

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ЧОРТКІВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ФАХОВИЙ КОЛЕДЖ**

**ЗДОБУТКИ ЗА ПІДСУМКАМИ  
НАВЧАЛЬНО-ДОСЛІДНИЦЬКИХ  
ТА ПОШУКОВИХ РОБІТ СТУДЕНТІВ**

**закладів фахової передвищої освіти  
Тернопільської області**

**Матеріали студентської конференції**

**Чортків – 2026**

## **ЗМІСТ**

|     |                                                                                                                                                                                |       |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1.  | <i>Марія Козут</i> «Аналіз йодного забезпечення серед студентів як показник мікронутрієнтного здоров'я».                                                                       | 5-10  |
| 2.  | <i>Юлія Левчак</i> «Формула ідеальних пропорцій у медицині»                                                                                                                    | 11-14 |
| 3.  | <i>Інна Бойко</i> «Аналіз захворюваності на кашлюк серед дітей Чортківського району за 2021-2025 роки. Вироблення санпросвітніх рекомендацій».                                 | 15-20 |
| 4.  | <i>Ірина Юшкалюк</i> «Раритетні або незвичні інфекційні захворювання в Україні. Аналіз поширеності та загрози в сучасних умовах».                                              | 20-24 |
| 5.  | <i>Катерина Казьмір</i> «Фармакоеконімічний аналіз препаратів магнію».                                                                                                         | 24-31 |
| 6.  | <i>Анастасія Зігун</i> «Види кріплень бюгельного протеза у порожнині рота».                                                                                                    | 31-33 |
| 7.  | <i>Оксана Козак</i> «Обізнаність студентів ЧМФК з проблемою плоскостопості та поширеності даної проблеми серед студентів нашого коледжу».                                      | 34-38 |
| 8.  | <i>Марія Зубова</i> «Порівняльне дослідження ультрафіолетових фільтрів у складі сонцезахисних косметичних засобів».                                                            | 39-46 |
| 9.  | <i>Анастасія Новомлинська</i> «Вплив війни на психоемоційний стан медичних сестер КНП «Чортківської ЦМЛ» ЧМР.                                                                  | 46-51 |
| 10. | <i>Ірина Медвідь</i> «Гігієна рук як запорука безпеки лікування».                                                                                                              | 52-55 |
| 11. | <i>Назар Андрійчук</i> «Визначення спектру антимікробної дії побутових антисептиків на контаміновані поверхні».                                                                | 55-63 |
| 12. | <i>Ірина Байда</i> «Вивчення впливу факторів ризику антенатальної і постнатальної депресії на перебіг вагітності та пологів пацієнток пологового відділення Чортківської ЦМЛ». | 63-68 |
| 13. | <i>Ірина Лозінська</i> «Зміни фізіологічних показників (артеріального тиску та пульсу) при різних видах діяльності людини».                                                    | 68-74 |

14. *Вікторія Гладии, Софія Тимчій* **«Вимірювання артеріального тиску. Міфи і реальність».** 74-76
15. *Святослав Борис* **«Аналіз факторів, що впливають на здоров'я студентів і працівників ЧМФК».** 77-79
16. *Катерина Михайлюк* **«Аналіз законодавчої бази та маркетингове дослідження вітчизняного ринку дієтичних добавок».** 80-88
17. *Марія Медведєєва* **«Вивчення хімічного складу та аналіз гідрогелів та гемостатичних препаратів на їх основі».** 88-91
18. *Ольга Старик* **«Аналіз мобільних додатків, що застосовуються у фармацевтичній галузі».** 91-98
19. *Віталіна Саранчук* **«Порівняльний аналіз аптечних фітозборів із заспокійливою дією різних виробників».** 99-108
20. *Марія Цимбалюк* **«Ароматерапія та її вплив на рівень цукру в крові».** 109-112
21. *Мирослава Сорока* **«Механічна жовтяниця, як ускладнення патології внутрішніх органів. Варіанти лікування».** 112-117
22. *Стефанія Хома* **«Психологічні аспекти планування сім'ї».** 117-122
23. *Вероніка Шепилява* **«Оцінка поінформованості жінок про способи запобігання патології грудних залоз».** 122-126
24. *Ірина Сирко* **«Поширення захворюваності на посттравматичний стресовий розлад».** 126-129
25. *Христина Баб'як, Підперигора Ольга* **«Медичні ліжка у хірургії: історичний огляд».** 129-134
26. *Денис Грабець* **«Вплив ультрафіолетового випромінювання кварцової лампи на якість поверхонь: візуалізація і дезінфекція».** 134-138
27. *Вікторія Есаулова* **«Фізика проти куріння».** 139-142
28. *Ірина Осадчук* **«Куля в медицині: від анатомії до технологій».** 143-150

29. *Діана Мазепіна* **«Вплив гаджетів на працездатність студентів коледжу».** 151-154
30. *Ольга Прокопчук* **«Хімічний склад і біологічна дія чаю (зелений, чорний, трав'яний)».** 154-158
31. *Оксана Бартків* **«Використання сонцезахисних засобів як профілактика раку шкіри: ставлення студентів».** 158-162
32. *Василина Хрик* **«Дослідження терміну “PHOBIA” серед студентів та викладачів коледжу».** 162-168
33. *Рената Федьків* **«Який протез краще: акриловий чи нейлоновий?»** 168-170
34. *Юлія Процик* **«Усадка і внутрішні напруги пломбувальних матеріалів та їх наслідки».** 171-174
35. *Оксана Бенцал* **«Порівняльна характеристика різних видів брекет-систем».** 174-177
36. *Юлія Рудзін* **«Підліткові кризи та їх вплив на здоров'я».** 178-185
37. *Тетяна Малітовська* **«Аналіз причин та поширеності алергічних захворювань серед здобувачів освіти ЧМФК».** 186-190
38. *Колінчак Вікторія* **«Вплив психотерапії на лікування посттравматичних стресових розладів».** 191-194
39. *Ярина Хоменко* **«Аналіз поширення висипного тифу в Україні. Епідемія 1917-1921 рр.. Харитина Пекарчук як відображення взаємодії медицини, суспільства та держави в умовах кризи».** 195-200
40. *Каріна Гурська* **«Дослідження ступеня доцільності раннього призначення пробіотиків при лікуванні рота вірусної інфекції у дітей».** 200-203

## АНАЛІЗ ЙОДНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ЯК ПОКАЗНИК МІКРОНУТРІЄНТНОГО ЗДОРОВ'Я

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів природничо-наукової підготовки

Керівник роботи: канд.іст.наук, викладач біології Демкович Л.І.

### Вступ

Йод – незамінний мікроелемент [1], необхідний для синтезу гормонів щитоподібної залози. Саме ці гормони виконують роль своєрідних «диригентів» метаболізму, оскільки регулюють теплообмін, споживання кисню клітинами мозку, а також ріст і розвиток нервової системи.

Таким чином, достатнє надходження йоду є критично важливим для нормального функціонування організму. Водночас йод – це речовина, яку кожен із нас щодня або споживає в достатній кількості, або недоотримує.

Отже, саме від рівня споживання йоду залежить, наскільки ефективно ми можемо навчатися, концентруватися під час занять і загалом підтримувати добре самопочуття та здоров'я.



В Україні проблема мікронутрієнтної недостатності є особливо актуальною, оскільки значна частина території, зокрема Захід країни, належить до природно йододефіцитних зон [2] через низький вміст мікроелемента у ґрунтах і воді.

Студентська молодь – це група особливого ризику. Причини очевидні: інтенсивне розумове навантаження, нерегулярне харчування, стрес і часта відмова від домашньої їжі на користь фаст-фуду. Саме в цей період дефіцит йоду проявляється найгостріше – через зниження пам'яті, концентрації уваги та хронічну втому, яку студенти нерідко списують на стрес.

Дефіцит йоду часто називають «прихованим голодом» сучасної цивілізації

– симптоми непомітні на початку, але наслідки можуть бути серйозними. Навіть легкий дефіцит йоду здатний знизити рівень IQ на 10-15 пунктів [4], що критично для студентів під час інтенсивного навчання.

**Мета дослідження:** визначити рівень йодного забезпечення серед студентів і виявити фактори ризику розвитку йододефіциту залежно від типу харчування.

**Матеріали та методи:**

Дослідження охопило 100 студентів медичного коледжу різних спеціальностей («Сестринська справа», «Лікувальна справа», «Фармація»).

Учасників було розподілено на три групи залежно від переважаючого типу харчування:

Група 1 (Зразок №1) – домашнє харчування;

Група 2 (Зразок №2) – харчування в студентській їдальні або кафе;

Група 3 (Зразок №3) – переважно фаст-фуд та вулична їжа.

**Методи дослідження включали:**

- Анкетування – 8 блоків питань про харчові звички, самопочуття та обізнаність;
- Хімічний моніторинг – якісний аналіз йодованої солі через йодокрохмальну реакцію з оцтовою кислотою [3];
- Тест на термічну стабільність – порівняння вмісту йоду в солі до та після кипіння;
- Дослідження умов зберігання – порівняння закритого та відкритого зберігання солі через 7 днів;
- «Йодна сітка» – додатковий орієнтовний метод оцінки йодного забезпечення організму. Метод не має достатньої діагностичної точності та використовувався лише як допоміжне спостереження.

**Результати дослідження та їх обговорення**

Опитування виявило чітку залежність між типом харчування та частотою скарг на самопочуття. Аналіз результатів:

70% студентів групи фаст-фуду скаржилися на відповідні симптоми, що свідчать про високу поширеність ознак йододефіциту. У студентів цієї групи

частіше спостерігалися скарги на втома та зниження працездатності. Причина – недостатнє надходження мікроелемента та надлишок «порожніх» калорій. Хронічна втома та сухість шкіри на ліктях можуть свідчити про порушення функції щитоподібної залози.

Показник 45% у групі їдальні пояснюється технологією масового



приготування їжі. Навіть якщо заклад використовує йодовану сіль, тривале кип'ятіння страв призводить до втрати понад 50% активної речовини [3]. Студенти отримують недостатню кількість активного йоду, що може негативно впливати на когнітивні функції.

Лише 15% у групі домашнього харчування підтверджують гіпотезу: домашнє харчування дозволяє краще контролювати якість продуктів та спосіб їх соління – додавання солі наприкінці приготування суттєво зберігає йод.

Студенти, що обирають фаст-фуд, мають у 4,6 рази вищий ризик симптомів йододефіциту порівняно з тими, хто харчується вдома.

Для перевірки реального вмісту мікроелемента у вжитковій солі ми провели якісну реакцію з крохмальним клейстером у кислому середовищі. Принцип: йодат калію ( $KIO_3$ ) при контакті з крохмалем в оцтовому середовищі забарвлює розчин у синьо-фіолетовий колір – що інтенсивніший колір, то вищий вміст мікроелемента.

**ХІМІЧНИЙ АНАЛІЗ ЗРАЗКІВ СОЛІ**  
Йодо-крохмальна реакція  
 $KIO_3 \rightarrow (відновлення) \rightarrow I_2 \rightarrow$  реакція з крохмалем  
синьо/фіолетове забарвлення

| Зразок    | Джерело             | Результат тесту         | Вміст йоду         |
|-----------|---------------------|-------------------------|--------------------|
| Зразок №1 | Домашня кухня       | Інтенсивний синій колір | ✓ <b>ВИСОКИЙ</b>   |
| Зразок №2 | Студентська їдальня | Ледь помітне посиніння  | ~ <b>СЛІДИ</b>     |
| Зразок №3 | Фаст-фуд / Снеки    | Забарвлення відсутнє    | ✗ <b>ВІДСУТНІЙ</b> |

Результати: Зразок №1 (домашня кухня): інтенсивне синьо-фіолетове забарвлення – вміст йоду **ВИСОКИЙ**; Зразок №2 (студентська їдальня): ледь помітне посиніння – вміст йоду **СЛІДИ**; Зразок №3 (фаст-фуд / снеки): забарвлення відсутнє – йод **ВІДСУТНІЙ**.

Лише у 30% перевірених зразків (відповідно, Зразок №1) виявлено стійке синьо-фіолетове забарвлення. Сіль з їдалень та магазинні снеки виявилися бідними на цей мікроелемент. Причина проста: активна речовина руйнується при неправильному зберіганні та термічній обробці.

Дослідження термічної стабільності та впливу умов зберігання підтвердили три ключові ризики:

- Волога: відкрита сільничка призводить до втрати до 30% йоду за тиждень;
- Температура: додавання солі під час кипіння знищує до 50 % мікроелемента;
- Світло: прозоре пакування руйнує йод під дією УФ-променів.



Тест на термічну стабільність наочно показав: кип'ятіння протягом 5 – 10 хвилин значно знижує інтенсивність синього забарвлення при повторному проведенні крохмальної реакції – переконливий доказ термічного розпаду йодату калію.

Суб'єктивний тест «йодна сітка» використовувався як додатковий орієнтовний метод оцінки йодного забезпечення організму. Метод полягав у нанесенні 5% розчину йоду на шкіру та фіксації часу його зникнення:

- У студентів групи фаст-фуду лінії зникали переважно швидше за 6 годин – що може свідчити про недостатнє йодне забезпечення;
- У студентів групи їдальні – протягом 12–24 годин (легкий дефіцит або норма);



- У студентів з домашнім харчуванням – слід зберігався найдовше.

Окремо ми оцінили нутріціологічну грамотність учасників дослідження.

Результати виявилися тривожними:

- лише 37-38% респондентів правильно визначили основні функції йоду та добову норму (150 мкг);
- близько 25-30% взагалі не змогли відповісти на поставлені запитання;
- понад 50% студентів не знали, що йод руйнується при кипінні;

- 30% вважають, що йододефіцит не є серйозною проблемою.

Парадоксально: навіть серед студентів медичних спеціальностей існує суттєвий розрив між знаннями та практикою. 65% знають про роль цього мікроелемента, однак лише 48% свідомо контролюють його надходження з їжею.



## Висновки

Проведене дослідження не лише виявило, а й переконливо підтвердило актуальність проблеми недостатнього йодного забезпечення серед студентської молоді. Отримані результати дають підстави сформулювати такі ключові висновки:

- Встановлено статистично виражений зв'язок між типом харчування та ризиком розвитку ознак йододефіциту. Студенти з фаст-фудом мають у 4,6 рази вищий ризик симптомів йододефіциту порівняно з тими, хто харчується вдома.

- Середній рівень добового споживання мікроелемента серед студентів становить 85-120 мкг – це лише 57-80% від норми (150 мкг) [3].

- Реальний вміст мікроелемента у солі з їдалень та закладів фаст-фуду мінімальний або відсутній, незважаючи на «йодовану» позначку на пакуванні – через неправильне зберігання й термообробку.

- Рівень нутріціологічної грамотності залишається низьким: більшість студентів не обізнані з умовами збереження та правильного вживання йодованої солі.

- Рівень йодного забезпечення є важливим індикатором мікронутрієнтного здоров'я і безпосередньо впливає на когнітивні можливості молоді.

## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

На основі результатів дослідження ми пропонуємо такі заходи:

- Харчові: Включати до щоденного раціону морську капусту (найбагатше джерело йоду), морепродукти, рибу (хек, тріска, минтай), волоські горіхи та молочні продукти.

- Правила вживання солі: Додавати йодовану сіль виключно у готові охолоджені страви – не під час кипіння. Зберігати сіль у закритій темній ємності.

- Освітні: Формувати культуру здорового харчування. Інформування студентів про профілактику йододефіциту. Практичні демонстрації визначення йоду в продуктах.

Додавання йодованої солі до готових страв є простим та ефективним способом профілактики йододефіциту. Це найпростіший крок до захисту когнітивного здоров'я.

#### **Список літератури:**

1. Паньків В. І. Практична тиреоїдологія. Київ: Заславський О.Ю., 2015. 224 с.
2. Тронко М. Д., Кравченко В. І. Проблема йододефіцитних захворювань в Україні. Журнал Національної академії медичних наук України. 2014. Т. 20, № 1. С. 82-93.
3. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). Оцінка важкості йододефіцитних захворювань та моніторинг їх ліквідації: методичні рекомендації. Женева, 2007.
4. Маменко М. Є. Профілактика йододефіцитних станів у дітей: сучасний стан проблеми та шляхи вирішення.// Перинатология и педиатрия. 2013. № 4(56). С. 78-83.
5. Державні санітарні норми та правила харчування молоді в навчальних закладах України.

## ФОРМУЛА ІДЕАЛЬНИХ ПРОПОРЦІЙ У МЕДИЦИНІ

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів природничо-математичних дисциплін, фізичного виховання та захисту України

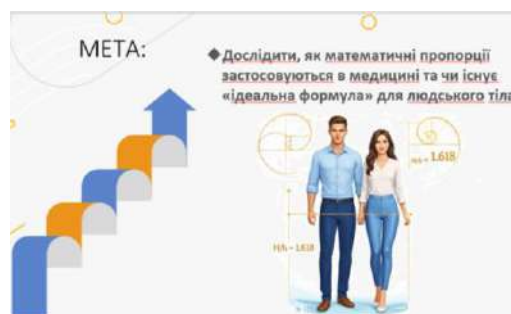
Керівник роботи: викладач математики Кільчицька М.І.

**Вступ.** Математика відіграє важливу роль у медицині, допомагаючи аналізувати будову тіла людини, діагностувати захворювання та планувати лікування. Одним із цікавих аспектів є використання ідеальних пропорцій – зокрема так званого «золотого перерізу».



Великий астроном XVI ст. Йоганн Кеплер назвав золотий перетин одним із скарбів геометрії. Золотий перетин, або божественна пропорція, – це ідеальне співвідношення величин, найкраща і єдина пропорція, що зрівнює відносини частин будь-якої форми між собою та кожної частини з цілим, – основа гармонії.

**Мета дослідження.** Дослідити, як математичні пропорції застосовуються в медицині та чи існує «ідеальна формула» для людського тіла. Ми опрацювали літературу про історію створення та застосування золотої пропорції у сучасних науках.



**Матеріали та методи дослідження.** У 1855 р. німецький дослідник золотого перетину професор Цейзінг опублікував свою працю

«Естетичні дослідження». Він виконав колосальну роботу, вимірявши близько двох тисяч людських тіл і дійшов висновку, що золотий перетин виражає середній статистичний закон. У анатомії виявлено, що деякі частини тіла людини приблизно відповідають золотому перерізу:

- відношення росту людини до відстані від пупка до підлоги;
- пропорції обличчя (відстані між очима, носом, ротом);
- співвідношення довжини кисті до передпліччя.

Візьмемо обличчя людини. Відношення відстані від верхівки голови до брів до відстані від брів до підборіддя становить 38:62, тобто 0.631... Золотий перетин.



Відношення відстані від кінчика носа до губ до відстані від губ до підборіддя становить 38:62, тобто 0.631... Золотий перетин.



В медицині ці пропорції використовуються в

- пластичній хірургії: золотий переріз допомагає хірургам планувати втручання так, щоб зберегти або

відновити природні пропорції обличчя. Використовується для корекції форми носа, підборіддя та щелепи, скул, губ;

- ортодонтії: вирівнювання зубів, створення ідеальної посмішки, гармонія між зубами та яснами;

- у косметології золотий переріз допомагає фахівцям підбирати процедури та методики, які підкреслюють природну гармонію обличчя: контурна пластика, ін'єкції краси, моделювання обличчя, догляд за шкірою.



У медицині не існує однієї універсальної формули, але є наближені

математичні моделі.

Індекс маси тіла (ІМТ)

$$\frac{\text{маса в (кг)}}{\text{зріст(м}^2\text{)}}$$

Ця формула допомагає оцінити, чи є маса тіла нормальною.

Формула Брока (ідеальна маса тіла)

Для дорослих:

$(\text{Зріст} - 100) \times 1,15$ . Формула найбільш актуальна для людей середньої статури. Для жінок іноді віднімають ще 10–15%.

Співвідношення талії до стегон

$$\frac{\text{окружність талії в (см)}}{\text{окружність стегон в (см)}}$$

Нормальні значення:

- для жінок: до 0,85
- для чоловіків: до 0,9

Це важливий показник здоров'я серця.

Математичні пропорції активно використовуються у різних галузях медицини, а саме:

- кардіології – для аналізу форми серця та його камер, планування розмірів серцевих протезів, стентів, оптимізація розташування імплантів і пристроїв, покращення результатів хірургічних втручань;

- ортопедії – для планування ендопротезування суглобів, розрахунку розмірів імплантів і пластин, відновлення анатомічних пропорцій кінцівок, покращення біомеханіки та рухливості;

- педіатрії – для оцінки гармонійного розвитку дитини, планування корекції вроджених аномалій, ортодонтичного лікування, створення



Проведемо вимірювання у членів гуртка

| №  | Зріст (см) | Відстань від пупка до стопи (см) | Золотий перетин (в чи ні) |
|----|------------|----------------------------------|---------------------------|
| 1. | 165        | 101                              | є                         |
| 2. | 163        | 99                               | є                         |
| 3. | 156        | 95                               | є                         |
| 4. | 177        | 108                              | є                         |
| 5. | 160        | 98                               | є                         |
| 6. | 157        | 82                               | немає                     |
| 7. | 165        | 103                              | є                         |
| 8. | 166        | 102                              | є                         |

дитячих протезів і ортезів.

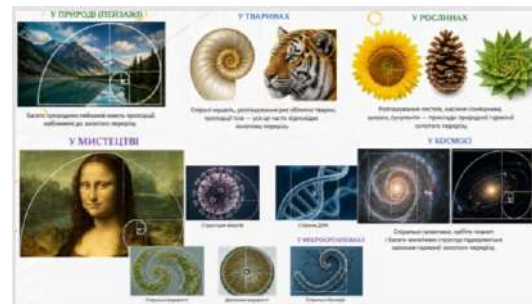
**Результати дослідження.** Члени математичного гуртка провели дослідження, щоб довести застосування золотого перерізу. Для цього виміряли зріст членів гуртка, відстань від пупка до стопи, склали пропорцію, і порівняли з числом 1,618. Склали план роботи, виміряли гуртківців і розписали дані про ідеальні частини тіла людини. Потім за даними вимірів склали таблицю.

Експериментальним шляхом довели наявність Золотої пропорції (або її наближеного значення) в будові тіла сучасної людини.

З нашої роботи видно, що немає ідеальних відношень між всіма частинами тіла. Але вони близькі до Золотої пропорції 1,618...

