досліджень кількісного вмісту кофеїну наведено у таблиці (Таблиця 1).

Таблиця 1

Результати досліджень кількісного вмісту кофеїну

<i>№ досліду</i>	<i>об'єм проби, мл.</i>	<i>конц. J₂, моль/л</i>	<i>об'єм J₂, мл (на титрув.) середнє знач.</i>	<i>масова частка</i>	<i>марка чаю</i>
№1-3	50	0,1	2,8	1,92	«Ліптон»,
№4-6	50	0,1	2,7	1,86	«Ліптон»,
№7-9	50	0,1	3,0	2,01	«Ділмах»,
№10-12	50	0,1	2,8	1,88	«Ділмах», чорний

Висновки. Чай містить в своєму складі кофеїн, але в зеленому чаї його вміст трохи більший, ніж в чорному. З медичної точки зору кофеїн – це класичний психомоторний стимулятор. Він має властивість порушувати нервову систему, зменшувати відчуття втоми, і проганяти сон. Артеріальний тиск при вживанні кофеїномісних напоїв підвищується, але не значно (не високо) для здорової людини і при безпечних дозах кофеїну. Проте для людей з постійно підвищеним тиском кофеїн протипоказаний. Здоровій людині кофеїн в розумній кількості не пошкодить і навіть корисний. Безпечною разовою дозою медици

вважають 100-200 міліграм кофеїну. Отже, 2-3 чашки чаю, які ми зазвичай випиваємо за день, не нашкодять нашому здоров'ю.

12. ПЕРІОДИЧНА СИСТЕМА: ВІД ПОХОДЖЕННЯ ДО МАЙБУТНІХ ПЕРСПЕКТИВ

*Доповідач: Лис Максим, (0-3Т-1), відділення "Стоматологія", базовий коледж
ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада»)*

*Наукова керівниця: Каркавчук Наталія Зіновіївна, викладачка хімічних
дисциплін.*

Актуальність: дослідження процесів утворення елементів допомагає нам краще зрозуміти природу Всесвіту і розвивати нові технології, які можуть мати велике значення для нашого суспільства і майбутнього людства.

Мета: наголосити на важливості наукових досліджень у сфері хімії та фізики, а також показати сутність процесів формування елементів у Всесвіті та їхні подальші відкриття.

Короткий виклад матеріалу: На даний момент у періодичній таблиці відкрито 118 елементів. Останній елемент Оганесон (Og) із порядковим номером 118 був відкритим у 2002 році командою вчених під керівництвом Юрія Оганесяна, і якраз на його честь був названий цей елемент. Також їхня команда відкрила останніх 10 надважких елементів, і вони не мають намірів зупинитись. І з кожним десятиліттям відкритих нових елементів стає все більше і більше, але згодом все закінчиться 137 елементом. Так званий Фейнманіум або 137 елемент буде фінальним у періодичній таблиці. У 2003 році Річард Філіпс Фейнман зробив припущення що рано чи пізно, але відкриття нових елементів зупиниться. Він за допомогою формул вирахував, що існування 138 елемента неможливе. Фейнман запропонував один спосіб визначити номер останнього елемента: чим важче ядро, тим швидше обертаються електрони на найнижчій орбіталі. А максимальна швидкість - це швидкість світла. За цією логікою можна скласти лише 137 елементів, оскільки для 138-го перший електрон досягне швидкості світла, що є неможливим.