Закон золотого перерізу, що існує в природі і колись втілений у творах мистецтва, продовжує хвилювати вчених, спонукати їх до нових досліджень.

Золотий перетин – божественне творіння світу краси. За цим законом створено галактики, рослини, мікроорганізми, тіло людини, живі істоти. Люди вивчають цей закон і намагаються наслідувати його й втілювати в життя.



**Висновок.** За результатами дослідження, проведеного в рамках дослідницької роботи з математики "Золотий перетин у тілі людини", ми зробили такий висновок: краса та гармонійність людського тіла підпорядковуються математичним законам.

Ідеальні пропорції – це орієнтир, а не строгий стандарт. Людське тіло має індивідуальні особливості.

### Список літератури:

- пропорції тіла Інтернет-ресурси з теми золотого перерізу;
- Математика гармонії. Золотий переріз. – Київ: Освіта, 2010. – 256 с.

## **АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА КАШЛЮК СЕРЕД ДІТЕЙ ЧОРТКІВСЬКОГО РАЙОНУ ЗА 2021-2025 РОКИ. ВИРОБЛЕННЯ САНПРОСВІТНІХ РЕКОМЕНДАЦІЙ.**

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів професійної і практичної підготовки педіатричного профілю

*Керівник роботи:* викладач педіатрії Ковтун О.Ю.

### **Вступ.**

Кашлюк — це гостре інфекційне захворювання дихальних шляхів, збудником якого є *Bordetella pertussis*. Захворювання має високу контагіозність та передається переважно повітряно-крапельним шляхом. Початкові прояви нагадують симптоми ГРВІ, після чого розвивається характерний тривалий нападopodobний спазматичний кашель із репризами, можливими блюванням, ціанозом і порушенням дихання, що й зумовило назву захворювання — «кашлюк».

Незважаючи на наявність ефективної вакцинопрофілактики, кашлюк і надалі залишається актуальною проблемою громадського здоров'я як в Україні, так і у світі. За останні п'ять років спостерігається тенденція до зростання захворюваності на цю інфекцію. Особливу небезпеку кашлюк становить для дітей раннього віку. Чим молодша дитина, тим тяжчим перебіг та вищий ризик розвитку ускладнень. Найбільш уразливою групою є немовлята, які ще не отримали повного курсу щеплень, а також діти, матері яких не були вакциновані.

За даними клінічних спостережень:

- понад 50% дітей віком до 1 року з кашлюком потребують госпіталізації;
- у 23% хворих розвивається пневмонія;
- 1,1% мають судомний синдром;
- 61% переносять епізоди апное;
- у 0,3% виникає енцефалопатія;

➤ близько 1% випадків закінчуються летально.

Кашлюк належить до групи імунокерованих інфекцій, ефективна профілактика яких забезпечується виключно шляхом активної імунізації. Водночас рівень охоплення профілактичними щепленнями в Україні залишається недостатнім і становить лише 65,9% серед дітей віком від одного року, що є нижчим за рекомендовані епідеміологічні показники. Така ситуація сприяє накопиченню сприйнятливого контингенту населення та підвищує ризик періодичного виникнення епідемічних спалахів захворювання.

Протикашлюковий компонент входить до складу комбінованої вакцини АКДП, яка одночасно формує імунітет проти кашлюка, дифтерії та правця, і є основним засобом специфічної профілактики цієї інфекції.

Отже, дослідження рівня та особливостей захворюваності на кашлюк серед дитячого населення Чортківського району за період 2021–2025 років, а також розробка науково обґрунтованих профілактичних рекомендацій, є актуальним і практично значущим напрямом науково-дослідницької роботи студентів медичного коледжу.

### **Мета.**

- ☐ вивчити поширеність кашлюку серед дітей Чортківського району;
- ☐ проаналізувати вікові та клінічні особливості перебігу;
- ☐ визначити значення ранньої діагностики;
- ☐ оцінити роль вакцинації у профілактиці кашлюку;
- ☐ окреслити основні шляхи зниження захворюваності.

### **Матеріали і методи дослідження.**

- ☐ Історії розвитку дитини.
- ☐ Аналіз літературних джерел.
- ☐ Статистичні дані закладів охорони здоров'я.
- ☐ Офіційні матеріали МОЗ України та Центру громадського здоров'я України.
- ☐ Дані профілактичних щеплень та результати лабораторних досліджень.

### **Результати досліджень та їх обговорення.**

Перед тим, як перейти до безпосереднього аналізу захворюваності на кашлюк серед дитячого населення Чортківського району, було проведено

узагальнений аналіз епідемічної ситуації в Україні за 2021–2025 роки. Слід зазначити, що на сучасному етапі є високий рівень гіподіагностики. Це зумовлено тим, що у підлітків та дорослих захворювання часто перебігає у легшій або атиповій формі, що пов'язано зі зниженням рівня специфічного імунітету з віком. У зв'язку з цим офіційні статистичні показники відображають лише загальну тенденцію захворюваності, але не її реальний масштаб. Крім того, в умовах воєнного стану офіційні показники є нижчими за фактичні, оскільки їх розрахунок здійснюється з урахуванням чисельності населення довоєнного періоду та не повністю відображає сучасну демографічну ситуацію, зумовлену значною міграцією населення. Статистичний аналіз свідчить, що захворюваність на кашлюк в Україні має виражений хвилеподібний характер та загальну тенденцію до зростання. Упродовж досліджуваного періоду зареєстровано:

2021 рік – 145 випадків;

2022 рік – 206 випадків;

2023 рік – 707 випадків;

2024 рік – 7 545 випадків;

2025 рік – 1 480 випадків.

Після різкого зниження рівня захворюваності у 2021–2022 роках на тлі пандемії COVID-19 у 2023–2024 роках спостерігався стрімкий епідемічний підйом, який відбувався в умовах воєнного стану. Абсолютну більшість хворих становили діти – 95,9% від загальної кількості випадків.

Особливо показовим є 2024 рік, який характеризувався максимальним рівнем захворюваності. Показник становив 18,4 на 100 тис. населення, що значно перевищує дані попередніх років. Це свідчить про формування повноцінного епідемічного підйому та активізацію епідемічного процесу.

Під час спалаху 2023–2024 років найбільша частка випадків припадала на західні області України – відповідно 73,8%, що пов'язано з інтенсивними міграційними процесами у воєнний період та традиційно низьким рівнем охоплення профілактичними щепленнями у попередні роки.

### **Аналіз вікової структури хворих на кашлюк показав, що:**

- 95,9% усіх зареєстрованих випадків припадає на дітей першого року життя та вікової групи 1–4 роки;
- 4,1% – доросле населення;
- найвищі показники серед дітей віком від 1 до 9 років;
- нижчі показники – у віковій групі 10–14 років.

Такий розподіл свідчить про особливо високу сприйнятливість до кашлюку серед дітей молодшого віку, що узгоджується з даними наукових джерел та результатами епідеміологічних спостережень.

### **Захворюваність на кашлюк у Чортківському районі**

Статистичні дані щодо захворюваності на кашлюк серед дитячого населення Чортківського району за 2021–2025 роки також свідчать про несприятливу тенденцію до зростання кількості випадків, що відображає активізацію місцевого епідеміологічного процесу.

Кількість зареєстрованих випадків серед дітей:

- 2021 рік – 8 випадків;
- 2022 рік – 12 випадків;
- 2023 рік – 42 випадки;
- 2024 рік – 56 випадків;
- 2025 рік – 52 випадки.

Отримані дані демонструють різке зростання захворюваності з 2023 року з подальшим утриманням високих показників у 2024–2025 роках, що відповідає загальноукраїнським тенденціям.

### **Висновки.**

1. Підйом захворюваності з 2023 року зумовлений зниженням охоплення вакцинацією та порушенням профілактичних заходів у період пандемії і війни.
2. Кашлюк, попри наявність вакцинопрофілактики, зберігає тенденцію до періодичних епідемічних підйомів.
3. Основну групу ризику становлять діти раннього віку, особливо нещеплені.

4. Відмова від вакцинації істотно підвищує ризик тяжкого перебігу та летальних наслідків.
5. Рання діагностика й поінформованість батьків сприяють зниженню ускладнень і захворюваності.

**Санітарно-просвітницькі рекомендації, розроблені гуртківцями.**

1. Забезпечувати вакцинацію дітей проти кашлюку згідно з Національним календарем щеплень (2, 4, 6 та 18 місяців).
2. Рекомендувати вакцинацію АКДП усім вагітним у терміні 16–32 тижні для захисту немовляти в перші місяці життя.
3. Підвищувати поінформованість батьків щодо симптомів, перебігу та небезпеки кашлюку.
4. Своєчасно ізолювати хворих дітей та здійснювати медичне спостереження за контактними особами.

**Список літератури:**

1. Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики: підручник / С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрко, Л.В. Беш та ін.; за ред. С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрко. -6-е вид., переробл. і доп. – К.: ВСВ «Медицина», 2015.
2. Календар профілактичних щеплень в Україні : щеплення за віком : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24.03.2025 № 525. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0443-25#Text> (дата звернення: 15.05.2026).
3. Задорожна В.І., Винник Н.П., Сергеева Т.А., Подаваленко А.П. Сучасні епідеміологічні особливості кашлюку та проблемні питання вакцинопрофілактики цієї інфекції // Журнал «Здоров'я дитини» ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ, Україна. Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна 2025;20(6):470-481 doi: 10.22141/2224-0551.20.6.2025.1906.
4. Крамарьов С. О., Виговська О. В. Сучасні особливості перебігу кашлюку у дітей // Педіатрія, акушерство та гінекологія. 2022. № 4. С. 25–30.
5. Волосовець О. П., Кривоустов С. П., Чернишов В. П. Інфекційні хвороби у дітей : підручник. 2-ге вид. Київ : Медицина, 2023.

6. Іванько О. Г., Похилюк О. М. Кашлюк у дітей: клініка, діагностика, профілактика // Сучасна педіатрія. Україна. 2024. № 2. С. 45–52.
7. Леженко Г. О., Марушко Ю. В. Респіраторні інфекції у дітей: сучасний погляд на проблему кашлюку // Здоров'я дитини. 2023. № 5. С. 12–18.

*Ірина Юшкалюк, 312 група*

## **РАРИТЕТНІ АБО НЕЗВИЧНІ ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ В УКРАЇНІ. АНАЛІЗ ПОШИРЕНOSTІ ТА ЗАГРОЗИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ**

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів професійної і практичної підготовки педіатричного профілю

*Керівник роботи:* викладач інфектології та епідеміології Мазурик М.Я.

### **Вступ.**

**Раритет** (нім. Raritait, лат. Raritas) – такий, що нечасто, рідко трапляється. «Емерджентні інфекції» (від англійського) непередбаченість, незвичність або забутість. Рідкісними інфекційними хворобами вважають ті, кількість яких не перевищує 1 випадок на 2 тисячі осіб або трапляються поодинокі. Рідкісні інфекції вимагають швидкої діагностики та спеціалізованої допомоги, оскільки часто призводять до важких ускладнень через несвоєчасне розпізнавання, так як є неочікуваними. В теперішній час такі хвороби дедалі частіше повертаються з минулого, тому стають актуальними.

### **Мета.**

1. Встановити причинно – наслідкові зв'язки виникнення раритетних та емерджентних інфекцій.
2. Визначити територію локалізації рідкісних і незвичних захворювань, встановити масштаби поширення в межах України і в регіонах за місцем нашого проживання.
3. Обґрунтувати рекомендації щодо подолання епідемічного спалаху незвичних захворювань.

## **Матеріали та методи.**

- емпіричний
- картографічний
- статистичний

Ми спілкувалися із священнослужителями, які надали відомості із церковних книг та клірових документів про прихожан, співпрацювали з архіваріусами та архівознавцями, які надали доступ до записів із довгострокових документів, а також розпитували старожилів.

## **Результати дослідження та їх обговорення.**

Нас зацікавила одна з найдавніших і найтаємничіших хвороб - *лепра* або *проказа*. Ще її називають хворобою Гансена. Упродовж тисячоліть лепра була оточена міфами та легендами. Наприклад, ви напевно чули, що хворих на проказу не можна торкатися, бо лепра дуже заразна. Колись хворі на лепру ставали вигнанцями. Маючи яскраві зовнішні прояви (через ураження шкіри людина змінюється до невпізнанності), тому проказа вселяла страх і стала основою для виникнення упередженості та дискримінаційного відношення до хворих. Підтвердженням цього стали факти із першоджерел про цю хворобу, яка згадується в Євангелії від Луки про зцілення Ісусом Христом десятих прокажених. У наш час щороку у світі реєструють близько 200 тисяч нових випадків захворювання на лепру, а мільйони людей страждають від наслідків несвоєчасного її лікування. Найчастіше випадки хвороби Гансена виявляють у країнах Азії, Африки та Південної Америки.

Постає запитання: чи є ця недуга в Україні? Так, є. Станом на березень 2026 року таких хворих троє в Одеській області, які перебувають на довготривалому лікуванні та відокремленні ще з 1970 року в єдиному на всю Україну лепрозорії, що селі у Кучурган Роздільянського району і зараз там забезпечена повсякденна їхня ізоляція. Хвороба має повільний перебіг і при пізньому зверненні за медичною допомогою є затяжною. В Тернопільській області останній випадок прокази припадає на двадцяті роки минулого століття і був документально підтверджений у невеликому селі Чагарі, що неподалік Гусятина. Чи існує загроза лепри сучасній Україні в більших

масштабах? Так, існує, тим паче, що у грудні 2025 року медіа повідомили про три нові випадки лепри в сусідній з нами Румунії, згодом – у Хорватії.

В Україні у лютому 2026 року зафіксували екзотичну лихоманку Денге у 24 – річної мешканки Львова, яка повернулась з відпочинку на Мальдівах. Напередодні захворів іноземець з Індонезії, який приїхав у Київ.

З січня 2024 по лютий 2026 року в Україні зареєстровано 60 лабораторно підтверджених випадків захворювання на гарячку Західного Нілу. Сумнівним виявився діагноз у 40 пацієнтів. Найбільше хворих у Києві та Київській області, на Черкащині, а також в Одеській, Херсонській, Донецькій, Рівненській областях. У 4 хворих, а це (6%) трапилися смертельні наслідки від хвороби (через запалення мозкових оболонок і речовини головного мозку, неврологічні порушення, які несумісні з життям); у 40 пацієнтів (69%) був середньоважкий перебіг; у 16 пацієнтів (25%) – важкий перебіг.

Ми дізналися, що вірус циркулював у комарах, перелітних птахів, гризунах. У людей траплявся і раніше, проте здебільшого хвороба не проявлялася або мала легкий перебіг. Іноді захворювання не було вчасно розпізнане, а фіксувалося в медичній документації під багатьма іншими діагнозами. Через зміни клімату лихоманка Західного Нілу може поширитися на інші регіони України, тому небезпека нових спалахів цілком реальна.

У вересні 2022 року в Україні лабораторно підтвердили перший випадок мавпячої віспи. Ця хвороба вдруге за два роки дійшла з Африки до Європи. Пацієнт був інфікований у одному з великих міст країни після короткочасного контакту з іноземним громадянином. Наприкінці вересня було зареєстровано ще 3 випадки мавпячої віспи в Україні. В серпні 2024 року ВООЗ оголосила спалах мавпячої віспи надзвичайною ситуацією в галузі охорони здоров'я. Це рішення свідчить про визнання потенційної загрози епідемії мавпячої віспи для країн всього світу із врахуванням спорідненості збудника з сімейством особливо небезпечної натуральної віспи – хвороби, яка залишила тавро з далеких років ХІХ століття. Так на теренах Тернопільщини збереглася назва «віспяні цвинтарі» (такі є на Заліщанщині), де ховали жертв епідемій окремо від основного кладовища. Деякі урочища та місцевості в інших регіонах області

досі носять топоніми на кшталт «Віспова долина», «Прокажене поле». Це своєрідна пам'ять про страшні часи епідемії.

Значна щільність та поширеність різних видів кліщів в багатьох країнах Європи та Західної Азії призвела до розповсюдження їх на територію України, а з ними – і різних збудників, таких як марсельська гарячка та Ку – гарячка (*Q-febris*). До епідемічного процесу залучені не тільки кліщі, але і деякі ссавці та мишоподібні гризуни. Від них людина інфікується різними шляхами. Марсельська гарячка реєструється переважно у Криму (з відомих причин інформацію зібрати не вдалося) та в південних регіонах України. Найбільший спалах був зареєстрований у Миколаївській області у 2025 році – 115 хворих, а також в Херсонській – 32 випадки, Запорізькій – 28 хворих. Найбільше природних осередків Ку-гарячки налічується в Одеській області. Наймасовіші епідемічні спалахи реєструвалися у 2024 році в Ренійському та Кілійському районах – 32 хворих. З тих пір рівень захворюваності має тенденцію до помірного підвищення, що пов'язано з активністю різних видів кліщів. Домінує повітряно-крапельний, який може призвести до запалення легень із важким перебігом. Поширеність в інших регіонах України, здебільшого прилеглих до південних, була стрімкою, інфіковані кліщі охоплювали все нові і нові території. В Україні значна кількість кліщів є носіями тих чи інших збудників. Найбільше осередків енцефалітичних кліщів зафіксовано на Волині та в Криму. *Dermacentor reticulatus* – луговий кліщ більше поширений в південних регіонах України, а *Rhipicephalus sanguineus* (іксодовий кліщ) – в північних та центральних областях. Обидва види кліщів причетні до захворювання на кліщовий вірусний енцефаліт, центральноєвропейський енцефаліт та інші вище перелічені захворювання. Всі факти свідчать про наявність поліінфекційних осередків в Україні, що будь-якої миті можуть призвести до спалаху раритетного захворювання.

### **Висновки.**

1. Отримані результати підтверджують постулати теорії епідеміологічної вибіркості проявів рідкісних захворювань.

2. В інфекційній патології людини намітилася тенденція до збільшення частоти виникнення забутих захворювань у нових змінених формах.
3. Емерджентні захворювання перейшли на новий вид і почали розвиватися в невластивих для них нозоареалах.
4. Склалася динамічна, тобто мінлива поширеність рідкісних та незвичних захворювань, які значною мірою можуть впливати на біологічну безпеку країни і в майбутньому спричиняти біологічні виклики.

#### **Список літератури:**

1. Дудкіна О.Л. Принципи інфекційного контролю в медсестринській практиці./О.Л.Дудкіна, Н.Б.Галіяж. // Медсестринство. 2016.- №2 – С.41 – 45.
2. Триханович О.В. Особливості імунітету при трансмісивних інфекціях./ О.В. Триханович. // Сімейна медицина. 2015. - №57.- С. 169 – 172.
3. Електронний ресурс:  
<https://moz.gov.ua/uk/scho-varto-znati-pro-virus-mavpjachoi-vispi->  
<https://onclinic.ua/blog/shho-take-mavpiaca-vispa-ta-iaki-simptomi-zaxvoriuvannia>  
<https://phc.org.ua/news/garyachka-zakhidnogo-nilu-yak-rozpiznati-y-ne-zakhvoriti>  
<https://life.pravda.com.ua/health/lihomanka-zakhidnogo-nilu-v-ukrajini-chomu-klimatichni-zmini-pidvishchuyut-rizik-poshirennya-virusu-303570>

*Катерина Казьмір, 341 група*

## **ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРЕПАРАТІВ МАГНІЮ.**

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки фармацевтичного профілю

*Керівник роботи:* викладач фармацевтичних дисциплін Михайлюк О.В.

**Вступ.** «Магній не лікує все, але без нього нічого не вилікуєш», – цей вислів підкреслює важливу роль магнію в роботі організму людини. Він не є панацеєю від усіх хвороб, проте його дефіцит може спричинити широкий спектр проблем, а нормалізація рівня є необхідною умовою для успішного лікування багатьох станів, оскільки він бере участь у сотнях біохімічних

процесів.

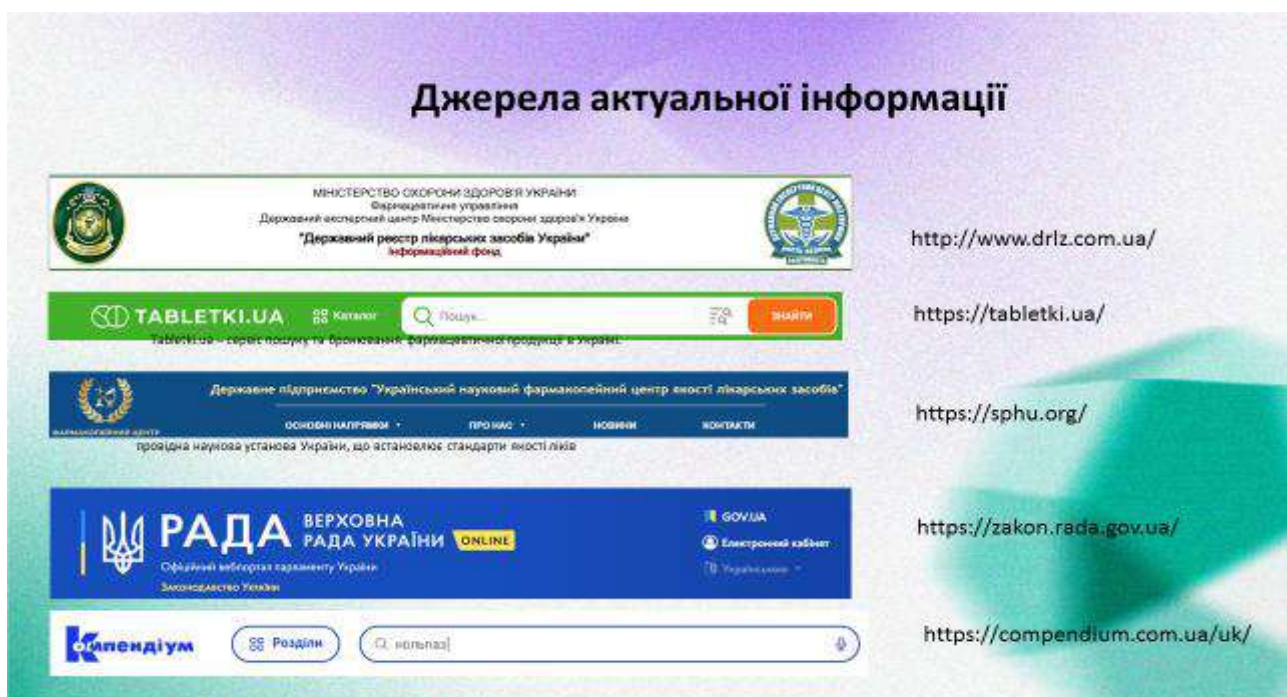
На фармацевтичному ринку України представлений асортимент препаратів магнію, що відрізняються за хімічною будовою, біодоступністю та показами до застосування. Нутріціологічні магазини та інтернет-магазини нутрицевтики пропонують ще більшу кількість дієтичних добавок, які голосно називають "магній": магній для спокою, магній для спорту, магній для енергії і багато інших голосних слонгів чуємо з їхньої реклами.

**Мета.** Препарати магнію використовуються для самолікування, і відвідувачі аптеки часто за консультацією звертаються до фармацевта, тому метою нашої роботи було дослідження асортименту препаратів сполук магнію, їх порівняльна характеристика та визначення з вибірки оптимальне співвідношення «ціна/якість».

**Матеріали та методи.** Ми працювали в таких напрямках:

- ✓ вивчали біологічну роль магнію в організмі людини та симптоми магнійдефіциту;
- ✓ аналізували асортимент і класифікацію сполук магнію, а також особливості їх застосування;
- ✓ провели фармакоекономічне дослідження вибірки препаратів даної групи.

При проведенні аналізу ми користувалися офіційними даними з Реєстру лікарських засобів, спеціалізованою онлайн-платформою Tabletki.ua, інформацією з фармакопейного центру, офіційним вебпорталом Верховної Ради, а також класифікатором лікарських засобів «Компендіум».



**Результати дослідження та їх обговорення.** За результатами опрацьованих джерел літератури встановили, що магній бере участь у регуляції:

- передачі нервових імпульсів;
- серцевого ритму;
- підтримці нормального рівня артеріального тиску;
- рівня холестерину;
- засвоєння кальцію та вбудовування його в кісткову тканину;
- рівня глюкози у плазмі крові (підвищує чутливість клітин до інсуліну);
- синтезу колагену та еластину;
- забезпечує гормональну рівновагу (статеві гормони, паратгормон і ін.);
- м'язової функції (допомагає запобігти м'язовим спазмам і судомам, а також сприяє більш швидкому відновленню після інтенсивних тренувань).

Загалом роль магнію в розслабленні м'язових волокон та запобіганні судомам влучно пояснює метафора: «Якщо кальцій – це педаль газу для м'язів, то магній – це педаль гальма» .

Зверніть, будь ласка, увагу на добову дозу та стани підвищеної потреби у



магнії: це вагітність, лактація, інтенсивні тренування та стресові ситуації.

На основі вивченої інформації ми сформували дев'ять основних симптомів магнійдефіциту:

- підвищена втомлюваність, слабкість, тривожність;
- порушення сну (проблеми із засипанням або часті пробудження вночі);
- мимовільні посмикування м'язів (сіпання ока);
- судоми в ногах, особливо в нічний час доби;
- головний біль, мігрень;
- прискорене серцебиття, аритмія;
- відчуття поколювання, оніміння в кінцівках;
- закрепи або нерегулярні випорожнення;
- проблеми з концентрацією уваги.

Препарати солей магнію класифікують на:

- лікарські засоби, які розділяємо на ті, що відпускаються з аптек за рецептом лікаря і для безрецептурного відпуску;
- дієтичні добавки в різних формах випуску (таблетки, капсули, оральні розчини);
- косметичні засоби: сіль для ванни (епсомська сіль), присипки (пудри) спортивні, гелі, креми, препарати для мезотерапії.



Загалом зараз використовується 14 сполук магнію, з яких 6 – неорганічного походження, а 8 органічного. Зареєстрованими лікарськими засобами є магнію карбонат, магнію оксид, магнію силікат, магнію сульфат, магнію хлорид, магнію аспарагінат, магнію лактат, магнію цитрат.

Проаналізувавши кумулятивний зміст ДФУ 2-го видання, встановили, що тільки 4 препарати мають розроблені фармакопейні статті, крім того магнію оксид і магнію карбонат представлені у двох формах: важкі і легкі.

Слід зауважити, що не завжди добра розчинність дорівнює високій біодоступності.

Лікарські засоби і дієтичні добавки представлені в різних формах випуску: це порошок оральний у саше, порошок для зовнішнього застосування (присипка), таблетки, вкриті плівковою оболонкою, таблетки длясмоктання, жувальні, розчин питний в ампулах, сироп і ін.

Опрацювавши дані Державного реєстру лікарських засобів та скориставшись спеціалізованою онлайн платформою Tabletki.ua, ми проаналізували препарати магнію сульфату у формі порошку для приготування орального розчину і встановили, що деякі виробники зареєстрували свої препарати як лікарські засоби, а інші як біологічні добавки і це не суперечить чинному законодавству.

Наступним етапом нашої роботи був аналіз відсоткового вмісту іонного магнію, біодоступність та клінічне застосування препаратів. Результати роботи представлено у таблиці.

| Сіль магнію | Вміст $Mg^{2+}$ (%) | Біодоступність  | Клінічне застосування             | Коментар                        |
|-------------|---------------------|-----------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Оксид       | ~60                 | Низька          | Антацид, проносний                | Високий Mg, погане всмоктування |
| Карбонат    | ~28                 | Низька          | Антацид                           | Часті побічні з боку ШКТ        |
| Сульфат     | ~10                 | Низька (per os) | Проносний, ін'єкційно — еклампсія | Не для тривалого прийому        |
| Хлорид      | ~12                 | Середня         | Електролітні порушення            | Краще з неорганічних            |
| Цитрат      | ~16                 | Висока          | Судоми, запори                    | Золотий стандарт per os         |
| Лактат      | ~12                 | Висока          | Хронічний дефіцит Mg              | Добра переносимість             |
| Малат       | ~15                 | Висока          | Астенія, втома                    | Підтримка енергетичного обміну  |
| Гліцинат    | ~14                 | Дуже висока     | Стрес, тривожність                | Мінімум побічних                |
| Тауринат    | ~8–9                | Дуже висока     | ССС                               | Синергія Mg + таурин            |

|             |     |               |                      |                    |
|-------------|-----|---------------|----------------------|--------------------|
| Оротат      | ~7  | Дуже висока   | Кардіологія          | Кардіотропна дія   |
| Треонат     | ~7  | Цільова (ЦНС) | Когнітивні порушення | Проникає через ГЕБ |
| Аспарагінат | 7-8 | Висока        | ССС, аритмії         | Лікарський засіб   |

Як видно з таблиці, було проаналізовано 12 активних компонентів, що мають різну фармакотерапевтичну активність і клінічне застосування. Найвищий відсотковий вміст магнію є у оксиді магнію – 60% і у карбонаті – 28%. Проте ці препарати мають дуже низьку біодоступність, порівняно з органічними засобами. Тому як джерело іонів магнію їх приймати є недоцільно, але як антациди у комбінації з аналогічними препаратами кальцію вони себе дуже добре зарекомендували.

Аналізуючи фармакокінетику препаратів, звернули увагу, що шлунковий сік зменшує ефективність сполук магнію, тому рекомендується приймати таблетки (капсули) після їди, не розжовуючи і запиваючи достатньою кількістю води кімнатної температури. Переважно в другій половині дня, крім магнію малату, який проявляє стимулюючу дію.

Вивчаючи комбіновані препарати, ми зосередили свою увагу на поєднанні солей магнію та вітаміну В6 (піридоксину).

Провівши фармакоекономічне дослідження вибірки, ми визначили торгові марки, які користуються найбільшим попитом серед відвідувачів. Цікавим є те, що дані опитування фармацевтів, які проходили курси підвищення кваліфікації у нашому коледжі, інформація з наших коледжних аптек і відомості про найпопулярніші препарати з [Tabletki.ua](http://Tabletki.ua), практично не відрізнялися.

На фармацевтичному ринку представлено близько 10–20 лікарських засобів, що містять комбінацію солей магнію та вітаміну В6, а з урахуванням дієтичних добавок – понад 30 найменувань.

3–5 – препарати з однаковим складом.

10–20 – лікарські препарати з Mg + В6.

30+ – якщо враховувати всі дієтичні добавки.

Ціна упаковки та ціна одиниці, вказана у таблиці:

| Торгова назва                    | Сіль магнію   | Форма випуску | Ціна<br>упаковки | Ціна<br>одиниці |
|----------------------------------|---------------|---------------|------------------|-----------------|
| Магне В6                         | лактат        | Таблетки №60  | 309,60           | 5,16            |
| Магне В6 Форте                   | цитрат        | Таблетки №60  | 462,60           | 7,71            |
| Магнікум В6                      | лактат/цитрат | Таблетки №60  | 217,50           | 3,75            |
| Магнікум адаптоген               | гліцинат      | Таблетки №60  | 294,90           | 4,97            |
| Магнефар В6                      | лактат        | Таблетки №60  | 492,00           | 4,94            |
| Віста Магніт В6                  | різні         | Таблетки №60  | 751,50           | 12,59           |
| Магнеліс В6                      | лактат        | Таблетки №30  | 339,00           | 11,70           |
| Береш Магній В6                  | різні         | Таблетки №30  | 443,40           | 15,10           |
| Доппельгерц Актив<br>Магній + В6 | різні         | Таблетки №30  | 315,70           | 11,03           |
| Solgar Magnesium +<br>В6         | цитрат/оксид  | Капсули №100  | 406,00           | 4,06            |
| Now Foods<br>Magnesium + В6      | цитрат        | Капсули №100  | 604,00           | 6,04            |
| Olimp Magnesium В6               | цитрат        | Капсули №60   | 604,00           | 10,06           |

**Висновок.** Асортимент препаратів магнію є достатньо широким. Вони є досить ефективними при тривожності, порушенні сну, концентрації уваги, а також проявляють гіпотензивну та послаблюючу дію.

Препарати представлені як лікарськими засобами, так і дієтичними добавками. Вартість вивченої вибірки регулюється ринком і коливається у широких межах.

#### **Список літератури:**

1. Бабієнко В. В., Мокієнко А. В., Полюях О. А., Магній як есенційний мікронутрієнт: гігієнічні та медико-біологічні аспекти : монографія. – Одеса: Прес-кур'єр, 2024, с. 300.

2. Дроговоз С. М., Фармакологія на допомогу лікарю, провізору, студенту: підручник довідник. – Харків: Тітул, 2017. с.480
3. <http://www.drlz.com.ua>
4. <https://tabletki.ua>
5. <https://zakon.rada.gov.ua>
6. <https://compendium.com.ua/uk>

*Анастасія Зігун, 362 група*

## **ВИДИ КРІПЛЕНЬ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА В ПОРОЖНИНІ РОТА**

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки зуботехнічного профілю

*Керівник роботи:* викладач стоматологічних дисциплін Поселюжний Ю.

**Вступ.** У гуртковій роботі розглянуто сучасні види кріплення бюгельного протеза, що застосовуються в бюгельному протезуванні. Проведено порівняльний аналіз трьох ключових систем Нея: замкового кріплення (атачменів) та телоскопічного кріплення. Дослідження акцентує увагу на їхніх конструктивних особливостях, функціональних можливостях та клінічних переваг. Отримані результати дозволяють визначити оптимальні умови застосування кожного виду кріплення, що сприяє підвищенню ефективності ортопедичного лікування та комфорту пацієнтів.



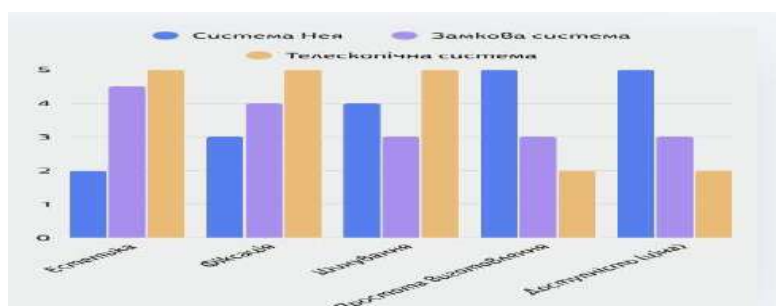
**Мета.** Метою роботи є порівняльне вивчення різних видів кріплень бюгельних протезів у бюгельному протезуванні – кламерної системи Нея, замкові кріплень (атачменів) та телескопічних кріплень – з метою визначення їхніх конструктивних особливостей, клінічних переваг та оптимальних умов застосування для забезпечення ефективності ортопедичного лікування і підвищення комфорту пацієнтів.



### **Матеріали та методи.**

У дослідженні використано клінічні та навчальні матеріали з бюгельного протезування, що включали різні системи кріплення бюгельних протезів. Аналіз проводився на основі трьох варіантів:

- *Кламерна система Нея* – класичний метод фіксації, що забезпечує механічну ретенцію за рахунок охоплення опорних зубів.
- *Замкові кріплення (атачмени)* – сучасні протезійні елементи, які гарантують високу естетику та стабільність конструкції.
- *Телескопічне кріплення* – система подвійних коронок, що поєднує точність посадки та рівномірний розподіл жувального навантаження.
- **Порівняльний морфологічний аналіз** конструктивних особливостей телескопічних коронок у порівнянні з іншими системами фіксації (*наприклад: замковими та кламерними кріпленнями*).
- **Клінічна оцінка ефективності** досліджуваних конструкцій за критеріями стабільності протеза в порожнині рота, суб'єктивного комфорту пацієнта та естетичності.
- **Систематизація та статистична обробка даних** з побудовою аналітичних діаграм для визначення оптимальних клінічних умов застосування кожного виду кріплення.



## **Результати дослідження та їх обговорення.**

Порівняльний аналіз показав, що кожен вид кріплення бюгельних протезів має свої специфічні переваги та обмеження. Кламерна система Нея забезпечує простоту конструкції та надійність фіксації, проте має обмеження в естетичному аспекті.

Замкові кріплення (атачмени) продемонстрували високий рівень комфорту та естетики, потребує підвищених фінансових витрат.

Телескопічне кріплення забезпечує рівномірний розподіл жувального навантаження та стабільність конструкції, водночас вимагаючи високої точності лабораторного виконання.

**Висновки.** Підсумовуючи результати нашого аналізу, ми дійшли висновку, що система кріплення у бюгельному протезуванні має різне застосування за основними критеріями.

Обговорення результатів підтвердило, що вибір системи кріплення має ґрунтуватися на індивідуальних клінічних умовах, враховуючи анатомічні особливості, естетичні вимоги та фінансові можливості пацієнтів. Таким чином, оптимальність застосування кожного виду кріплення визначається балансом між функціональністю, естетикою та доступністю.

## **Список літератури**

1. Посібник з бюгельного протезування/ Є.М. Гітлан, М.К. Кротъ. - К.: Здоров'я, 2000. - 140 с.
2. Зубопротезна техніка: підруч./ М.М. Рожко, В.П. Неспрядько [та ін.]; за ред. М.М. Рожко, В.П. Неспрядька. – 4-те вид.перероб. та доп. - К.: Книга плюс, 2024. – 708с.
3. Заміщення дефектів зубних рядів сучасними конструкціями знімних протезів: навчальний посібник/В.І. Біда, С.М. Клочан.- Л.:ГалДент, 2009.-152.

## ОБІЗНАНІСТЬ СТУДЕНТІВ ЧМФК З ПРОБЛЕМОЮ ПЛОСКОСТОПОСТІ ТА ПОШИРЕНІСТЬ ДАНОЇ ПРОБЛЕМИ СЕРЕД СТУДЕНТІВ НАШОГО КОЛЕДЖУ.

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів терапевтичного профілю,

основ медсестринства та догляду за хворими

*Керівник роботи:* викладач медичної та соціальної реабілітації Сухінська Н.В.

**Вступ.** Актуальність проблеми плоскостопості серед студентської молоді зумовлена її суттєвим впливом на стан опорно-рухового апарату та загальне функціонування організму. У сучасних умовах, що характеризуються гіподинамією, тривалим статичним навантаженням і нераціональним використанням взуття, формують передумови для розвитку порушень біомеханіки стопи.

Плоскостопість – одна з найпоширеніших деформацій стопи, яка має прогресуючий характер і може призводити до порушень опорно-рухового апарату.



Плоскостопість призводить до змін у розподілі навантаження на нижні кінцівки та хребет, що може спричинити хронічний біль, підвищену втомлюваність і зниження фізичної працездатності.

Водночас недостатній рівень обізнаності щодо профілактики та ранньої діагностики цієї патології обумовлює необхідність поглибленого вивчення

проблеми й розробки ефективних профілактичних заходів у студентському середовищі.

**Мета.** Проводячи дослідницьку роботу в межах нашого навчального закладу, ми вирішили комплексно дослідити рівень обізнаності здобувачів освіти ЧМФК щодо проблеми плоскостопості як актуальної медико-соціальної патології, визначити поширеність



даного порушення серед студентів коледжу, проаналізувати основні фактори ризику його виникнення (зокрема спосіб життя, фізичну активність, вибір взуття), оцінити вплив плоскостопості на загальний стан здоров'я та якість життя студентів, а також встановити рівень поінформованості щодо методів профілактики, ранньої діагностики й сучасних підходів до корекції цього стану з подальшим обґрунтуванням необхідності проведення профілактичних заходів серед молоді.

**Матеріали та методи.** Основним методом нашого дослідження було проведення анкетування студентів (*опитувались студенти різних курсів – 30 студентів*), вивчення матеріалів анкет та їх детальний аналіз. Опитування проводилося в період з жовтня по грудень 2025 року.

### Результати дослідження та їх обговорення.

Досліджуючи питання “ЧИ ЗНАЄТЕ ВИ, ЩО ТАКЕ ПЛОСКОСТОПІСТЬ?

43,3% студентів відповіли: що – це стан, коли стопа стає плоскою і втрачає амортизацію, на думку 33,3% студентів – це, коли немає вигину на стопі, вона рівна, ще 13,3% сказали, що це плоска стопа і не знають, що таке плоскостопість 10% студентів.



Наступне, що нас цікавило чи знають студенти причину плоскостопості. Ми запропонували перелік факторів, які можуть впливати на форму стопи і

поставили питання: «ЩО З ПЕРЕРАХОВАНОГО, НА ВАШУ ДУМКУ, Є ПРИЧИНОЮ ПЛОСКОСТОПОСТІ?»

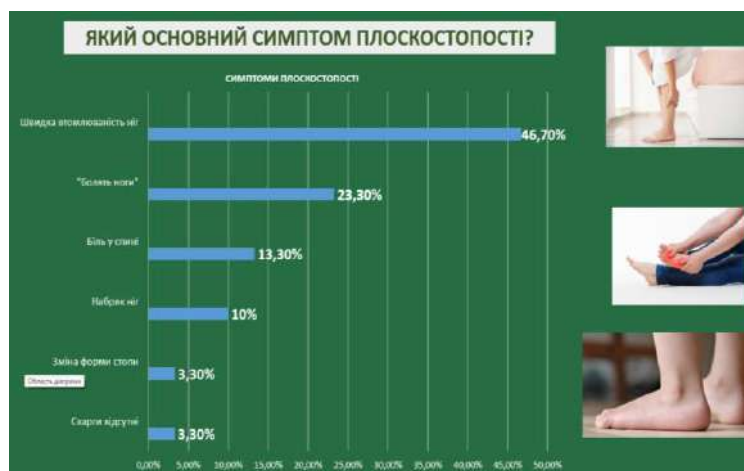
Отримали такий результат:

Більшість студентів – а саме 30% відповіли, що це неправильне взуття. Інші причини плоскостопості розподілилися у відсотковому співвідношенні таким чином: по 20% займають спадковість та тривале стояння на ногах, 17% - надмірна вага, 10% – слабкість м'язів стопи та 3% – травми.



Загалом студенти правильно зорієнтувалися в пріоритетності причин плоскостопості, тому що дійсно найчастіше трапляється статична плоскостопість, пов'язана з носінням нераціонального взуття та професією, пов'язаною з тривалим стоянням на ногах. Також правильною є думка студентів щодо надмірної ваги, тому що збільшення маси тіла порушує функціонування опорно-рухового апарату, зокрема це впливає на форму стопи. А спадково-конституційні особливості організму мають значення в розвитку плоскостопості та займають невеликий відсоток серед причин, але опитані нами студенти, цій причині надали більшого значення, що є не зовсім правильно.

Також нам цікаво було дізнатись чи знають студенти як проявляється плоскостопість, тож на питання – «ЯКИЙ ОСНОВНИЙ СИМПТОМ ПЛОСКОСТОПОСТІ?» - вони відповіли таким чином.

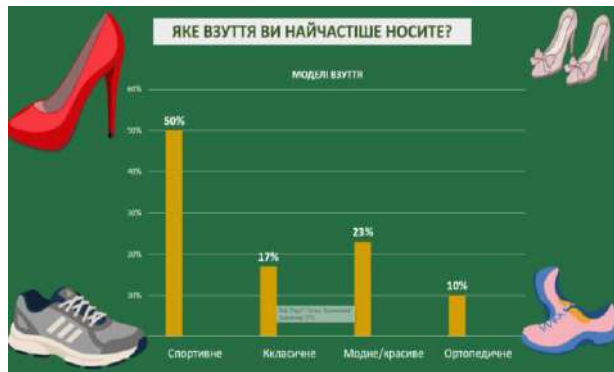


Майже половина з опитаних – 46,7% сказали, що швидка втомлюваність ніг – це основна скарга. І дійсно ранньою та найпоширенішою проблемою при плоскостопості є саме вищеназвана скарга. «Болять ноги» такий симптом

назвала також доволі велика частка опитаних, а саме 23,3%. Серед інших

симптомів були названі: біль у спині (у попереку) – 13,4%, набряк ніг – 10%, зміна форми стопи – 3,3%. Також 3,3% студентів думає, що при плоскостопості скарги відсутні.

Аналізуючи питання: «ЯКЕ ВЗУТТЯ ВИ НАЙЧАСТІШЕ НОСИТЕ?» – ми дізналися, що для половини, з опитаних студентів, повсякденним взуттям є



спортивне (кросівки) – його носять 50% молодих людей, прихильниками класичного взуття є 17% опитаних, модне/красиве взуття любляють 23% студентів та взуття з ортопедичною устілкою носять 10%.