Цікавим є питання походження елементів. Після великого вибуху в просторі був великий “киплячий суп” елементарних частинок, а в той час кварки почали об'єднуватися у перші протони і нейтрони, а потім у ядра водню. Проте ми ще не можемо внести водень в таблицю Менделєєва, оскільки для того, щоб стати повноцінним атомом, йому не вистачає електронів. Потрібно 400 тисяч років, щоб Всесвіт вистиг настільки, що електрони заспокоїлись та зайняли свої місця навколо ядра. Так з'явився повноцінний водень. Але щоб з'явилися важчі елементи треба вищі температури і тиск. Для цього потрібно самому водню зібратись в одне велике скупчення і утворити зірку. А вже там під величезною температурою і тиском будуть утворюватися наступні елементи. На жаль наше Сонце не настільки гаряче щоб дати нам щось цікавіше, ніж гелій. Щоб ми могли одержати наступні елементи нам потрібно Сонцю додати ще пару його мас. Коли температура Сонця становитиме трохи більше ніж 150 мільйонів градусів, в реакцію вступить гелій. Два атома гелію під величезною температурою сполучаються в Берилій(Be), а до нього долучається ще один Гелій і так виходить Вуглець(C). І так продукт кожної минулої реакції стає паливом для наступних елементів. І таким чином таблиця поповнюється елементами до Заліза(Fe). Оскільки залізо є особливим елементом, він є ідеальною формою існування матерії. Серед усіх елементів ядра заліза з'єднані максимально сильно, до заліза ядру вигідно приєднувати, а після нього ядрам вигідно розпадатись. На цьому елементі термоядерна реакція закінчується. Отже, якщо раніше при утворенні елементів виділялась енергія, то тепер вона буде затрачуватись. Але таблиця далеко не закінчується одним залізом, і для того щоб одержати наступні елементи нам потрібно, щоб зірка вибухнула із середини. В кінці свого життя важка зірка буде схожа на цибулину з елементів, і в один момент залізні ядра починають стискатись і стається дещо дивовижне. Матерія змінює свою форму, електрони виходять зі своїх орбіт і вдавлюються всередину атомних ядер, перетворюючи протони на нейтрони. Ці нейтрони та інші елементи вже не дотримуються соціальної дистанції, стискаючись у супер щільний клубок, який в результаті стає ядром зірки. І після цього зірка вибухає з величезною силою,

утворюючи туманності, які ми називаємо вибухом наднової зірки. Якраз це сприяє утворенні нових елементів. Летючі ядра захоплюють вільні протони і нейтрони, набирають масу, стають складними і великими. І так таблиця Менделєєва, поповнюється важкими елементами аж до урану. А дати нам чогось більше ніж Уран(U) зірки не можуть, але тут в дію вступає людина, оскільки вона створила усі наступні елементи.

На нашій землі є тільки два місця де творяться такі чудеса. Одне з них знаходиться в Берклі Каліфорнія, а друге Дубна в підмосковії. Тут циклотрони та подібні до нього малі колайдери випускають атоми важких елементів, розганяють їх до величезних швидкостей, і випускають у трубу та вистрілюють ними в нерухому мішень, після чого реєструють результати. Але зареєструвати їх дуже не просто оскільки елементи є нестабільними. Їм просто немає місця в нашому світі через те, що ядрам важких елементів складно утримувати разом протони та нейтрони, або, як кажуть вчені, енергетично не вигідно, тому вони розпадаються на більш прості й стабільні, одним словом - радіоактивні. Берем до прикладу елемент під порядковим номером 117 Унунсептій(Uus) йому дуже не зручно існувати, тому вже через 80 мілісекунд він розпадається до Московія(MC) “оскільки Росія почала вторгнення на Україну, цей елемент було перейменовано на Унунптеній(Uup)” далі через 300 мілісекунд він розпадається до Унунтрій(Uut) а ще через 6 секунд він розпадеться до Рентгенія(Rg) і так буде відбуватиметься доки він не стане стабільним елементом. Так відбувається, тому що, все в світі прагне до мінімум енергії. Також відносно недавно вчені висунули одну цікаву теорію, що в перші нано секунди весь всесвіт був одним великим атомом. Цей неймовірний елемент був під порядковим номером 10^{78} степені, що означає, що він складався з усіх частинок на світі. Відразу ж його запропонували назвати "Універсіумом" на честь Всесвіту, який він представляв у собі.

Висновок: завдяки постійному дослідженню та розвитку науки людство досягло вражаючого розуміння процесів утворення та розвитку елементів у Всесвіті. Відкриття нових елементів і дослідження їх властивостей допомагають розширювати наше знання про природу та сприяють розвитку технологій.

Сьогодні робота в області хімії і фізики елементів продовжується, а відкриття нових елементів і дослідження їх властивостей стають стимулом для подальших наукових досліджень.

ЗМІСТ

СЕКЦІЯ КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН

Бараннік Аріна

ДЕКСТРОКАРДІЯ. НОРМА ЧИ ПАТОЛОГІЯ?.....3

Гулей Оксана.

АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ОПУЩЕННЯ
НИРОК.....6

Гой Софія

ПРОТЕЗУВАННЯ КІНЦІВОК ВНАСЛІДОК ТРАВМ ВІЙНИ.....9

Майкут Софія

ІНФЕКЦІЙНИЙ ЕНДОРКАРДИТ.....13

Репета Софія

ХАРЧУВАННЯ ЯК ОДИН ІЗ ФАКТОРІВ РОЗВИТКУ ЦУКРОВОГО
ДІАБЕТУ ТА ЙОГО ОСОБЛИВОСТІ ДЛЯ ХВОРИХ
НА ЦЕ ЗАХВОРЮВАННЯ.....16

Кокіль Софія

ТОКСОПЛАЗМОЗ – СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ.....18

Чеботарьова Вікторія

НУТРИЦІОЛОГІЯ ЯК НАУКА. СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ НУТРИЦІОЛОГІЇ ТА
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТАБІЛІЗАЦІЇ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ.....21

Пічкарь Юліанна

СОНЯЧНІ ОПІКИ У ДТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ.....23

Хомуляк Юлія-Марія

ЗАГАДКОВЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ВІТІЛГО.....28

Мороз Дарина

ІНСУЛЬТ.....34

Хомишин Вікторія

ПОСТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД.....38

Омельчук Владислав

ЕКОЛОГО-ГІГІЄНИЧНІ ПРОБЛЕМИ УТИЛІЗАЦІЇ МЕДИЧНИХ ВІДХОДІВ У НАШІЙ КРАЇНІ Й ЗА КОРДОНОМ.....39

Собуцька Олександра

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У ДІТЕЙ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ.....42

Яремко Тетяна, Прокопів Роман

ФІЗІОЛОГІЯ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ.....45

Рутиня Артем

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ – ВИСОКОІНТЕНСИВНЕ ТРЕНУВАННЯ ПРИ ІНСУЛЬТІ.....47

СЕКЦІЯ СОЦІОГУМАНІТАРНИХ ДИСЦИПЛІН

Гошовська Олександра, Галушка Анна-Марія

НЕВТІЛЕНИЙ НАМІР СРСР ЩОДО ФІНЛЯНДІЇ51

Саврук Вікторія, Пелешек Марта.

РУСИФІКАЦІЯ УКРАЇНИ: ЦІЛІ ТА НАСЛІДКИ.....53

Заторська Марина , Чепурна Аліна

ДЕНИС КРИВИЙ. ГЕРОЇ НЕ ВМИРАЮТЬ - ВОНИ ПРОДОВЖУЮТЬ БОРОТЬБУ.....56

Гарас Вероніка

ІСТОРИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ХРЕЩЕННЯ КИЇВСЬКОЇ РУСИ ТА ВПЛИВ ХРИСТІЯНСТВА НА РОЗВИТОК ДЕРЖАВИ.....59

Гошовська Олександра, Галушка Анна-Марія

СЕКРЕТНІ РОЗВІДКИ УПА ПІД ЧАС ДРУГОЇ СВІТОВОЇ ВІЙНИ.....63

Паценкіна Мар'яна

СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ПІСЛЯ ПОВЕРНЕННЯ ДО УМОВ МИРНОГО ЖИТТЯ.....66

Мартин Дмитро

ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ ТА НЕЙРОМЕРЕЖІ В МЕДИЦИНІ.....69

Сливар Марія

НОВА ГЕНЕРАЦІЯ ПРАВ І СВОБОД ЛЮДИНИ (XXI СТОЛІТТЯ).....71

Фоміна Софія

ВОЛЬОВИЙ КОМПАС: НАВІГАЦІЯ ДО УСПІХУ.....74

СЕКЦІЯ «СТОМАТОЛОГІЯ»

Яцьканич Ірина

ВПЛИВ ФОТОПРОТОКОЛУ НА ПРОЦЕС

ПРОТЕЗУВАННЯ В СТОМАТОЛОГІЇ.....79

Чечура Валерія, Роганов Максим

ВИКОРИСТАННЯ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ЗУБОТЕХНІЧНІЙ

ПРАКТИЦІ.....81

Бринь Аліна

ЦИФРОВИЙ ТА АНАЛОГОВИЙ МЕТОД ЗНЯТТЯ ВІДБИТКІВ.