Взагалі вважається, що оптимальне взуття для стопи має підтримувати її природну анатомічну форму, забезпечувати стійкість та комфорт, запобігаючи втомі та деформаціям. Тобто взуття для підтримки здорової стопи повинне мати: правильний розмір та повноту (важливо, щоб пальці не були стиснуті, а п'ята не вислизала при ходьбі. Оптимальний запас – 5-7 мм перед великим пальцем. Для широких стоп слід підбирати моделі із збільшеною повнотою); помірно жорсткий задник (задня частина взуття повинна щільно фіксувати п'яту. Це стабілізує п'яткову кістку та запобігає надмірній пронації); гнучку підошву у передньому відділі (підошва повинна згинатися тільки в ділянці пальців, а не посередині. Це повторює природну біомеханіку стопи); невеликий каблук (ідеальна висота – 1-2 см. Абсолютно плоска підошва так само шкідлива, як і високі підбори); амортизація (для профілактики плоскостопості підошва повинна пом'якшувати крок, а не “бити” об асфальт); анатомічна устілка (для підтримки склепіння); натуральні матеріали (шкіра, нубук, текстиль забезпечують вентиляцію та комфорт. Це важливо, адже перегріта стопа швидше втомлюється і провокує неправильний розподіл навантаження).

Досліджуючи поширеність даної проблеми серед наших студентів ми виявили, що на питання « ЧИ ВИСТАВЛЕНИЙ ВАМ ОФІЦІЙНО



## ДІАГНОЗ «ПЛОСКОСТОПІСТЬ» ЛІКАРЕМ-ОРТОПЕДОМ?»

23% відповіли так , а 77% – ні.

### Висновок

Отже, рівень обізнаності студентів про плоскостопість загалом є середнім. Більшість респондентів мають базові уявлення про це захворювання, зокрема знають, що воно пов'язане зі зміною форми стопи та може призводити до болю в ногах та швидкої втомлюваності ніг. Однак недостатньо добре студенти обізнані про методи ранньої профілактики та сучасні підходи до лікування, також не всі добре розуміють, що таке оптимальне взуття для стопи. Тому доцільним є проведення додаткових освітніх заходів (лекцій, тренінгів, інформаційних кампаній) для підвищення рівня знань студентів про плоскостопість та її профілактику.

Основні профілактичні засоби при плоскостопості: підбір раціонального взуття, спеціальні фізичні вправи, розслаблюючі процедури для ніг, контроль маси тіла та інші.

### Список літератури:

1. Лікувально-реабілітаційний масаж: навчальний посібник / Д.В. Вакуленко, Л.О. Вакуленко, О.В. Кутакова, Г.В. Прилуцька. – К. : ВСВ «Медицина», 2020. – 568 с. + 24 с. кольор. вкл.
2. Медична і соціальна реабілітація: підручник / В.Б. Самойленко, Н.П. Яковенко, І.О. Петряшев та ін.; За ред. В.Б. Самойленко, Н.П. Яковенко, І.О. Петряшев – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 464 с.
3. Основи реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії : підручник / Л. О. Вакуленко [та ін.] ; за заг. ред. Л. О. Вакуленко, В. В. Клапчука. – Тернопіль : Укрмедкн.: ТДМУ, 2018. - 371 с.
4. Основи фізичної реабілітації: навчальний посібник / А.М. Порада, О.В. Солодовник, Н.Є. Прокопчук. – К.: Медицина, 2006. – 248 с.
5. Масаж і лікувальна фізкультура в медицині: підручник / М.В. Степашко, Л.В. Сухостат. – К.: Медицина, 2006. – 288 с.



## ПОРІВНЯЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ УЛЬТРАФІОЛЕТОВИХ ФІЛЬТРІВ У СКЛАДІ СОНЦЕЗАХИСНИХ КОСМЕТИЧНИХ ЗАСОБІВ

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки фармацевтичного профілю

*Керівник роботи:* викладач фармацевтичних дисциплін Фаїзова І.П..

**Вступ.** В останні десятиліття спостерігається стрімке зростання захворюваності на рак шкіри та передчасне фотостаріння. За даними ВООЗ, щорічно у світі реєструється від 2 до 3 мільйонів випадків немеланомного раку шкіри. Основним чинником цього є надмірне ультрафіолетове випромінювання (UV). Сьогодні спосіб життя людини докорінно змінився. Ми проводимо більшість часу в приміщеннях, проте наше перебування на сонці стало агресивно-епізодичним. Короткі, але інтенсивні періоди опромінення під час відпусток або відпочинку на вихідних є набагато небезпечнішими для шкіри, ніж щоденне поступове перебування на сонці. Саме тому надійний та фотостабільний сонцезахист став невід'ємною частиною сучасної гігієни. Проте, як показує практика, напис «SPF 50» на етикетці не завжди гарантує стабільний захист протягом усього дня.

**Мета.** Проведення порівняльного фармацевтичного аналізу сучасних ультрафіолетових фільтрів у складі косметичних засобів, вивчення їхньої фотостабільності в умовах інтенсивного опромінення та розробка практичних рекомендацій щодо їх раціонального вибору та застосування.

**Матеріали та методи.** Для досягнення цієї мети ми виконали такі завдання:

- проаналізували теоретичні відомості про класифікацію, механізми дії та вимоги до сучасних УФ-фільтрів;
- дослідили структуру асортименту сонцезахисних засобів на фармацевтичному ринку України та особливості їх маркування;

- експериментально перевірили динаміку захисних властивостей (фотостабільність) зразків із різним типом фільтрів за допомогою лабораторної установки;
- оцінили вплив форми випуску на ефективність захисного бар'єру.

**Результати дослідження та їх обговорення.** УФ-фільтри – це активні компоненти сонцезахисних засобів, призначені для захисту шкіри від негативного впливу ультрафіолетового випромінювання спектрів UVA та UVB.

Цікаво, що історія сонцезахисту почалася не з лабораторій, а з гір. У **1938 році** швейцарський хімік Франц Грайтер отримав сильні сонячні опіки під час сходження на пік Піц Буїн. Це надихнуло його на створення першого в світі сонцезахисного крему «Gletscher Creme», що перекладається, як льодовиковий крем. А вже у **1962 році** він запропонував шкалу **SPF** (Sun Protection Factor – фактор захисту від сонця), яка сьогодні є золотим стандартом для всього світу.

Цікаво зазначити, що діючою речовиною першого в світі сонцезахисного крему був **бензилсаліцилат**. Хоча його захисний фактор за сучасними мірками становив лише **SPF 2**, це стало справжньою революцією у фармації та косметології.

Слід підкреслити, що сучасні УФ-фільтри – це надзвичайно різноманітна група хімічних речовин: від простих мінеральних сполук до складних органічних молекул синтетичного походження. Оскільки ці речовини тривалий час контактують зі шкірою та піддаються інтенсивному опроміненню, то до них висувається низка суворих фармацевтичних, технологічних та екологічних вимог. А саме:

- вони повинні мати високий профіль безпеки для людини та не проникати у системний кровотік;
- не повинні викликати алергічних реакцій та подразнення шкіри;
- мати здатність зберігати свою структуру та захисні властивості під дією квантів світла;
- забезпечувати надійне екранування від променів типів UVA та UVB;
- стабільно функціонувати в складних косметичних композиціях;
- не мати негативного впливу на водні екосистеми.

Виходячи з цих характеристик, ми розділили досліджувані фільтри за їхньою хімічною природою та механізмом дії на три ключові групи:

**Фізичні (мінеральні, неорганічні) фільтри.** Механізм їх дії полягає у відбитті, розсіюванні та частковому поглинанні ультрафіолетових променів. Тобто вони діють як «екран» або дзеркало, відбиваючи промені від поверхні шкіри.

До них відносяться цинку оксид (*Zinc Oxide*) і титану діоксид (*Titanium Dioxide*). Їхніми особливостями є те що вони не проникають у шкіру, починають діяти одразу після нанесення і є гіпоалергенні. Проте часто залишають білий наліт на шкірі і можуть обтяжувати текстуру засобу.

**Хімічні (органічні) фільтри** – поглинають енергію УФ-променів і перетворюють її на безпечне тепло. Це такі речовини як октокрилен (*Octocrylene*), авобензон (*Avobenzene*), гомосалат



(*Homosalate*), етилгексилсаліцилат (*Octisalate*). Вони комфортні та непомітні на шкірі. Проте «старе» покоління (як авобензон) часто є фотонестабільним, що може викликати подразнення при руйнуванні на сонці.

**Фільтри нового покоління (фотостабільні, гібридні)** - це найсучасніші розробки, що поєднують переваги обох груп. **Приклади** : етилгексилтріазон (*Ethylhexyl Triazone*), Тіносорб S (*Tinosorb S*), тіносорб М (*Tinosorb M*), Ювінул А Плюс (*Uvinul A Plus*), мексорил (*Mexoryl*).

**Особливості:** Мають широченний спектр захисту (UVA+UVB), не руйнуються під дією сонця годинами та не вибілюють шкіру.

За даними аналізу сучасного ринку сонцезахисних засобів, більшість продуктів містять **комбінацію 4–5 УФ-фільтрів** для забезпечення широкого спектра захисту.

Найчастіше у дорослих сонцезахисних засобах зустрічаються авобензон (≈56%), Тіносорб S (≈55%), етилгексилсаліцилат (≈55%) та етилгексилтріазон



(≈50%). Це свідчить про переважання саме **комбінованих формул** у сучасній SPF-косметиці. Якщо у дорослих засобах ми бачимо поєднання декількох органічних сполук, то дитячий сегмент демонструє виражену спеціалізацію – **85% ринку займають мінеральні сполуки**. Саме цей факт став основою нашої вибірки для експерименту.

Аналізуючи об'єкти нашого дослідження, ми звернули особливу увагу на маркування. Для асистента фармацевта важливо розуміти, що за аббревіатурами стоять конкретні механізми захисту:

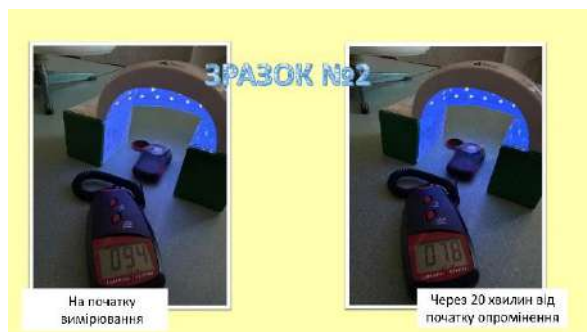
- ✓ **SPF (UVB-захист).** Це коефіцієнт часу до появи еритеми. Важливо розуміти: хоча різниця між **SPF 30 (97% поглинання)** та **SPF 50 (98%)** становить лише **1%**, для пацієнтів із фотодерматозами або після косметологічних процедур цей відсоток є вирішальним.
- ✓ **UVA-захист (Символ у колі).** Європейський стандарт, що гарантує захист від фотостаріння. Він обов'язково має складати не менше **1/3** від загального SPF.
- ✓ **PA (Protection Grade).** Азійська шкала інтенсивності. Для надійного захисту в умовах міста ми рекомендуємо обирати засоби з індексом **PA++++**.
- ✓ **HEV / IR-A.** Маркування «Blue Light protection». Це ознака інноваційних засобів, що містять потужні антиоксиданти для захисту від випромінювання гаджетів та теплового стресу.

За останній рік попит на засоби з SPF в українських аптечних мережах та маркетплейсах зріс на **18–22%**. Це пов'язано з активною просвітницькою роботою дерматологів. Аналіз сучасного

ринку сонцезахисту в Україні демонструє цікаву динаміку. Найбільшу частку – **40%** – займає мас-маркет, де домінує **NIVEA**. Проте **30%** ринку – це аптечний сегмент (лідери **La Roche-Posay, Vichy, Avene, Eucerin**), на який орієнтуються споживачі, що шукають доказову ефективність.



Особливу увагу варто приділити двом зростаючим групам: це **українські виробники**, такі як **Hillary Cosmetics**, які вже займають **18%** ринку, та **азійський імпорт (12%)**.



Вивчивши теоретичні характеристики сучасних фільтрів та асортимент українських аптек, ми побачили, що головною технологічною проблемою залишається **фотостабільність** інгредієнтів.

Теоретичні дані вказують на те, що хімічні фільтри старого покоління під дією інтенсивного квантового потоку можуть деградувати, втрачаючи свої захисні властивості та перетворюючись на потенційні подразнювачі.

Для того, щоб підтвердити або спростувати ці дані на практиці, ми перейшли до експериментальної частини нашої роботи. Нами було розроблено методику лабораторного дослідження, яка дозволила не просто оцінити склад на етикетці, а простежити реальну динаміку захисту.

Для експерименту ми обрали три різні за формою випуску та складом зразки: дитяче молочко на фізичних фільтрах, недорогий спрей на хімічних фільтрах та аптечний флюїд із сучасними компонентами. Це дозволило нам порівняти не лише склад, а й зручність нанесення.

Ми розробили експериментальну установку, що складається з джерела УФ-випромінювання та цифрового детектора. Дослідження проводилося у два етапи: вимірювання початкового захисту та перевірка на фотостабільність через 60 хвилин безперервного опромінення.»

Наші вимірювання показали цікаву динаміку. На старті всі зразки блокували понад 95% променів. Проте після 60-хвилинного опромінення Зразок №2 втратив близько **16%** своєї ефективності через деградацію фільтрів. Тоді як мінеральні та сучасні фільтри (зразки №1 та



№3) залишилися стабільними. Це підтверджує, що форма та тип фільтра безпосередньо впливають на тривалість захисту.

Отримавши результати щодо ефективності самих фільтрів, ми поставили таке питання: **у якій формі випуску ці фільтри працюють найкраще?** Адже форма випуску безпосередньо впливає на те, як рівномірно засіб розподілиться по шкірі.

На основі нашого аналізу ми виділили три ключові моменти:

- **Креми та флюїди – це "золотий стандарт".** У ході експерименту ми помітили, що саме кремові текстури найлегше дозувати. Щоб отримати захист, заявлений на етикетці, необхідно нанести **2 мг засобу на 1 см<sup>2</sup> шкіри** (це приблизно правило "двох пальців" для обличчя). Саме крем дозволяє створити той рівномірний шар, який ми тестували на скляних пластинах.
- **Пастка спреїв.** Попри їхню популярність на українському ринку через зручність, спреї часто дають хибне відчуття безпеки. Частина засобу розсіюється у повітрі, а шар на шкірі виходить занадто тонким. Наша рекомендація: якщо ви використовуєте спрей, його обов'язково потрібно розтирати руками для щільності покриття.
- **Стіки – ідеальне доповнення.** Це найзручніша форма для оновлення захисту "на ходу" або для локальних зон (ніс, вилиці, татуювання). Вони створюють густий восковий шар, який за результатами наших тестів є найбільш стійким до стирання.

### **Висновки.**

Сучасний сонцезахист пройшов шлях від базових засобів із SPF 2 на основі бензилсаліцилату до інтелектуальних систем, що блокують не лише UVB, а й UVA, HEV (синє світло) та IR-випромінювання. Це вимагає від асистента фармацевта глибоких знань щодо маркування та складу продуктів.

Експериментально доведено, що хімічні фільтри «старого» покоління (саліцилати, ціннаманти) втрачають до **16%** ефективності вже протягом першої години опромінення. Найвищу стабільність продемонстрували мінеральні екрани (ZnO, TiO<sub>2</sub>) та органічні фільтри нового покоління (*Tinosorb S/M*, *Mexoryl*), які зберігають захисні властивості незмінними.

Дитячий сегмент на **85%** базується на інертних мінеральних фільтрах, тоді як дорослий - на складних комбінаціях із 4 - 5 компонентів.

Для щоденного використання в місті найбільш доцільною формою є **флюїди**, що забезпечують комплаєнс пацієнта завдяки невагомій текстурі.

Для професійного консультування ми рекомендуємо диференційований підхід:

- для дітей та чутливої шкіри: мінеральні екрани у формі молочка;
- для активного відпочинку: фотостабільні гібридні фільтри у формі кремів;
- для офісних працівників: засоби з HEV-захистом у формі легких флюїдів;
- для оновлення захисту: сонцезахисні стіки як найбільш стійка до стирання форма.

### **Список літератури:**

1. Про затвердження Технічного регламенту на косметичну продукцію : Постанова Кабінету Міністрів України від 20 січ. 2021 р. № 65. *Офіційний вісник України*. 2021. № 10. ст. 442.
2. ДСТУ ISO 24444:2013. Косметичні засоби. Методи випробування захисту від сонця. Визначення фактора сонцезахисту (SPF) *in vivo* (ISO 24444:2010, IDT). [Чинний від 2013-12-01]. Київ : Мінекономрозвитку України, 2014. 28 с.
3. Технологія лікарських косметичних засобів : навч. посіб. для студ. фармац. ф-тів / О. Г. Башура та ін. Харків : НФаУ, 2016. 272 с.
4. Фармацевтична косметологія : підручник / О. Г. Башура, Н. П. Половко. Харків : НФаУ : Золоті сторінки, 2010. 464 с.
5. Гладкевич Є. В. та ін. Дерматокосметологія : навч. посіб. для провізорів-інтернів. Запоріжжя : ЗДМУ, 2020. 145 с.
6. Гур'єва І. Г. Аналіз сучасного асортименту сонцезахисних косметичних засобів на фармацевтичному ринку України. *Фармацевтичний часопис*. 2023. № 2. С. 45–51. (*Джерело для підтвердження даних про ріст ринку на 18-22%*).

7. Greiter F. The Sun Protection Factor. *The History of Piz Buin and Modern Photobiology*. 1962. Vol. 14. P. 12–18. (Джерело для історичної довідки про «Gletscher Creme»).
8. Shaath N. A. *Encyclopedia of UV Filters for Cosmetic Formulations*. New York : Allured Books, 2016. 320 p. (Для підтвердження характеристик фільтрів Tinosorb, Mexoryl та Avobenzone).
9. Global report on skin cancer prevention. World Health Organization (WHO). 2024. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ultraviolet-radiation> (дата звернення: 04.05.2026).
10. Loretz L. J. Safety evaluation of modern UV filters in commercial sunscreen formulations. *Food and Chemical Toxicology*. 2021. Vol. 152. 112177.

Анастасія Новомлинська, 311 група

## **ВПЛИВ ВІЙНИ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН МЕДИЧНИХ СЕСТЕР КНП «ЧОРТКІВСЬКОЇ ЦМЛ» ЧМР**

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів науково-природничої підготовки

Керівник роботи: викладач основ охорони праці та БЖД Цілінська О.Г.

### **Вступ.**

Від початку 2022 року ментальне здоров'я українців зазнає значних випробувань.

Особливої уваги потребує медичний персонал. Лікарі, медичні сестри та інші співробітники медичних установ стикаються не тільки з величезним фізичним та емоційним навантаженням, а й з наслідками тривалого стресу та вигорання. [5]

Медичні сестри є невід'ємною частиною сучасної системи охорони здоров'я. Від достатньої кількості медичних сестер та чітких норм щодо їхнього робочого навантаження прямо залежить якість медичної допомоги, а, отже, і кількість врятованих життів. В Україні, в умовах війни, коли потреба в

медичній допомозі надзвичайно висока, питання навантаження на медичний персонал постає особливо гостро.[6]

Воєнний стан створює безпрецедентні виклики для системи охорони здоров'я, зокрема для сестринського персоналу, який здійснює професійну діяльність у госпіталях, реабілітаційних центрах, польових умовах, а також на етапах медичної евакуації. За таких обставин зростає значущість психологічного компоненту діяльності медсестри, оскільки пацієнти часто перебувають у стані психоемоційного напруження, що проявляється страхом, почуттям безпорадності, емоційною агресією або апатією. [3]

**Мета.** Дослідження впливу воєнних дій на психоемоційний стан медичних сестер Чортківської центральної міської лікарні, визначення основних стресових факторів їх професійної діяльності в умовах війни, а також аналіз можливих методів психологічної підтримки та профілактики емоційного вигорання.

#### **Матеріали та методи.**

1. Опрацювання інформації в інтернет-джерелах та періодичних виданнях.
2. Метод анкетування. (Опитування серед медичних сестер Чортківської центральної міської лікарні проводилося на засадах анонімності та добровільності).
3. Метод математичної статистики (вибірковий метод).

#### **Результати дослідження та їх обговорення.**

Досліджуючи інтернет-ресурси та періодичні видання, члени гуртка з'ясували, що психоемоційний стан медичних сестер в умовах війни суттєво погіршився порівняно з мирним часом. Причиною таких змін є комплекс чинників, що виходять далеко за межі звичайної професійної втоми. Постійний стрес призводить до розвитку професійного вигорання та навіть депресивних станів, що робить цю проблему однією з найактуальніших у сучасній системі охорони здоров'я України.

Війна створює безпрецедентне навантаження на середній медичний персонал, адже саме медичні сестри та брати перебувають у безпосередньому контакті з пацієнтами у режимі 24/7, поєднуючи складні професійні обов'язки з

особистими переживаннями за безпеку та долю близьких.

У межах дослідження гуртківці також опрацювали рекомендації щодо збереження ментального здоров'я, зокрема Наказ МОЗ України від 04.06.2025 № 923 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо профілактики психоемоційного вигорання медичних працівників». Цей документ визначає ключові стратегії підтримки персоналу та впровадження культури психологічної допомоги безпосередньо на робочих місцях.

Медики Західної України, хоча й перебувають відносно далі від лінії фронту, стали ключовим «тиловим хабом» країни. Робота в умовах постійного прийому внутрішньо переміщених осіб (ВПО), лікування важкопоранених, що евакуюються зі сходу, та постійної готовності до наслідків ракетних атак створює специфічний профіль психоемоційного навантаження.

Емоційне вигорання медичних працівників в умовах війни — це складний багатовимірний синдром, що характеризується хронічним емоційним та фізичним виснаженням, цинізмом або деперсоналізацією, а також зниженням відчуття професійної ефективності та особистих досягнень. Він виникає внаслідок тривалого впливу екстремальних стресових факторів, пов'язаних з роботою в умовах підвищеної небезпеки, інтенсивного емоційного навантаження, обмежених ресурсів та морально-етичних викликів, що притаманні медичній практиці під час військових дій. [4]

Всесвітня організація охорони здоров'я виділяє три основні ознаки емоційного вигорання:

1. Постійне відчуття виснаження або втоми, що призводить до порушення сну, погіршення самопочуття, проблем із концентрацією.

2. Інтелектуальне та емоційне дистанціювання від роботи, відчуття негативу та цинізму відносно ситуацій, пов'язаних із роботою, відірваність від колективу, відсутність мотивації.

3. Зниження професійної чи особистої ефективності. Розвивається відчуття неспроможності впоратися зі своїми обов'язками, з'являються сумніви у власних здібностях і компетентності. [2]

В умовах війни до перелічених вище додаються такі фактори як особисті та опосередковані загрози. Виконуючи свої професійні обов'язки в умовах військового стану, медичні працівники безпосередньо стикаються із типовими загрозами, які призводять до емоційного вигорання (надмірне навантаження, брак сну, відсутність самостійності, рівень шуму, змінні вимоги, етичні дилеми, а також особиста загроза, симптоми посттравматичного стресового розладу, пов'язаного з роботою). [1]

Щоб дізнатися про прояви психоемоційного виснаження серед медичних сестер Чортківської центральної міської лікарні, ми провели опитування (з допомогою програми Google Forms).

При виборі методики дослідження, ми звернулися за допомогою до практичного психолога ЧМФК Оксани Володимирівни Кметик. Для проведення опитування психологиня допомогла нам у створенні анкети для визначення емоційного стану медичних сестер під час війни.

Опитування проводилося вибіркоким методом, в якому взяли участь 68 медичних працівників, що працюють у різних відділеннях ЛПЗ. Всі респонденти – жінки, середній вік яких – 33 роки. Опитування проводилось невеликими групами або індивідуально.

Опрацьовуючи результати анкетування щодо визначення емоційного стану медичних сестер під час війни, з'ясувалося наступне.

Більшість респондентів чітко усвідомлюють свій поточний стан, характеризуючи його переважно як тривожний або напружений. Як серед досвідчених фахівців, так і серед тих, хто нещодавно розпочав роботу, основними чинниками стресу називаються постійна відповідальність за життя пацієнтів, дефіцит відпочинку та загальна нестабільність, спричинена воєнним станом. Деякі опитувані зазначають, що відчувають ознаки емоційного вигорання, які проявляються у постійній втомі та зниженні концентрації уваги.



Також більшість вважає, що для підтримки психологічної стійкості



важливо дотримуватися режиму сну та мати можливість спілкування з близькими. Проте реальний стан справ демонструє, що повноцінний відпочинок доступний лише невеликій частині медперсоналу через понаднормове навантаження.

Результати щодо методів самопомоги є наступними: 19,4% опитаних медичних

сестер не використовують жодних спеціальних технік для зняття стресу, посилаючись на брак часу; 26,4% намагаються самостійно опанувати методи дихальних вправ, самозаспокоєння; 54,2% спілкуються з близькими або колегами. Серед факторів, що допомагають триматися, більшість виділяє усвідомлення важливості своєї професійної місії.

Оцінюючи вплив війни на когнітивну сферу та продуктивність,



з'ясувалося, що переважна більшість медичних сестер відчула негативні зміни у здатності концентруватися на професійних та повсякденних завданнях. Зокрема, 64,2% респондентів зазначили, що відчувають розсіяність уваги та труднощі з фокусуванням, що часто пов'язано з постійним моніторингом новин та

переживаннями за безпеку близьких.

Серед опитаних 22,8% вказали на те, що втрата концентрації є епізодичною і зазвичай посилюється після стресових подій або безсонних ночей. Лише 13% медичних працівників стверджують, що війна не вплинула на їхню працездатність, а навпаки — змусила їх ще більше мобілізуватися та працювати «на автоматизмі» для забезпечення безперервності медичної допомоги.

Такі результати підкреслюють, що психоемоційне навантаження на

медичний персонал значно зросло. Погіршення концентрації може підвищувати ризик професійних помилок, тому для таких фахівців корисно буде пройти тренінги з психоемоційної підтримки або скористатися спеціалізованими посібниками з управління стресом у кризових ситуаціях.

**Висновки.** Дослідження Чортківської ЦМЛ підтвердило, що війна створила критичне навантаження на медичних сестер, яке проявляється у тривожності, розсіяності уваги та хронічній втомі.

Ключовим рішенням є оптимізація робочих графіків для забезпечення персоналу повноцінним сном та часом на спілкування з близькими, що визначено самими медиками як головний фактор стійкості. Адміністрація закладу має ініціювати тренінги з управління стресом, оскільки значна частина сестер не володіє методами самодопомоги або не має часу на їх самостійне вивчення. Важливою рекомендацією є запровадження інформаційної гігієни та технік дихальної гімнастики під час змін для стабілізації когнітивної сфери та зменшення кількості професійних помилок. Системна реалізація цих заходів дозволить трансформувати «режим автоматизму» у свідому професійну витривалість, зберігаючи ментальне здоров'я персоналу в умовах війни.

#### **Використані джерела:**

1. <https://dspace.znu.edu.ua/jspui/bitstream/12345/10510/1/Барковська%20Т..pdf>
2. <https://www.mh4u.in.ua/hochu-diznatysya-bilshe/emocijne-vygorannya-prychyny-symptomy-stadiyi-ta-yak-borotysya-z-nym/>
3. <https://www.innovpedagogy.od.ua/archives/2025/90/41.pdf>
4. <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/529>
5. <https://mister-blister.com/uk/mentalne-zdorovya-v-ukrayini-pid-chas-viyny-psykhologichna-pidtrymka-medpersonalu-ta-patsiyentiv/>
6. <https://www.academia.edu/129430395/>
7. <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-04-06-2025-923-pro-zatverdzhennya-metodichnih-rekomendaciyi-shodo-profilaktiki-psihoemocijnogo-vigorannya-medichnih-pracivnikiv-2>

## ГІГІЄНА РУК ЯК ЗАПОРУКА БЕЗПЕКИ ЛІКУВАННЯ.

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки терапевтичного профілю,  
основ медсестринства та догляду за хворими.

*Керівник роботи:* викладач клінічних дисциплін Цюмик О.І.

**Вступ.** Щороку 5 травня світова спільнота відзначає Всесвітній день гігієни рук. П'ятий день п'ятого місяця символізує п'ять пальців на кожній руці людини. Гігієна рук визнана найефективнішим методом зменшення передачі збудників інфекцій, пов'язаних із наданням медичної допомоги. Це найпростіший і найдоступніший спосіб збереження життя та здоров'я пацієнтів і медичного персоналу.

Мікроорганізми, що виявляються на шкірі рук, поділяють на дві категорії: транзиторну та резидентну мікрофлору. Транзиторна – представлена мікроорганізмами, які колонізують поверхневі шари шкіри, і найчастіше є причиною розвитку інфекцій. Вона перебуває на шкірі рук зазвичай до доби – і легко видаляється під час миття рук або обробки антисептиком. Резидентна



мікрофлора включає мікроорганізми, що колонізують глибші шари шкіри. Вона постійно живе і розмножується на шкірі, рідко є причиною інфекцій. Доведено, що обробка рук спиртовмісним антисептиком або миття їх з водою та милом знищує близько 99 відсотків транзиторної

мікрофлори.

**Мета.** Оцінка рівня обізнаності здобувачів освіти спеціальності «Медсестринство» щодо гігієни рук медичних працівників.

**Матеріали та методи.** Було проведено анкетне опитування. У дослідженні

взяли участь 50 студентів 4 курсу спеціальності «Медсестринство». Використано структуровану анкету із запитаннями, що включали три тематичні блоки:

1. Теоретичні базові знання (тестові запитання з однією правильною відповіддю).
2. Відтворення «5 моментів гігієни рук» (відкрите запитання).
3. Застосування знань у клінічних ситуаціях.

## Результати дослідження та їх обговорення.

### 1. Теоретичні знання.

Результати показали, що більшість студентів мають достатній рівень базових знань щодо гігієни рук:

- 95% правильно визначили основну мету гігієни рук як профілактику інфекцій, пов'язаних із наданням медичної допомоги;
- 100% знають, що основним фактором передачі інфекцій є руки медичного персоналу;
- 58% правильно визначили оптимальну концентрацію спирту в антисептиках (60–80%);
- 36% правильно ідентифікували транзиторну мікрофлору як ключову в передачі інфекцій.

Отримані дані свідчать, що студенти добре засвоїли базові поняття, однак мають труднощі з більш складними та деталізованими аспектами.

**2. Знання «5 моментів гігієни рук».** Повністю правильно назвали всі п'ять моментів 54% студентів.

Найчастіше згадувалися: до та після контакту з пацієнтом. Найменш засвоєними виявилися моменти:

- після контакту з оточенням пацієнта;
- після ризику контакту з біологічними рідинами.

Це свідчить, що студенти



краще орієнтуються в ситуаціях із очевидним ризиком інфікування, але недостатньо враховують менш очевидні, хоча не менш важливі випадки.

3. Отримано такі результати при оцінці практичного застосування знань:

- правильна тривалість обробки рук антисептиком – 93%;
- знання правильної техніки обробки (6 етапів) – 80%;
- правильне визначення кількості антисептика – 85%;
- розуміння показань до миття рук з милом – 61%;
- правильні дії після зняття рукавичок – 75%.

Аналіз показав, що студенти не завжди чітко розуміють, коли слід надавати перевагу миттю рук із милом. Зокрема, за відсутності видимого забруднення достатньо використання антисептика, оскільки часте миття може порушувати ліпідний захисний шар шкіри. Водночас позитивним є високий рівень знань щодо техніки обробки рук та об'єму антисептика, що є критично важливим для ефективного видалення мікроорганізмів.

**Висновки.** Проведене дослідження показало, що студенти спеціальності «Медсестринство» загалом мають достатній рівень теоретичних знань щодо гігієни рук, зокрема розуміють її значення у профілактиці інфекцій, пов'язаних із наданням медичної допомоги. Водночас виявлено нижчий рівень засвоєння окремих важливих аспектів, зокрема щодо ролі транзиторної мікрофлори, оптимальної концентрації антисептиків та повного переліку «5 моментів гігієни рук». Ґрунтовне засвоєння принципів гігієни рук є важливим не лише для майбутньої професійної діяльності, але й для успішного складання ліцензійного іспиту «Крок М», де питання з цієї тематики трапляються досить часто.

Гігієна рук – це не просто формальна вимога, а базова професійна компетентність, яка гарантує безпеку як пацієнтам, так і медичним працівникам!

#### **Список літератури:**

1. Наказ № 1614 від 09.08.2021 «Про затвердження заходів з профілактики інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги».
2. Ващук В. В., Кирик Т. П., Герич Г. І., Кушнірчук М. І. Гігієна рук як запорука безпеки лікування: сучасний стан проблеми та

перспективи освітньої діяльності // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2021. — № 2. — С. 57–61.

3. Морозова Н. С., Коробкова І. В., Попов О. О., Головчак Г. С. Гігієна рук медичних працівників як важливий чинник профілактики інфекцій // Харківський національний медичний університет. — 2025. — С. 1–5.

*Назар Андрійчук, 212 група*

## **ВИЗНАЧЕННЯ СПЕКТРУ АНТИМІКРОБНОЇ ДІЇ ПОБУТОВИХ АНТИСЕПТИКІВ НА КОНТАМІНОВАНІ ПОВЕРХНІ**

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів природничо-наукової підготовки

*Керівник роботи:* канд.пед.наук, викладач біології Шевчук О.Р.

### **Вступ**

У сучасних умовах підтримання гігієни житлових та навчальних приміщень є критично важливим для профілактики інфекційних захворювань. Фармацевтичний ринок пропонує широкий спектр антисептичних засобів, проте їхня реальна ефективність проти різних груп мікроорганізмів відрізняється від заявленої виробником. Актуальність роботи полягає у необхідності об'єктивної оцінки дезінфікуючої здатності популярних засобів. Вибір антисептиків для обробки поверхонь та шкіри є базовим елементом інфекційного контролю. Етиловий спирт, розчин йоду та перексид водню є найбільш доступними засобами, проте їхня ефективність суттєво залежить від концентрації та механізму окиснювальної дії на білки мікробної клітини.

Отже, зазначені факти зумовлюють актуальність проблеми дослідження.

Мета нашого дослідження полягає у визначенні та порівнянні спектру антимікробної ефективності етилового спирту (70% і 95%), 5% спиртового розчину йоду та 3% розчину перекису водню при короткочасній експозиції на контамінованих поверхнях.

Завдання дослідження:

1. Провести забір проб із поверхонь з високим рівнем антропогенного навантаження (дверні ручки, клавіатури, тощо).
2. Вивчити склад та механізм дії обраних антисептичних засобів.
3. Експериментально встановити ступінь пригнічення росту мікроорганізмів після обробки поверхонь.
4. Здійснити статистичний аналіз отриманих результатів та розрахувати ефективність кожного засобу.

### **Об'єкти дослідження**

- ✓ **Об'єкт:** мікрофлора контамінованих поверхонь – об'єктів спільного користування (робочі столи, смартфони, гроші, дверна ручка).
- ✓ **Предмет:** антимікробна резистентність та чутливість виявлених мікроорганізмів до дії побутових антисептиків. Порівняльна антимікробна активність спиртів, йоду та перекису.

### **Матеріали й методи**

**Матеріали:** етиловий спирт (70%, 95%), розчин йоду спиртовий 5%, перекис водню 3%, чашки Петрі з желатиновим агаром, пробірки з м'ясним бульйоном.

Дослідження ґрунтується на широкому колі опублікованих джерел:

- ✓ періодичні видання України, інформації з вебсайтів Інтернету;
- ✓ науково-інформаційні передачі телебачення тощо.

**Методи:** логічний, проблемний, вивчення матеріалів та публікацій пов'язаних з науковим доробком вчених, метод посіву «газоном», візуально-оптичний, статистична обробка даних.

### **Результати дослідження та їх обговорення**

У повсякденному житті люди часто використовують антисептики для обробки рук, дрібних ран або дезінфекції поверхонь. Ось основні групи засобів, які, зазвичай, є в домашній аптечці чи сумочці:

#### **1. Спиртові антисептики**

Це найпоширеніша група для швидкої дезінфекції шкіри рук.

- **Етиловий спирт (70%):** Класичний засіб для обробки місця ін'єкції або дезінфекції інструментів (манікюрних ножиць тощо).

- **Ізопропіловий спирт:** Часто входить до складу готових гелів та спреїв для рук (санітайзерів).

## 2. Галогенвмісні антисептики (на основі йоду)

- **Спиртовий розчин йоду (5%):** Традиційно використовується для обробки країв ран (не самої рани!), щоб запобігти потраплянню інфекції.

- **Повідон-йод (наприклад, Бетадин):** Сучасна форма йоду на водній основі. Він не так сильно пече, не викликає опіків слизових і може використовуватися для промивання невеликих ран.

## 3. Окисники

- **Перекис водню (3%):** Ідеальний для первинної обробки брудної рани. Завдяки активному виділенню піни він механічно «виштовхує» бруд, пісок та бактерії з пошкодженої ділянки.

## 4. Бігуаніди

- **Хлоргексидину біглюконат (0,05%):** Один із найпопулярніших універсальних засобів. Він не має кольору, не пече, не сушить шкіру так сильно, як спирт, і підходить для промивання подряпин та навіть полоскання рота (за призначенням лікаря).

## 5. Четвертинні амонієві сполуки (ЧАС)

- **Мірамістин:** Має широку антисептичну дію. Його часто використовують як для обробки шкіри, так і для слизових оболонок, оскільки він діє м'яко і стимулює загоєння.

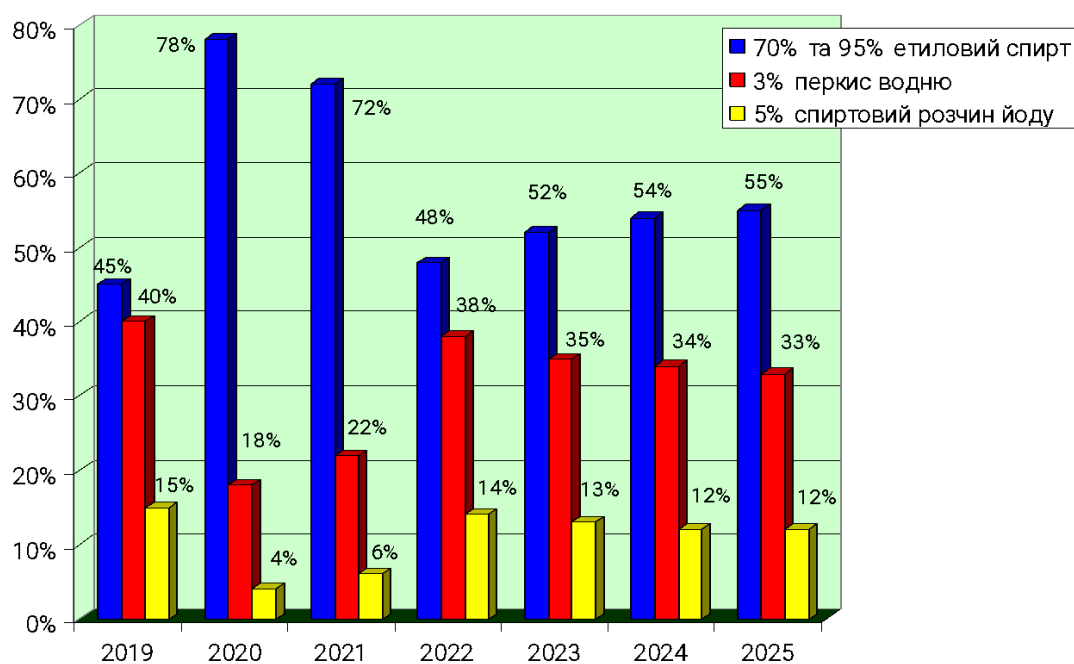
- **Бензалконію хлорид:** Часто зустрічається у складі антисептичних серветок та спреїв для горла.

## 6. Барвники

- **Діамантовий зелений («Зеленка»):** Має тривалу антисептичну дію, але через яскравий колір і спиртову основу зараз використовується рідше, ніж сучасні безбарвні аналоги [2].

Проаналізувавши великий асортимент антимікробних засобів, гуртківці зупинили свій вибір на трьох основних і найбільш вживаних: етиловий спирт 70% і 95%, 5% спиртовий розчин йоду, 3% перекис водню та дослідили використання даних антисептиків в Україні протягом 2019-2025 років.

| Роки            | Етиловий спирт<br>(70% та 95%)<br>у % | 3 % перекис<br>водню<br>у % | 5% спиртовий<br>розчин йоду<br>у % |
|-----------------|---------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| 2019            | 45                                    | 40                          | 15                                 |
| 2020 (пандемія) | 78                                    | 18                          | 4                                  |
| 2021 (пандемія) | 72                                    | 22                          | 6                                  |
| 2022 (війна)    | 48                                    | 38                          | 14                                 |
| 2023 (війна)    | 52                                    | 35                          | 13                                 |
| 2024 (війна)    | 54                                    | 34                          | 12                                 |
| 2025 (війна)    | 55                                    | 33                          | 12                                 |



Результати аналізу свідчать, що використання антисептиків значно зросло в порівнянні з 2019 у 2020 році та зберігається на високому рівні і на даний час. Це пов'язано із початком пандемії Covid та повномасштабною війною. Перше місце за використанням антисептиків посідає спирт етиловий, оскільки він входить у склад аерозолів масового використання.

Також гуртківці мали за мету проаналізувати механізм та ефективність протимікробної дії даних антисептиків, зокрема різних концентрацій спирту етилового 70 і 95%.

У роботі було застосовано комплекс загальноприйнятих мікробіологічних і

статистичних методів. Для збору та посіву зібраного матеріалу, студенти використали гігієнічні палички. Живильне середовище готували в домашніх умовах: аналогом МПБ – був м'ясний бульйон+0,9% NaCl, а МПА – желатиновий агар з м'ясним бульйоном. Спочатку ми вирішили здійснити посів на галяреткове желе, яке первинно виготовили, але росту не відбувалось, оскільки, як виявилось, желе містить лимонну кислоту, а кисле середовище є несприятливим для більшості мікроорганізмів.

Нами було застосовано різні мікробіологічні методи збору, посіву та аналізу результатів дослідження.

Гуртківці поділились на дві групи:

Перша- проводила збір матеріалу методом змивів та посіву у рідке середовище;

Друга- проводила збір матеріалу методом змивів і посіву на тверде середовище.

Дослідження проводилось кількома етапами. Спочатку проводили збір патологічного матеріалу – *методом змивів та взяття проб*. Поверхня площею 10×10 см протиралася ватним тампоном, змоченим у фізіологічному



розчині. Після цього *перша група* занурювала тампони у пробірки з м'ясним бульйоном (МПБ) для первинного накопичення мікрофлори. Змиви здійснювали із найбільш контамінованих поверхонь: робочий стіл, дверна ручка, гроші, мобільний телефон.

Проводили збір матеріалу та первинний посів без обробки поверхонь антисептиком та після їх обробки витримували час експозиції (3 хвилини) і лише після цього робили змив.

Було вісім пробірок: перші чотири без обробки поверхні антисептиком (1 – робочий стіл, 2 – дверна ручка, 3 – гроші, 4 – екран мобільного телефона), а наступні – після обробки (5 – робочий стіл + 3% перекису водню, 6 – дверна

ручка + 5% спиртовий розчин йоду, 7 – гроші + 95% етиловий спирт, 8 – екран мобільного телефону + 70% етиловий спирт).

*Друга група* проводила-- змив та посів на тверде живильне середовище (желатиновий агар) *методом прямого посіву* – «газоном» на поверхню середовища. Чашку Петрі поділили на кілька секторів: 1 – гроші, 2 – гроші + 70% етиловий спирт, 3 – гроші + 95% етиловий спирт, 4 – дверна ручка, 5 – дверна ручка + 5% спиртовий розчин йоду, 6 – екран мобільного телефону, 7 – екран мобільного телефону + 3% перекис водню).

Культивування зібраного матеріалу проводили, дотримуючись температурного режиму – в межах 20-30<sup>0</sup>C (використовували обігрівач). Не зважаючи на деякі відхилення від умов експерименту (температура, стерильність), гуртківцям вдалося отримати певні результати.