ВИГОТОВЛЕННЯ МОДЕЛЕЙ: ГПСУВАННЯ ТА 3D-ДРУК.....82

Жураковський Олександр, Нейверт Тимур

ТОТАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З ОПОРОЮ НА ДЕНТАЛЬНІ

ІМПЛАНТАТИ.....84

Ковальчук Вікторія

МАШИННА ІНСТРУМЕНТАЛЬНА ОБРОБКА КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ

СУЧАСНИМ НІКЕЛЬ-ТИТАНОВИМ ІНСТРУМЕНТАРІЄМ. СИСТЕМА PRO

TAPER.....86

Мінчев Владислав, Титаренко Анна

ГНАТОЛОГІЯ ЯК “МОЛОДИЙ” ПІДРОЗДІЛ СТОМАТОЛОГІЇ.....89

Матвєєва Софія

ГНУЧКІ НЕЙЛОНОВІ ЗУБНІ ПРОТЕЗИ.....92

Жарікова Анастасія

ГІГІЄНА РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ – ХРОНОЛОГІЧНИЙ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК

ФОРМУВАННЯ СУЧАСНИХ ЧЕК-ЛИСТІВ ПРОФЕСІЙНОЇ

ГІГІЄНИ.....93

Шепетюк Надія

HELVO-ТЕРАПІЯ НОВІТНЯ МЕТОДИКА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАННЯ ПАРОДОНТИТУ.....	96
---	----

СЕКЦІЯ «ФАРМАЦІЯ»

Булик Тетяна, Пальок Данііла

ЕСТЕТИЧНА КОСМЕТОЛОГІЯ ОБЛИЧЧЯ.

КОСМЕТОЛОГІЯ ЯК ПСИХОЛОГІЧНА ПРАКТИКА.....98

Шелевей Каріна

РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ДО АНТИБІОТИКІВ – ПРОБЛЕМА СУЧАСНОЇ
МЕДИЦИНИ.....101

Діба Анна, Єрмолаєва Юліанна

ОПРАЦЮВАННЯ СКЛАДУ, ТЕХНОЛОГІЇ ТА ДОСЛІДЖЕННЯ ЗУБНОГО
ЕЛІКСИРУ З МЕТРОНІДАЗОЛОМ ТА СОКОМ

КАЛАНХОЕ ПЕРИСТОГО.....104

Доль Анна

ЛІКАРСЬКІ, РІДКІСНІ І ЧЕРВОНОКНИЖНІ РОСЛИНИ

НАЦІОНАЛЬНОГО ПРИРОДНОГО ПАРКУ БУЗЬКИЙ ГАРД.....107

Владова Аліна

ВПЛИВ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ В СКЛАДІ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ І БАДІВ
НА ЗДОРОВ'Я І САМОПОЧУТТЯ ЛЮДИНИ.....109

Гермаківська Вікторія, Франко Юлія

ПЕРСПЕКТИКИ ВИКОРИСТАННЯ ОБЛПІХОВОЇ ОЛІЇ У СКЛАДІ
РЕГЕНЕРУЮЧОГО КРЕМУ.....110

Гошко Анна

ЕКДИСТЕН – ЯК АЛЬТЕРНАТИВА АНАБОЛІКАМ.....112

Ончуленко Марія

ЕФІРНІ ОЛІЇ.....114

Костик Вікторія, Проців Софія

РОБОТА ІЗ ЗАПЕРЕЧЕННЯМИ У АПТЕЦІ.....119

Дацко Софія, Копач Віталій

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕНЕДЖМЕНТУ У ФАРМАЦІЇ.....	121
Хохонь Вікторія	
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВМІСТУ КОФЕЇНУ У ЧАЯХ РІЗНИХ ВИРОБНИКІВ.....	125
Лис Максим	
ПЕРІОДИЧНА СИСТЕМА: ВІД ПОХОДЖЕННЯ ДО МАЙБУТНІХ ПЕРСПЕКТИВ.....	127

Укладач: к. п. н. Майданюк В.М.