Протягом 72 год здійснювали *візуально-оптичний метод* аналізу результатів, тобто проводили щоденний моніторинг змін у середовищах:

- У бульйоні – за наявністю каламуті, осаду або плівки.

| Об'єкт дослідження<br>(№ пробірки/сегмента) | Обробка<br>(антисептик)     | Живильне<br>середовище | Результат<br>спостереження                                 |
|---------------------------------------------|-----------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------|
| Пробірки № 1-4                              | Без обробки                 | М'ясний бульйон        | Інтенсивне помутніння,<br>через добу — утворення<br>плівки |
| Пробірка № 5<br>(Робочий стіл)              | 3% перекис водню            | М'ясний бульйон        | Незначне помутніння<br>середовища                          |
| Пробірка № 6<br>(Дверна ручка)              | 5% спиртовий розчин<br>йоду | М'ясний бульйон        | Відсутність помутніння                                     |
| Пробірка № 7<br>(Гроші)                     | 95% етиловий спирт          | М'ясний бульйон        | Відсутність росту                                          |
| Пробірка № 8<br>(Екран телефону)            | 70% етиловий спирт          | М'ясний бульйон        | Відсутність росту,<br>середовище прозоре                   |

- На желатиновому агарі – за морфологією колоній.
- На желатині – за швидкістю та глибиною розрідження.

Протягом першої доби ми спостерігали ріст колоній на живильних середовищах: **У м'ясному бульйоні** – у пробірках № 1–4 спостерігалось інтенсивне помутніння та через добу – утворення плівки. У пробірках № 5 –

робочий стіл + 3% перекису водню – незначне помутніння середовища, № 6 – дверна ручка + 5% спиртовий розчин йоду – відсутність помутніння, № 7 – гроші + 95% етиловий спирт – відсутність росту, № 8 – екран мобільного телефона, + 70% етиловий спирт – відсутність росту, середовище залишається прозорим.

1) **На желатині у чашці Петрі:** у сегментах (1,4,6) – без обробки антисептиків спостерігався інтенсивний ріст колоній, які протягом 48 годин – дещо розріджували желатин (наявність протеолітичних ферментів). А у сегментах: 2 – гроші + 70% етиловий спирт – відсутність росту, 3 – гроші + 95% етиловий спирт – спостерігалась одна колонія, 5 – дверна ручка + 5% спиртовий розчин йоду – відсутність росту, 7 – екран мобільного телефона + 3% перекис водню – 2 і більше колонії.

| Об'єкт дослідження (№ пробірки/сегмента) | Обробка (антисептик)     | Живильне середовище   | Результат спостереження                                       |
|------------------------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------|
| Сегменти 1, 4, 6                         | Без обробки              | Желатин (Чашка Петрі) | Інтенсивний ріст колоній, розрідження желатину (через 48 год) |
| Сегмент 2 (Гроші)                        | 70% етиловий спирт       | Желатин (Чашка Петрі) | Відсутність росту                                             |
| Сегмент 3 (Гроші)                        | 95% етиловий спирт       | Желатин (Чашка Петрі) | Спостерігалась одна колонія                                   |
| Сегмент 5 (Дверна ручка)                 | 5% спиртовий розчин йоду | Желатин (Чашка Петрі) | Відсутність росту                                             |
| Сегмент 7 (Екран телефону)               | 3% перекис водню         | Желатин (Чашка Петрі) | 2 і більше колонії                                            |

Аналізуючи отримані результати дослідження, можна зробити висновок, що антимікробна дія вказаних антисептиків є значною, її можна простежити як у рідкому живильному середовищі – м'ясному бульйоні, так і твердому – желатиновий агар. Однак, за результатами наших досліджень найбільш ефективними виявились 70% етиловий спирт, 5% спиртовий розчин йоду, 95% етиловий спирт, а найменш ефективним – 3% перекис водню, оскільки незначний ріст спостерігається у пробірці № 5 – стіл оброблений 3% перекисом водню та у сегменті № 7 - екран мобільного телефона + 3% перекис

водню. Також одна колонія мікроорганізмів спостерігалась у сегменті № 3 (на чашці Петрі) – гроші + 95% етиловий спирт. Отже, 95% етиловий спирт не був настільки ефективним, як 70% етиловий спирт. Даний ефект можна пояснити тим, що 70% етиловий спирт ефективніший за 95%, оскільки повільніше випаровується та не викликає миттєвої коагуляції поверхневих білків бактерії, що дозволяє спирту проникнути всередину клітини. *Спирти* мають швидкий бактерицидний та мікобактерицидний вплив (для 70% етанолу достатньо експозиції  $\leq 30$  с); майже не впливають на бактеріальні спори, але загальмовують їхній розвиток. Результативність спиртів проти грибів та вірусів (навіть за експозиції  $> 2$  хв) є мінливою або слабкою. Для повноти антисептичної дії час контакту спирту з оброблюваною поверхнею повинен становити  $\geq 5$  хв. [1] *Йод* є універсальним антисептиком, але має обмеження через фарбувальну дію та фіксуючі властивості на поверхнях, проте його використання обмежене через хімічну активність щодо металів та пластику. *Перекис водню 3%* показав найнижчий результат на гладких поверхнях, що пояснюється його швидким розкладанням під дією світла та каталаз, які можуть виділяти деякі бактерії. Його краще використовувати для механічного очищення (піноутворення), ніж для повної стерилізації поверхонь.

### **Висновки**

1. Найбільш придатною концентрацією етилового спирту для дезінфекції поверхонь є 70%.
2. Спиртовий розчин йоду є найсильнішим окисником, але через агресивність до поверхонь його використання має бути вибіркоким.
3. Використання желатину дозволило встановити, що побутова мікрофлора має ферментативну активність, яку найкраще пригнічує йод та 70% етанол.

### **Поради щодо використання:**

1. **Для рук:** Краще обирати засоби з вмістом спирту не менше **60-70%** або готові аптечні антисептики з пантенолом чи гліцерином, щоб не пересушувати шкіру.
2. **Для ран:** Не заливайте глибокі рани чистим спиртом або йодом – це може викликати хімічний опік тканин і сповільнити загоєння. Використовуйте

перекис або хлоргексидин.

**3. Перевірка терміну придатності:** Антисептики втрачають свою ефективність після закінчення терміну придатності, особливо якщо флакон був довго відкритим.

#### **Список літератури:**

1. Гунчак В. М., Козловська Г. В. Сучасні хімічні дезінфектанти та антисептики. Частина II. // *Науковий вісник Львівського національного університету ветеринарної медицини та біотехнологій імені С. З. Гжицького.* – 2017. – Т. 19, № 77. – С. 132–138.
2. <https://www.nuozu.edu.ua/n/p/6066>

*Ірина Байда, 331 група*

## **ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ РИЗИКУ АНТЕНАТАЛЬНОЇ І ПОСТНАТАЛЬНОЇ ДЕПРЕСІЇ НА ПЕРЫГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ПАЦІЄНТОК ПОЛОГОВОГО ВІДДІЛЕННЯ ЧОРТКІВСЬКОЇ ЦМЛ**

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки хірургічного профілю

*Керівник роботи:* викладач акушерства та гінекології Ярова О.П.

*Материнство – це не лише біологія,*

*а й психологічна подорож,*

*у якій спокій матері*

*є важливою запорукою безпеки*

*та здоров'я дитини.*

Із соціальних мереж

**Вступ.** Вагітність і народження дитини зазвичай асоціюються з сильними позитивними емоціями: хвилюванням, радісним передчуттям, нетерплячим

очікуванням – «я вже хочу на тебе подивитися!». Мами охоче діляться цими радісними переживаннями.

Але набагато менше прийнято відкрито обговорювати появу незрозумілого смутку, виснажливої втоми або навіть відчаю, які доводиться відчувати деяким жінкам після народження дитини.

Згідно світових статистичних досліджень, депресія вражає від 7 до 19% вагітних і зростає до 25-27% у країнах з високим рівнем стресу.

В Україні, у 2026 році, де 72% населення переживали тривогу (ВОЗ), а 57,4% відчують щоденний стрес (Helsi), – ризик ще вищий.

Емоційний стан українців змінився після 2022 року – від шоку та заперечення на початку вторгнення до хронічного виснаження сьогодні.

Війна створює «ідеальний шторм» для розвитку перинатальної депресії. Усі класичні фактори ризику – стрес, ізоляція, відсутність підтримки, порушення сну, тривога за майбутнє – присутні в житті більшості українських матерів одночасно.

Часто ще й зустрічаються випадки, коли чоловіки ініціюють народження третьої дитини, щоб уникнути мобілізації. Коли рішення приймаються під тиском обставин чи одне на одного, коли сім'ями керує страх, а не бажання і готовність до дітонародження, то з'являються відповідні наслідки.

**Мета дослідження.** Поширеність даних проблем серед вагітних та матерів зацікавила гуртківців. Ми вивчали фактори ризику виникнення депресії та їх вплив на перебіг вагітності й пологів серед пацієнток пологового відділення Чортківської центральної міської лікарні. Отримали наступні результати.

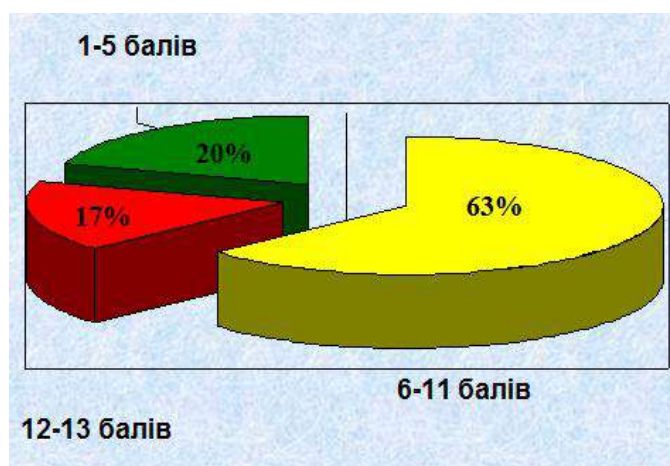
**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням знаходилося 30 пацієнток, які народжували у пологовому відділенні Чортківської ЦМЛ у 2025 році.

Проведено аналіз перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду у цих роділь шляхом опрацювання обліково-звітної документації пологового будинку (історій пологів, обмінних карт вагітних).

З метою ранньої діагностики розладів психоемоційного стану матерів ми провели анкетування. В якості анкет використовували Единбурзьку шкалу

післяпологової депресії (Edinburgh Postnatal Depression Scale).

**Результати досліджень та їх обговорення.** Опитування проводили як



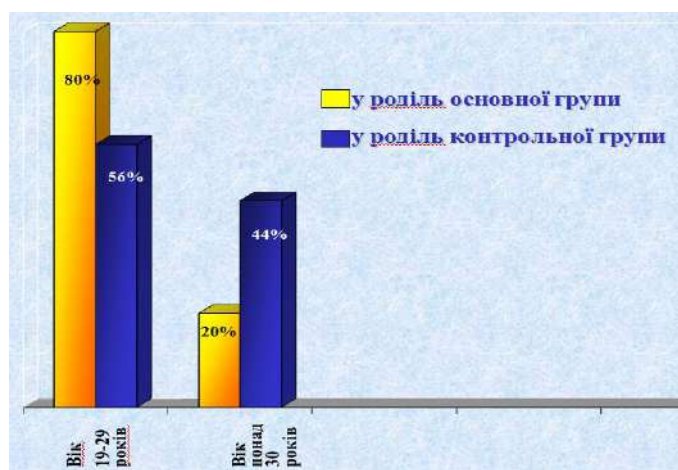
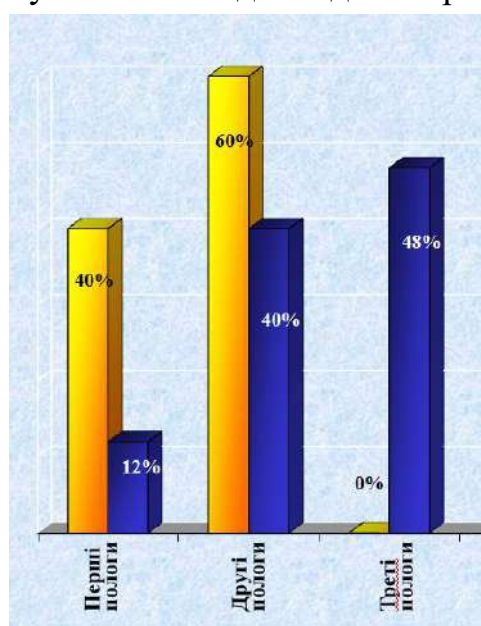
серед вагітних, так і серед породіль та отримали наступні результати (діаграма №1):

- загальна кількість балів від 1 до 5 спостерігалась у 20% (6) пацієнток;
- 6-11 балів – у 63% (19) пацієнток;
- 12-13 балів – у 17% (5) пацієнток, що вказує на ймовірну депресію у них та відповідає середньостатистичним показникам в Україні.

Таким чином, сформували дві групи:

- основну – 5 пацієнток – з наявними ознаками психоемоційних розладів (12-13 балів за Единбурзькою шкалою);
- контрольну – 25 пацієнток – без таких ознак (1-11 балів за Единбурзькою шкалою).

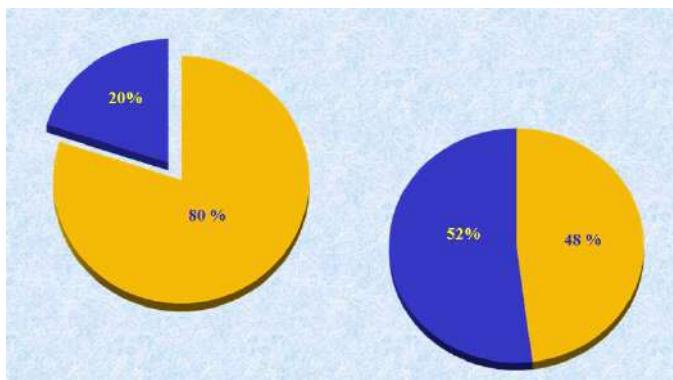
Серед опитаних вагітних та породіль основної групи переважна більшість респонденток – 80% (4 з 5) була віком від 19 до 29 років, а у



контрольній групі – 56% (14 з 25) опитаних – старші 30 років (діаграма №2).

Більш стійкими до депресивних розладів виявилися жінки, які виношували третю дитину 48% (12 з 25 контрольної групи), в той же час серед пацієнток з ймовірними депресивними розладами дана вагітність була першою або

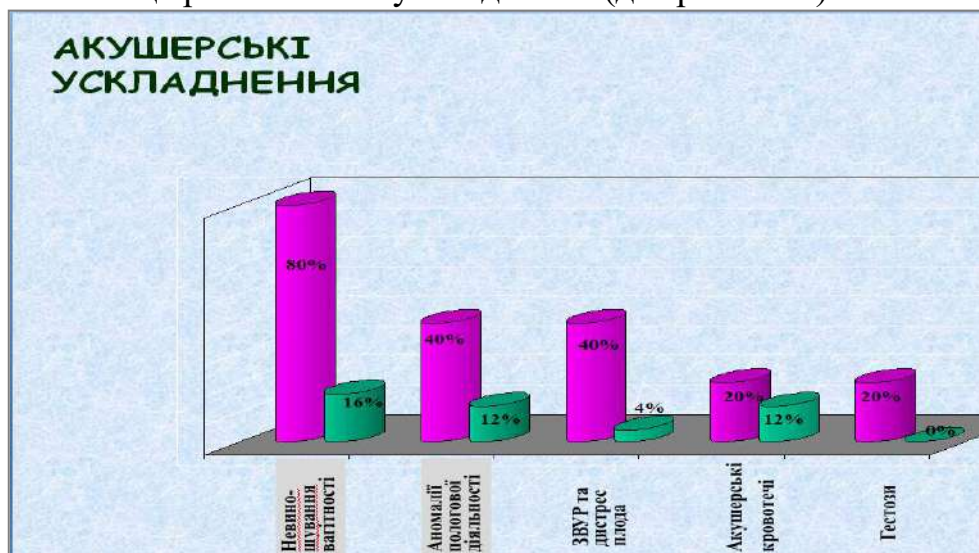
другою – 40 (2 пацієнтки) і 60% (3 пацієнтки) відповідно, що ймовірно пов'язано з меншим акушерським досвідом (діаграма №3).



Серед респонденток основної групи переважали міські жительки 80% (4 з 5), більшість пацієнток контрольної групи – 52% (13 з 25) приїхали народжувати з сільської місцевості (діаграма №4). Очевидно,

місце проживання у сучасних реаліях повномасштабного вторгнення, частих тривог та блекаутів відображається на психоемоційному стані вагітних.

При оцінці акушерських ускладнень з'ясували, що у жінок основної групи частіше мали місце різноманітні ускладнення (діаграма №5):



- невиношування вагітності – у 80% (3 з 5) пацієнток проти 16% (4 з 25) з контрольної групи;
- аномалії пологової діяльності – у 40% (2 з 5) та у 12% (3 з 25) – відповідно;
- затримка внутрішньоутробного розвитку та дистрес плода – у 40% (2 з 5) та у 4% (1 з 25) відповідно;
- акушерські кровотечі у 20% (1 з 5) та у 12% (3 з 25) відповідно;
- гестози у 20% (1 з 5) пацієнток лише з основної групи.

Як свідчать отримані дані, вищий рівень гестаційних ускладнень спостерігається у жінок з порушеннями психоемоційного стану.

Аналогічна закономірність зустрічалась і в післяпологовому періоді:

- гіпогалактія – у 80% (4 з 5) породіль основної групи та у 28% з контрольної (7 породіль з 25);
- субінволюція матки – у 20% (1 з 5) породіль та у 8% (2 з 25) відповідно.

**Висновки.** У результаті нашої роботи ми з'ясували такі чинники:

- поєднання різких гормональних змін під час вагітності та після пологів, фізичного та емоційного виснаження, браку сну та соціальних чинників в умовах повномасштабного вторгнення часто призводить до виникнення психологічних проблем від «Baby blues» аж до депресії та психозу;
- факторами ризику виникнення депресивних розладів є вік вагітної до 30 років, паритет – перші або другі пологи, проживання у місті;
- вагітність із наступними пологами у пацієнток зі схильністю до депресивних розладів супроводжується значно більшою частотою ускладнень: невиношуванням вагітності, порушенням стану плода, гіпогалактією та субінволюцією матки;
- для подолання психоемоційних проблем потрібна професійна допомога та підтримка родини, що не завжди є можливим в умовах повномасштабної війни в Україні.

Кожній пацієнтці з ризиком депресивних розладів гуртківці надали рекомендації щодо догляду за новонародженим, гігієни післяпологового періоду, а також порекомендували пройти повторне опитування через 6-8 тижнів, а при потребі – консультуватись у сімейного лікаря та психотерапевта.

Психотерапевти жодної країни не стикалися з викликами, з якими зіткнулася зараз українська система охорони здоров'я, тому немає напрацьованих механізмів. «Ми прийшли в цей світ, щоб допомагати один одному в нашій подорожі по життю»(Вільям Джеймс).

### **Список літератури:**

1. Післяпологова депресія і як з нею боротися. URL: <https://home-test.com.ua/korisna-nformac-ya/zdorov-ya-zh-nki/p-slyapologova-depres-ya-yak-z-neyu-borotisya> (дата звернення 19.05.2026).

2. Післяпологова депресія: як її розпізнати, як лікувати та де шукати допомоги. URL: <https://neuroflex.ua/blog/pislyapologova-depresiya-yak-yiyi-rozpiznaty-yak-likuvaty-ta-de-shukaty-dopomogy> (дата звернення 20.05.2026).
3. Долішня Н.І. Післяпологова депресія: особливості перебігу і лікування. // Нейронews. №8. 2010. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2010/8%2827%29/article-409/pislyapologova-depresiya-osoblivosti-perebigu-i-likuvannya#gsc.tab=0> (дата звернення 18.05.2026).
4. Матковська Т.М. Чому виникає післяпологова депресія та як її позбутися? URL: <https://onclinic.ua/blog/chomu-vynykaye-pislyapolohova-depresiya-ta-yak-ii-pozbutysya> (дата звернення 19.05.2026).
5. Післяпологова депресія: чому виникає і чи можливо запобігти?.URL: <https://phc.org.ua/news/pislyapologova-depresiya-chomu-vinikae-i-chi-mozhlivo-zapobigti> (дата звернення 28.05.2024).
6. Алчанова О. Депресія після пологів: чому вона виникає та як батькам себе підтримати. 15.01.2026. URL: <https://www.mh4u.in.ua/hochu-diznatysya-bilshe/depresiya-pislya-pologiv-chomu-vona-vynykaye-ta-yak-batkam-sebe-pidtrymaty> (дата звернення 20.05.2026).

*Ірина Лозінська, 111 група*

## **ЗМІНИ ФІЗІОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ (АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА ПУЛЬСУ) ПРИ РІЗНИХ ВИДАХ ДІЯЛЬНОСТІ ЛЮДИНИ**

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів природничо-математичних дисциплін та  
циклова комісія викладачів терапевтичного профілю та основ медсестринства

*Керівники роботи:* викладач інформатики Бабин Н.Б.

викладач внутрішньої медицини Дуда-Мізинчук О.Б.

### **Вступ**

Кожного дня організм сучасної людини піддається впливу

різноманітних факторів навколишнього середовища та внутрішніх навантажень. Серцево-судинна система є головним індикатором адаптації людини до цих умов. Найважливішими показниками цієї адаптації є артеріальний тиск (АТ) та частота серцевих скорочень (пульс).



Артеріальний тиск – це сила, з якою кров тисне на стінки судин, а пульс – це ритмічні коливання стінок артерій. Зміна цих показників не є сталою: вона залежить від того, чи ми активно рухаємось, працюємо за комп'ютером, чи розв'язуємо складне математичне завдання. Розуміння того, як організм реагує на різні види діяльності, є ключовим для профілактики гіпертонічної хвороби та серцево-судинних катастроф у майбутньому.

Небезпека полягає в тому, що сучасний ритм життя – сидяча робота, стреси та відсутність адекватної фізичної активності – призводить до «перенапруження» регуляторних механізмів. У результаті показники АТ і пульсу можуть виходити за межі норми навіть при незначних навантаженнях, що веде до швидкої втомлюваності та виснаження серцевого м'яза.



### **Мета досліджень**

Метою нашої роботи було з'ясувати, як змінюються фізіологічні показники а саме артеріальний тиск та пульс залежно від типу навантаження: фізичного, розумового, статичного (робота за комп'ютером) та емоційного (інтенсивні комп'ютерні ігри).

### **Матеріали і методи.**

Гуртківцями було проведено дослідження серед студентів (обстежено 30 осіб). Ми вимірювали АТ та пульс у стані спокою, після фізичного навантаження, після роботи за комп'ютером, після складання тесту (розумова діяльність) та після інтенсивного емоційного навантаження (комп'ютерні ігри).

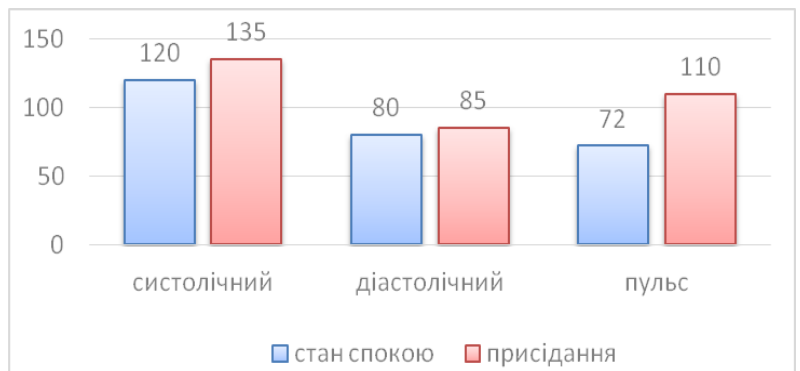
## Результати досліджень.



Фізичне навантаження (30 присідань).

У результаті дослідження виявлено характерне зростання систолічного («верхнього») тиску на 15 –25% від

початкового та значне збільшення частоти серцевих скорочень (до 100 –115 уд/хв). При підніманні сходовою кліткою зміни систолічного і діастолічного тиску були у тих самих межах. Дещо інтенсивніше змінилися показники пульсу (до 125-130 уд/хв), що є фізіологічною нормою для забезпечення м'язів киснем. Під час фізичної роботи м'язи потребують у рази більше кисню та енергії. Діастолічний тиск при цьому змінювався незначно або навіть дещо знижувався, що є нормальною реакцією на розширення судин у працюючих м'язах.



Розумова діяльність (стрес, навчання). Під час розумової діяльності спостерігається «емоційний стрибок»: пульс частішає на 10–20 уд/хв, а АТ



підвищується через викид адреналіну. Це пояснюється активацією кори головного мозку та викидом адреналіну в кров. Стрес, іспити або розв'язання складних завдань запускають реакцію «бий або біжи», хоча тіло при цьому залишається нерухомим.

Частота серцевих скорочень помірно зростає. Серце готується до дії, яка не відбувається фізично. Систолічний та діастолічний АТ зростають приблизно на 4,5% і 6% відповідно. На відміну від спортивних навантажень, при стресі відбувається спазм (звуження) периферичних судин. Оскільки судини звужені, а серце б'ється сильніше — тиск «підскакує».



Саме психоемоційне навантаження найчастіше призводить до стійкої гіпертензії, оскільки судини тривалий час перебувають у стані спазму без наступного фізичного «розрядження».



Робота за комп'ютером (статичне навантаження).

Дослідження показало «підступність» цього стану: пульс залишається в нормі або навіть сповільнюється (брадикардія), проте АТ поступово підвищується через спазм судин та статичне напруження м'язів шиї.

Це призводить до порушення кровообігу мозку.

Це специфічний вид діяльності, що поєднує тривалу нерухомість та когнітивну концентрацію. Частота серцевих скорочень може бути дещо уповільненою (брадикардія спокою) або монотонною. Відсутність рухів м'язів ніг («м'язового насоса») уповільнює венозне повернення крові до серця. Ми побачили тенденцію до невеликого підвищення (приблизно на 2%) діастолічного («нижнього») тиску. Це пов'язано із застоєм крові та тривалою статичною напругою м'язів шиї та спини. Перенапруження м'язів шиї може погіршувати кровообіг у



хребтових артеріях, що змушує організм рефлекторно підвищувати тиск для нормального живлення мозку. При тривалій роботі (понад 2–3 години) може виникнути явище «ортостатичної нестабільності» – коли після вставання з-за столу різко паморочиться голова через застій крові в нижніх кінцівках.

Найбільші зміни фізіологічних показників гуртківці спостерігали при



інтенсивній комп'ютерній грі протягом 30 хв. Так частота серцевих скорочень збільшилася на 20-23 уд/хв. (31.9%), систолічний тиск зріс на 8.3%, а діастолічний на 10%. Такі зміни відбулися через емоційне напруження, швидку реакцію та збудження, а також перевантаження м'язів шії та спини.

## Висновок

Дослідження показали, що найбільш гармонійним для серця є помірне фізичне навантаження, тоді як тривале перебування в статичній позі за комп'ютером та хронічний розумовий і психоемоційний стрес викликають несприятливі зміни тиску, які людина часто не помічає.



Тому гуртківці рекомендують запам'ятати правила збереження здоров'я серцево-судинної системи:

1. Правило 45/15: після кожних 45 хвилин роботи за комп'ютером робіть 15-хвилинну перерву на легку руханку.

2. Контроль постави: правильне положення за столом запобігає затисканню судин шії, що нормалізує тиск.



3. Дихальні вправи: при розумовому напруженні використовуйте техніку «квадратного дихання» (вдих-затримка-видих-затримка), щоб заспокоїти пульс.

4. Аеробна активність: щонайменше 30 хвилин швидкої ходьби щодня «тренують» судини правильно реагувати на стрес.

5. Водний баланс: пийте достатньо води, оскільки зневоднення робить кров густішою, змушуючи серце працювати з перенавантаженням.

6. Гігієна сну: відмова від гаджетів за годину до сну нормалізує вечірні показники АТ.

Своєчасна увага до сигналів власного серця допоможе зберегти високу працездатність на довгі роки!

### **Список літератури:**

1. Шевчук В. А. Фізіологія серцево-судинної системи. Львів : Світ, 2019. 300 с.
2. Березовський В. А. Основи фізіології людини. Київ : Олімпійська література, 2016. 400 с.
3. Козлов В. І. Фізіологія людини. Харків : Фоліо, 2018. 512 с.
4. Перетяченко М. О. Вплив фізичного навантаження на серцево-судинний гомеостаз. 2023. URL: <https://ekhshuir.kspu.edu/handle/123456789/>
5. Мироненко С. Серцево-судинна система: норма та патологія. Загальні основи кардіореабілітації // Педагогічні науки. 2024. URL: <https://pednauki.pnpu.edu.ua/article/view/308720>
6. Пасічник Р. М., Вовкодав В. О., Левицька Л. В. Модель реакції серцево-судинної системи на дозоване фізичне навантаження // Системи обробки інформації. 2013. URL: <https://dspace.wunu.edu.ua/handle/316497/37214>
7. Пришва О. Б. Спосіб інтегрального оцінювання реакції організму на фізичне навантаження // Physical education, sport and health culture in modern society. 2016. URL: <https://www.sport.vnu.edu.ua/index.php/sport/article/view/375> .
8. Бочкова Н. Л. Морфофункціональний стан та адаптація до фізичних навантажень осіб з артеріальною гіпертензією // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2008. № 3. С. 35–37. URL: <https://ela.kpi.ua/handle/123456789/42447>
9. Бочкова Н. Л. Обґрунтування параметрів фізкультурно-оздоровчих занять

для осіб з артеріальною гіпертензією // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2009. № 6. С. 25–28. URL: <https://ela.kpi.ua/handle/123456789/42448>

*Вікторія Гладии, 251 група*

*Софія Тимчій, 251 група*

## **ВИМІРЮВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ. МІФИ І РЕАЛЬНІСТЬ.**

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки терапевтичного  
профілю, основ медсестринства та догляду за хворими.

*Керівник роботи:* викладач клінічних дисциплін Лесейко О.Б.

**Вступ.** Як свідчить уніфікований медичний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія – АГ) є найпоширенішим неінфекційним захворюванням на глобальному рівні та в Україні зокрема. Це хронічне захворювання, що характеризується стійким підвищенням артеріального тиску вище 140/90 мм рт. ст. В Україні АГ поширена серед 43% дорослих віком від 30 до 79 років, з розподілом по статі 45% і 42% відповідно у чоловіків і жінок, причому ефективний контроль АТ мають лише 14% пацієнтів». Це «тихий вбивця», який часто протікає безсимптомно до появи ускладнень.

Вкрай низький показник ефективності контролю АТ серед пацієнтів з гіпертензією є ключовим чинником серцево-судинної смерті, за яким Україна віднесена до категорії країн з дуже високим серцево-судинним ризиком. Зокрема ліків, які би вилікували хворого раз і назавжди не існує. Це хвороба, яка вимагає постійного контролю і корекції артеріального тиску. Вона не потребує контролю лікування в умовах стаціонару, але є однією із найбільш частих причин звертання за медичною допомогою.

Однією із поширених проблем контролю АТ є низький рівень довіри

медпрацівників і пацієнтів до даних, отриманих за допомогою автоматичних (напівавтоматичних) тонометрів. У своїй роботі ми досліджували цю проблему.

**Мета дослідження.** Метою даної роботи було оцінити на скільки показники відрізняються в залежності від способу вимірювання АТ.

**Матеріали і методи дослідження.** У дослідженні брали участь студенти коледжу. Для аналізу використовувалися результати вимірювань показників АТ за допомогою механічних та напівавтоматичних електронних тонометрів на лівій і правій руці.

### **Результати дослідження та їх обговорення.**

У результаті вимірювань отримано такі середньостатистичні дані:

- на правій руці при вимірюванні механічним тонометром дані становили 112/78 мм рт. ст., а при реєстрації напівавтоматичним – 108/65 мм рт. ст.;
- на лівій руці при вимірюванні механічним тонометром дані становили 111/79 мм рт. ст., а при реєстрації напівавтоматичним – 106/62 мм рт. ст.

Із отриманих результатів зрозуміло, що середньостатистичні відхилення показників на правій і лівій руках відрізняються незначно (від 1 до 3 мм). Хоча індивідуальні показники в окремих студентів, як систолічного так і діастолічного тиску при вимірюванні механічним тонометром, могли відрізнятися до 10 мм на обох руках, а при реєстрації напівавтоматичним на 14 мм. Однак систолічний і діастолічний тиск відхилялися від показників у різних студентів.

Порівнюючи показники отримані напівавтоматичним і механічним тонометрами середньостатистичні відхилення відрізняються систолічного на 4 мм на лівій руці і на 5 мм на правій. Діастолічний відрізняється вже значно більше: 13 мм на правій руці та 17 мм на лівій. Це становить 16% і 21% відповідно.

**Висновки.** Отже, в результаті проведених досліджень із визначення артеріального тиску механічним і напівавтоматичним тонометром можна зробити ряд висновків.

1. Різниця показників систолічного АТ при вимірюванні різними типами тонометрів практично не має відхилень, які б ускладнювали ефективний контроль артеріальної гіпертензії.
2. Показники діастолічного тиску статистично нижчі при реєстрації напівавтоматичним тонометром. Це може пояснюватися або більшою чутливістю датчиків напівавтоматичного тонометра або надто швидким випусканням повітря з манжети механічного тонометра тими, хто має недостатній досвід у визначенні АТ.
3. Відхилення артеріального тиску при реєстрації показників у здорових людей на лівій і правій руках відрізняються незначно, але якщо така різниця показників буде повторюватися при наступних вимірюваннях, то пацієнт повинен орієнтуватися про свій рівень тиску за показниками на руці, де вони вищі.

#### **Список літератури:**

1. Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія) : уніфікований медичний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги / МОЗ України. – Київ, 2023. – 68 с.
2. Оцінка серцево-судинного ризику та профілактика серцево-судинних захворювань у первинній медико-санітарній допомозі : клінічний настановчий документ, заснований на доказах / МОЗ України. – Київ, 2021. – 112 с.
3. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії : посібник для лікарів / за ред. В. М. Коваленка, Є. П. Свіщенко, Ю. М. Сіренка. – 4-те вид., випр. і доповн. – Київ : ПП «ВІТ-А-ПОЛ», 2018. – 132 с.

## **АНАЛІЗ ФАКТОРІВ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ І ПРАЦІВНИКІВ ЧМФК**

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки терапевтичного  
профілю, основ медсестринства та догляду за хворими.

*Керівник роботи:* викладач клінічних дисциплін Стефанчук О.Р.

**Вступ.** Сучасна медицина постійно працює над пошуком нових способів боротьби з різними захворюваннями, кількість яких неухильно зростає. Основну увагу фахівці приділяють профілактиці захворювань, оскільки це є ефективним способом підтримати здоров'я людини. Адже здоров'я – як визначено Всесвітньою організацією охорони здоров'я – це стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб.

### **Мета дослідження.**

1. Виявити та проаналізувати ключові фактори, що впливають на фізичне та психічне здоров'я студентів і працівників коледжу.
2. Підвищити рівень знань студентів про фактори ризику виникнення захворювань.
3. Створити системи підтримки здоров'я для покращення якості життя.

**Матеріали і методи.** Об'єктом дослідження стали студенти різних курсів та працівники ЧМФК. Кількість опитаних – 100, серед них – 80 студентів, та 20 працівників. Віковий діапазон учасників: від 15 до 62 років, середній вік – 17 років серед студентів та 52 роки серед працівників.

Дослідження проводилось методом опитування (анкетування). Період проведення: опитування тривало протягом 3 місяців. До уваги бралися наступні фактори.

**Харчування.** Нерегулярне харчування, високе споживання швидкої їжі та низька частка свіжих продуктів у раціоні.

**Сон та відпочинок.** Недостатня тривалість сну, порушення режиму та

пізні засинання.

**Медичний контроль.** Рідкісні профілактичні огляди, ігнорування перших симптомів.

**Фізична активність.** Переважання сидячого способу життя протягом дня.

**Гідrataція.** Недостатнє споживання води протягом дня, надмірне споживання кави та солодких напоїв.

**Навколишнє середовище.** Якість повітря, загальна екологія.

**Результати досліджень та їх обговорення.**

### **1. Як ви оцінюєте збалансованість свого раціону?**

Якщо порівнювати викладачів та студентів:

- домашня їжа з собою – викладачі/працівники – 40%, студенти – 20%;
- їдальня/ кафе – викладачі/працівники – 25%, студенти – 30%;
- перекуси «на ходу» – викладач/працівники – 20%, студенти – 35%.

### **2. Сон та відпочинок:**

- сон 7-8 год – викладачі/працівники – 40%, студенти – 15%;
- хронічний недосип – викладачі/працівники – 25%, студенти – 35%;
- пізнє засинання – викладачі/працівники – 20%, студенти – 30%.

### **3. Рівень фізичної активності:**

- високий - викладачі/працівники – 30%, студенти – 20%;
- помірний (піші прогулянки) – викладачі/працівники – 30%, студенти – 40%;
- сидячий спосіб - викладачі/працівники – 25%, студенти – 25%.

### **4. Медичний контроль:**

- регулярно (1раз на рік) – викладачі/працівники – 30%, студенти – 25%;
- тільки при відхиленні у здоров'ї – викладачі/працівники – 30%;
- студенти – 35%;
- майже ніколи(самостійно) - викладачі/працівники – 20%, студенти – 25%.

### **5. Гідrataція:**

- дефіцит рідини – викладачі/працівники – 10%, студенти – 15%;
- норма (близько – 1,5л) – викладачі/працівники – 55%, студенти – 40%;

- споживання кави, солодкої води, соків – викладачі/працівники – 35%, студенти – 45%.

## 6. Стан навколишнього середовища:

- задоволені - викладачі/працівники – 45%, студенти – 60%;
- частково задоволені – викладачі/працівники – 40%, студенти – 30%;
- незадоволені – відповідно 10% і 15%.

## Висновок.

**ПІДСУМОК РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ**

Дослідження показало, що обидві групи стикаються з серйозними викликами, але їхня природа різна:

**Студенти** мають більший **«запас міцності»** організму, але часто виснажують його через хаотичний спосіб життя.

**Викладачі** демонструють вищу **свідомість**, проте їхнє здоров'я перебуває під тиском професійного вигорання та вікових змін.

**ДЛЯ СТУДЕНТІВ**  
Пріоритет — **самодисципліна**: налагодити режим сну та покращити якість харчування.

**ДЛЯ ВИКЛАДАЧІВ**  
Пріоритет — **ергономіка та розвантаження**: вправи для спини, боротьба зі стресом, дотримання пауз у роботі.

**РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ЗДОРОВ'Я**

**1. ЗБАЛАНСОВАНЕ ХАРЧУВАННЯ**

- Їжте більше овочів та фруктів
- Обирайте цільні продукти
- Обмежте цукор, сіль і фастфуд
- Пийте достатню води (1,5-2 літери)

**2. ЯКІСНИЙ СОН**

- Спите 7-9 годин щодня
- Лягайте і вставайте в один і той самий час
- Уникайте гаджетів за 1 годину до сну
- Створіть темне та тихе середовище

**3. РЕГУЛЯРНА ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ**

- Рухайтеся щодня не менше 30 хвилин
- Обирайте активність, яка приносить задоволення
- Покладіть кардіонавантаження та силові вправи

**4. КЕРУВАННЯ СТРЕСОМ**

- Практикуйте дихальні вправи та медитацію
- Знаходьте час для відпочинку і хобі
- Проводьте час на свіжому повітрі
- Спілкуйтеся з близькими та просто підтримки

**5. ЗДОРОВІ ЗВИЧКИ НА ЩОДЕНЬ**

- Розпочинайте день зі склянки води
- Більше часу проводьте на сонці (вітамін D)
- Уникайте куріння та надмірного алкоголю
- Будьте вдячні та підтримуйте позитивний настрій

**6. ПРОФИЛАКТИКА ТА ТУРБОТА ПРО СЕБЕ**

- Регулярно проходите профілактичні огляди
- Слідуйте за вагою та самопочуттям
- Підтримуйте гігієну та режим дня
- Прислухайтесь до свого організму

 **ПАМ'ЯТАЙТЕ:** Маленькі щоденні кроки створюють велике здоров'я та енергію для щасливого життя! 

## Список літератури:

1. <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/9789241516822>
2. <https://old.nas.gov.ua/UA/Org/publication/books/Pages/default.aspx?OrgID=000025>

## АНАЛІЗ ЗАКОНОДАВЧОЇ БАЗИ ТА МАРКЕТИНГОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ ДІЄТИЧНИХ ДОБАВОК

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки фармацевтичного профілю

*Керівник роботи:* канд..фарм.наук, викладач фармацевтичних дисциплін Гордієнко О.І.

**Вступ.** Сучасний етап розвитку суспільства характеризується зростанням уваги до здорового способу життя, профілактики захворювань та підвищення якості харчування. У цих умовах суттєво зростає попит на дієтичні добавки (ДД) як додаткове джерело біологічно активних речовин. В Україні ринок ДД демонструє стабільну тенденцію до розширення, що зумовлено як підвищенням обізнаності населення щодо власного здоров'я, так і активним розвитком фармацевтичної та харчової галузей [8-10].

Водночас стрімке зростання цього сегмента супроводжується низкою проблем, зокрема недосконалістю законодавчого регулювання, складністю контролю якості продукції, наявністю фальсифікованих товарів та поширенням недобросовісної реклами. Останнє спричинило підміну понять лікарського засобу (ЛЗ) – ДД. Це створює потенційні ризики для здоров'я споживачів і підкреслює необхідність глибокого аналізу нормативно-правової бази у сфері обігу ДД [6-9].

Окрім того, важливим є проведення маркетингового дослідження вітчизняного ринку. Це дозволить оцінити його основні тенденції розвитку, особливо в умовах євроінтеграційних процесів, коли Україна поступово гармонізує своє законодавство з нормами Європейського Союзу [8-10].

**Мета.** Здійснити комплексний нормативно-правовий та маркетинговий аналіз сучасного стану й тенденцій розвитку ринку ДД в Україні, виявити ключові проблеми його функціонування в умовах євроінтеграційних процесів.

**Матеріали та методи.** У ході дослідження використано

бібліосемантичний метод, інформаційно-аналітичний метод, маркетинговий аналіз.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Згідно Закону України «Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів» № 771/97-ВР, **дієтична добавка** – це харчовий продукт, що

- ✓ призначений для споживання в невеликих визначених кількостях як доповнення до звичайного раціону, окремо або в комбінації з іншими харчовими продуктами;

- ✓ є концентрованим джерелом вітамінів, мінеральних речовин або інших речовин із поживним чи фізіологічним ефектом;

- ✓ реалізується дозовано як фасований харчовий продукт у формі капсул, пастилок, пігулок, саше, ампул з рідинами, пляшок для крапельного дозування чи в інших схожих формах рідин та/або порошків [7].

ДД не належать до ЛЗ і не можуть позиціонуватися як такі, що лікують захворювання, крім того вони не потребують обов’язкових клінічних випробувань і мають спрощену процедуру реєстрації. На противагу їм, ЛЗ призначені для лікування, профілактики та діагностики хвороб, мають доведену ефективність і безпеку, проходять клінічні дослідження та підлягають суворому державному контролю [1,7].

Сфера ДД в Україні наразі переживає найбільш масштабну трансформацію за останні два десятиліття. Основні зміни пов’язані з тим, що положення профільного законодавства не просто прийняті, а вже повноцінно введені в дію, що вивело цей сектор із «сірої зони» [7].

Фундаментальною основою цих змін став **Закон України «Про дієтичні добавки» № 4122-ІХ**, прийнятий наприкінці 2024 року, який офіційно введений у дію з 27 вересня 2025 року. Головною новацією закону є впровадження обов’язкової процедури **нотифікації**, згідно з якою продаж будь-якої добавки без внесення даних про неї до відкритого реєстру Держпродспоживслужби тепер заборонений [4].

Технічне регулювання галузі забезпечується оновленими наказами, зокрема, у лютому 2026 року було видано **Наказ МОЗ України № 203 «Про**

затвердження Переліків вітамінів і мінеральних речовин, а також їх форм, дозволених для застосування у виробництві дієтичних добавок», який повністю синхронізував переліки вітамінів, мінералів, а також дозволених форм хімічних речовин (наприклад, конкретні солі магнію чи форми вітаміну К) із регламентами ЄС. У складі добавок заборонено використовувати речовини, які є діючими компонентами рецептурних ліків (за винятком вітамінів та мінералів, дозволених спецпереліком). Встановлюються максимально допустимі добові дози. Для деяких вітамінів вони прописані безпосередньо. Вміст вітамінів має зазначатися не лише в одиницях маси, а й у відсотках від референсних величин споживання. Максимальний вміст не повинен перевищувати рівні, визначені Європейським агентством з безпеки харчових продуктів. Маркування та реклама не можуть містити тверджень про лікувальну дію, втамування болю або здатність запобігати хворобам. Крім того, наказ містить детальний список (понад 150 позицій) рослин, водоростей та грибів із зазначенням дозволеної частини використання (корінь, листок, плід); суворих обмежень.

Паралельно з цим, **Наказ МОЗ України № 1114 «Про затвердження Гігієнічних вимог до дієтичних добавок»** у редакції 2026 року залишається базовим технічним регламентом, що встановлює максимально допустимі добові дози нутрієнтів. Важливо розуміти, що у разі перевищення встановлених лімітів продукт автоматично переходить у статус ЛЗ [5].

Процедурні аспекти обігу регулюються підзаконними актами Мінагрополітики та Кабінету Міністрів. **Наказ № 244 «Про затвердження Порядку повідомлення операторами ринку про намір введення в обіг дієтичних добавок»** від 20.04.2022р. затвердив цифровізовану форму повідомлення про введення продукції в обіг через електронний кабінет, а **Постанова КМУ № 267 «Про затвердження Положення про Державну службу України з питань безпеки харчових продуктів та захисту споживачів»** наділила контролюючі органи повноваженнями щодо вилучення з ринку тих добавок, які не пройшли державну нотифікацію [3].

Календар перехідного періоду є критично важливим для розуміння

поточної ситуації на ринку. Після 26 березня 2026 року будь-яка нова партія товару повинна беззаперечно відповідати нормам Закону № 4122-IX. Продукція, вироблена за старими правилами до цієї дати, має право реалізовуватися лише до закінчення терміну її придатності, але не пізніше 3 років після введення в дію закону [4].

Особлива увага приділяється маркуванню та відповідальності операторів ринку. Сучасне законодавство суворо забороняє використовувати будь-які лікувальні обіцянки або графічні зображення медичного характеру, як-от: червоні хрести чи органи людини, на упаковках добавок. Дозволені є лише ті твердження про користь, що офіційно схвалені профільним наказом МОЗ. Порушення цих вимог, а також відсутність нотифікації у 2026 році тягнуть за собою суворі фінансові санкції [6].

Таким чином, сформована законодавча база забезпечує прозорість ринку, високу якість продукції та захист споживача від недобросовісної реклами.

Отже, як проходить **процедура нотифікації**, яка є «повідомного» типу. Це означає, що держава не видає дозвіл (як це було раніше з експертизою), а виробник повідомляє державу, що він виходить на ринок, беручи на себе повну відповідальність за безпечність. Процес розпочинається з обов'язкового **підготовчого етапу**, під час якого виробник проводить лабораторні дослідження для підтвердження безпечності продукції за мікробіологічними та хімічними показниками. Одночасно з цим здійснюється ретельна перевірка складу на відповідність вимогам Наказу МОЗ № 203, що гарантує використання лише дозволених форм речовин та дотримання граничних доз вітамінів [4].

Наступним кроком є **формування пакета документів**, серцем якого є офіційне повідомлення про намір введення добавки в обіг. У цьому документі оператор ринку фіксує **точну назву продукту, його повний якісний і кількісний склад, зразок маркування**, а також **відомості про виробника та країну походження**. Подача цього повідомлення відбувається виключно цифровим шляхом через електронний кабінет або офіційну електронну пошту відомства з використанням кваліфікованого електронного підпису [4].

Процедура подачі документів має бути завершена не пізніше ніж за 10

Завершальним аспектом процедури є **механізм державного нагляду**, що передбачає можливість відмови в реєстрації або виключення продукту з реєстру у майбутньому (наприклад, при невідповідності заявленому складу, наявності на етикетці недостовірних тверджень про лікувальні властивості) [4].

Аналіз нормативної бази дозволяє оцінити наповнення Переліку повідомлень про намір введення в обіг ДД на сайті Держпродспоживслужби, який має структуру систематизованої таблиці (рис. 1) із даними про реєстрацію, склад, форму випуску, зразок етикетки, а також виробника та країну походження кожної добавки. Дані таблиці постійно оновлюються, тому результати дослідження показують стан ринку ДД на 4 травня 2026 року [2].

| Перелік повідомлень |                                                  |                              |                                               |                                          |                                                                                                    |                              |                        |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------|--------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| № з/п               | Дата внесення інформації до Переліку повідомлень | Найменування оператора ринку | Місцезаходження оператора ринку               | Особистий реєстраційний номер потужності | Назва харчового продукту                                                                           | Категорія харчового продукту | Новий харчовий продукт | Підданий змінам харчовий продукт, що вже був в обгу | Зразок етикетки (стікера) державною мовою (файл JPG)                                                                                                                                                                                                                    | Форма дієтичної добавки | Перелік інгредієнтів і кількість кожного інгредієнта, що входить до складу дієтичної добавки <sup>1</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 3249                | 05.05.2026                                       | ТОВ «МСТ КУТРІШ»             | Україна, 01001, м.Київ, вул. Басейна 12       | +UA-80-00-8023                           | Дієтична добавка «MST® Vitamin D3 + K2 MCT/MCT Біланс D3 + К2 МК-7»                                | Дієтична добавка             | Так                    | Ні                                                  | <a href="https://docs.google.com/spreadsheets/d/e/2PACXkqUjQDnH0vB6WlNQz0S61W0ErmASSTntvVWHGZt6byPR0S-Rfem-vd3SAp/edit#gid=1024000000">https://docs.google.com/spreadsheets/d/e/2PACXkqUjQDnH0vB6WlNQz0S61W0ErmASSTntvVWHGZt6byPR0S-Rfem-vd3SAp/edit#gid=1024000000</a> | Капсули                 | Вітамін К2 МК-7 (менальон-7) — 120 мг; Вітамін D3 (кальциферол) — 60 мг; Додаткові речовини: анісова олія, оболонка капсули — желатино: гідроксил, фенілаланін, вода.                                                                                                                                                                                                            |
| 3250                | 05.05.2026                                       | ТОВ «Гербалаф Україна»       | вул. Байчука Михайла, буд. 26, м. Київ, 01103 | +UA-10-10-1726                           | Дієтична добавка Herbalife Gels Nutrient Vita Kids смачн Tutti-Frutti з підсопорушувачами          | Дієтична добавка             |                        |                                                     | <a href="https://docs.google.com/spreadsheets/d/e/2PACXkqUjQDnH0vB6WlNQz0S61W0ErmASSTntvVWHGZt6byPR0S-Rfem-vd3SAp/edit#gid=1024000000">https://docs.google.com/spreadsheets/d/e/2PACXkqUjQDnH0vB6WlNQz0S61W0ErmASSTntvVWHGZt6byPR0S-Rfem-vd3SAp/edit#gid=1024000000</a> | жувальні пастилки       | Аспартам (ацесульфамід) (0,24%); натуральні ароматизатори; Ніацин (нікотинамід) (0,24%); Вітамін К2 (менальон-7) (0,1%); кальцієвий лактат, барвник (екстракт каротиноїдів), підсопорушувач (смачні полімери і цукри), Вітаміни В6 (піридокси́н гидрохлорид) (0,1%), Вітаміни А (ретинолу пальмитат), ароматизатори, регулятор кислотності (натрий метакрилат), смаков перелив і |
| 3251                | 05.05.2026                                       | ТОВ «Гербалаф Україна»       | вул. Байчука Михайла, буд. 26, м. Київ, 01103 | +UA-10-10-1726                           | Дієтична добавка Herbalife Gels MindVita Kids зі смаком лимону та червоном ябл з підсопорушувачами | Дієтична добавка             |                        |                                                     | <a href="https://docs.google.com/spreadsheets/d/e/2PACXkqUjQDnH0vB6WlNQz0S61W0ErmASSTntvVWHGZt6byPR0S-Rfem-vd3SAp/edit#gid=1024000000">https://docs.google.com/spreadsheets/d/e/2PACXkqUjQDnH0vB6WlNQz0S61W0ErmASSTntvVWHGZt6byPR0S-Rfem-vd3SAp/edit#gid=1024000000</a> |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 3252                | 05.05.2026                                       | ТОВ «МСТ КУТРІШ»             | Україна, 01001, м.Київ, вул. Басейна 12       | +UA-80-00-8023                           | Дієтична добавка «MST® D-Amino Acid/MCT D-Аспарагінова Капсула»                                    | Дієтична добавка             | Так                    | Ні                                                  | <a href="https://docs.google.com/spreadsheets/d/e/2PACXkqUjQDnH0vB6WlNQz0S61W0ErmASSTntvVWHGZt6byPR0S-Rfem-vd3SAp/edit#gid=1024000000">https://docs.google.com/spreadsheets/d/e/2PACXkqUjQDnH0vB6WlNQz0S61W0ErmASSTntvVWHGZt6byPR0S-Rfem-vd3SAp/edit#gid=1024000000</a> |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 3253                | 05.05.2026                                       | ТОВ «МСТ КУТРІШ»             | Україна, 01001, м.Київ, вул. Басейна 12       | +UA-80-00-8023                           | Дієтична добавка «MST® L-Glutamine / MCT L-Глютамін»                                               | Дієтична добавка             | Так                    | Ні                                                  | <a href="https://docs.google.com/spreadsheets/d/e/2PACXkqUjQDnH0vB6WlNQz0S61W0ErmASSTntvVWHGZt6byPR0S-Rfem-vd3SAp/edit#gid=1024000000">https://docs.google.com/spreadsheets/d/e/2PACXkqUjQDnH0vB6WlNQz0S61W0ErmASSTntvVWHGZt6byPR0S-Rfem-vd3SAp/edit#gid=1024000000</a> |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

Дані таблиці постійно оновлюються, відображаючи актуальний стан ринку.

**Рис. 1.** Структура офіційного реєстру ДД Держпродспоживслужби.

Згідно даних, у перелік внесено вже 3056 позицій ДД, серед яких домінує вітчизняна продукція. Сумарна частка українських операторів становить 2391 позицію (78,2% від загальної кількості), де 1913 одиниць припадає на власників торгових марок та 478 – на заводи безпосереднього циклу виробництва. Частка офіційного імпорту, представлена дистриб'юторами, становить 665 позицій. До іноземного сегмента увійшли компанії з США,

Іспанії, Німеччини, Індії та Польщі, проте за кількістю пропозицій вони не створюють критичної конкуренції для локальних брендів [2].

Основою вітчизняного фармацевтичного та харчового виробництва добавок є компанії, що зображені на рисунку 2.

| Компанія                     | Місто   | К-сть ДД | Ключова спеціалізація та особливості                                                            |
|------------------------------|---------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ТОВ «МАСКЛФУД»               | ВІННИЦЯ | 177      | Лідер у сегменті спортивного харчування (MST Performance). Повний цикл виробництва та розробки. |
| ТОВ «КРАСОТА ТА ЗДОРОВ'Я»    | ХАРКІВ  | 128      | Широкий профіль: вітаміни, фітосиропо, косметика. Стандарти GMP та ISO.                         |
| ПП «Розквіт – СВ-3»          | ДНІПРО  | 66       | Натуральні дієтичні добавки, трав'яні збори та засоби на рослинній основі.                      |
| ТОВ «КЛЮЧІ ЗДОРОВ'Я»         | ХАРКІВ  | 57       | Фітопродукція: фіточаї, трав'яні збори та натуральні добавки.                                   |
| ТОВ ВТФ «ФАРМАКОМ»           | ХАРКІВ  | 30       | Системний гравець та «виробниче серце» для малого/середнього бізнесу (контрактне виробництво).  |
| Харківський Вітамінний Завод | ХАРКІВ  | 16       | Традиційні вітамінні комплекси. Підприємство повного циклу.                                     |

Рис. 2. Основні вітчизняні виробники ДД.

Наступні компанії забезпечують присутність іноземних брендів (США, Німеччина, Швейцарія та ін.) на ринку України (рис. 3):

| Компанія                     | Місто   | К-сть ДД | Ключова спеціалізація та особливості                                                            |
|------------------------------|---------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ТОВ «МАСКЛФУД»               | ВІННИЦЯ | 177      | Лідер у сегменті спортивного харчування (MST Performance). Повний цикл виробництва та розробки. |
| ТОВ «КРАСОТА ТА ЗДОРОВ'Я»    | ХАРКІВ  | 128      | Широкий профіль: вітаміни, фітосиропо, косметика. Стандарти GMP та ISO.                         |
| ПП «Розквіт – СВ-3»          | ДНІПРО  | 66       | Натуральні дієтичні добавки, трав'яні збори та засоби на рослинній основі.                      |
| ТОВ «КЛЮЧІ ЗДОРОВ'Я»         | ХАРКІВ  | 57       | Фітопродукція: фіточаї, трав'яні збори та натуральні добавки.                                   |
| ТОВ ВТФ «ФАРМАКОМ»           | ХАРКІВ  | 30       | Системний гравець та «виробниче серце» для малого/середнього бізнесу (контрактне виробництво).  |
| Харківський Вітамінний Завод | ХАРКІВ  | 16       | Традиційні вітамінні комплекси. Підприємство повного циклу.                                     |

Рис. 3. Основні дистриб'ютори офіційного імпорту ДД.

1913 позицій добавок представлено вітчизняними компаніями контрактного виробництва та брендингу [2]. Вони юридично є українськими, але зазвичай не мають власних виробничих ліній, наприклад:

✓ **власники торгових марок:** компанії, які розробляють рецептуру та дизайн, але замовляють виготовлення на потужностях заводів-партнерів (наприклад, у ТОВ «Фармаком» або ТОВ «Красота та здоров'я»).

✓ **приватні підприємці:** дрібні ФОПи, які реєструють нішеві продукти для продажу через Instagram, маркетплейси або спеціалізовані еко-лавки.

✓ **маркетингові агентства:** компанії, які спеціалізуються на просуванні конкретних лінійок добавок (наприклад, «для волосся», «для імунітету»), виступаючи офіційним оператором ринку в реєстрі.

Висока питома вага даних компаній пояснюється низьким порогом входу на ринок, оскільки процедура нотифікації дозволяє малим компаніям легально працювати без будівництва власних заводів. Завдяки моделі контрактного виробництва ці гравці демонструють високу гнучкість, миттєво адаптуючи асортимент до актуальних споживчих трендів. При цьому переважна більшість таких продуктів фізично виготовляється на потужностях українських підприємств, що забезпечує глибоку локалізацію ринку та домінування вітчизняного продукту в державному реєстрі [2].

Окрім потужних заводів та великих імпортерів, цю категорію формують понад 300 середніх та малих компаній (наприклад, Оксфорд Біолабс, Грін-Віза, Еліксир). Вони є головними замовниками для української промисловості, оскільки саме їхня маркетингова активність забезпечує 62,6% асортиментного різноманіття ДД [2].

Дослідження структури ринку за формами випуску (рис. 4) виявило безумовне домінування твердих дозованих форм, де понад 75% усього асортименту реєстру припадає на капсули (40,6%), таблетки (22,4%) та порошки (13,2%) [2].

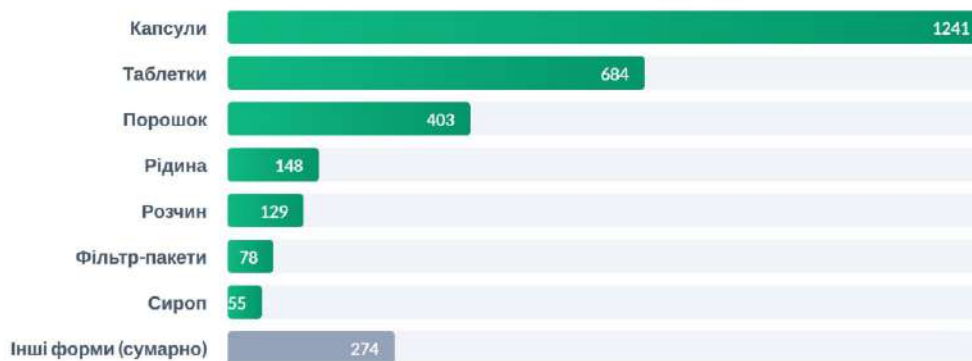


**Рис. 4.** Аналіз форм випуску ДД.

Сегмент «солодких» та нішевих форм випуску (желейні форми, джеми), хоч і займає меншу частку ринку, демонструє прагнення виробників до

інновацій та персоналізації споживання. Водночас загальна структура ринку залишається традиційною: домінування капсул і таблеток свідчить про ставку на технологічність і перевірені звички, а висока частка порошків підтверджує активний розвиток сегментів спортивного харчування та комплексних нутрицевтиків [2].

**Висновок.** Україна здійснила вагомий крок у гармонізації національного законодавства з нормами Європейського Союзу, запровадивши систему нотифікації та чітке розмежування категорій продуктів. Це забезпечує прозорість ринку та підвищує рівень захисту прав споживачів. Домінування національного виробника свідчить про високий рівень імпортозаміщення та стійкість сектору до зовнішніх викликів.

Подальший розвиток галузі залежатиме від здатності виробників підтримувати високі стандарти безпеки в умовах нових регуляторних вимог та їхньої адаптивності до мінливих запитів споживачів, орієнтованих на персоналізацію та превентивний догляд за здоров'ям.

#### **Список літератури:**

1. Державна Фармакопея України: в 3 т. / ДП «Український науковий фармакопейний центр якості лікарських засобів». – 2-е вид. – Доповнення 4. – Харків : РІРЕГ, 2020. – Т. 3. – 732 с.

2. Перелік повідомлень про намір введення в обіг дієтичних добавок: Електронний реєстр Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів (Держпродспоживслужба): офіц. сайт. URL: <https://dpss.gov.ua/> (дата звернення: 04.05.2026).

3. Порядок подання повідомлення про намір першого введення в обіг дієтичних добавок: Наказ Міністерства аграрної політики та продовольства України № 244 від 2025 р.

4. Про внесення змін до деяких законів України щодо маркування та реалізації дієтичних добавок: Закон України № 4122-IX від 05.12.2024 р.

5. Про затвердження вимог до окремих категорій харчових продуктів, призначених для спеціальних дієтичних потреб, функціональних харчових

продуктів та дієтичних добавок: Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 1114 від 19.12.2013 р.

6. Про надання споживачам інформації про харчові продукти: Закон України № 2639-VIII від 06.12.2018 р.

7. Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів: Закон України № 771/97-ВР від 23.12.1997 р. (у редакції від 05.12.2024 р.).

8. Directive 2002/46/EC of the European Parliament and of the Council of 10 June 2002 on the approximation of the laws of the Member States relating to food supplements.

9. Regulation (EC) No 1924/2006 of the European Parliament and of the Council of 20 December 2006 on nutrition and health claims made on foods.

10. Regulation (EU) No 1169/2011 of the European Parliament and of the Council of 25 October 2011 on the provision of food information to consumers.

*Марія Медведєва, 242 група*

## **ВИВЧЕННЯ ХІМІЧНОГО СКЛАДУ ТА АНАЛІЗ ГІДРОГЕЛІВ ТА ГЕМОСТАТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ЇХ ОСНОВІ**

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки фармацевтичного профілю

*Керівник роботи:* викладач хімії Зацерковний М. С.

**Вступ.** Сучасна медицина та фармація активно використовують гідрогелі й гемостатичні препарати для лікування ран, зупинки кровотеч та доставки лікарських речовин. Особливо актуальним є застосування таких засобів у хірургії, травматології та військовій медицині.

У роботі досліджено хімічний склад сучасних гідрогелів і гемостатичних препаратів, проаналізовано їх фізико-хімічні властивості та особливості

застосування. Проведено аналіз складу гідрогелю «Олфен Форте», гемостатичної губки з амбеном та гідроксиетильованого крохмалю.

Отримані результати підтвердили важливу роль гідрогелів у сучасній фармації та перспективність їх використання для створення ефективних гемостатичних засобів [1; 2].

**Мета.** Вивчити хімічний склад гідрогелів та гемостатичних препаратів, дослідити їх фізико-хімічні властивості, механізм дії та практичне застосування у медицині й фармації.

**Матеріали та методи.** У процесі роботи було досліджено сучасні гідрогелі та гемостатичні препарати, що застосовуються у медичній практиці. Основними об'єктами дослідження стали:

- гідрогель «Олфен Форте»;
- гемостатична губка з амбеном;
- гідроксиетильований крохмаль (ГЕК).

Для аналізу використовувалися такі методи:

- спектроскопічний аналіз (ІЧ- та УФ-спектроскопія) для визначення функціональних груп і складу речовин;
- хроматографічні методи для якісного та кількісного аналізу компонентів;
- біохімічні методи для оцінки активності факторів згортання крові [2; 3].

Також було проведено практичне дослідження фізико-хімічних властивостей гідрогелів у лабораторних умовах.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Під час дослідження встановлено, що гідрогелі мають здатність утримувати значну кількість води завдяки полімерній сітчастій структурі. Це забезпечує ефективне транспортування лікарських речовин та їх контрольоване вивільнення [3].

Дослідження складу препарату «Олфен Форте Гідрогель» показало, що основною діючою речовиною є диклофенак діетиламін, який забезпечує протизапальний та знеболювальний ефект. Допоміжні компоненти (пропіленгліколь, карбомер, ізопропіловий спирт) формують стабільну структуру гелю та покращують його проникнення через шкіру.

Під час практичного дослідження встановлено, що гідрогель має однорідну

кремоподібну консистенцію, легко наноситься на поверхню шкіри та швидко всмоктується. Завдяки наявності допоміжних компонентів препарат забезпечує рівномірний розподіл діючої речовини та пролонгований ефект. Такі властивості підвищують ефективність місцевого лікування запальних процесів.

У ході аналізу гемостатичної губки з амбеном встановлено, що препарат містить компоненти, які активують процес згортання крові та пригнічують фібриноліз. Наявність кальцію хлориду сприяє активації факторів коагуляції, а амбен забезпечує стабільність сформованого тромбу [1].

Аналіз механізму дії гемостатичної губки показав її високу практичну цінність у хірургії та невідкладній медицині. Завдяки пористій структурі препарат добре адаптується до поверхні рани та сприяє швидкому формуванню тромбу. Це особливо важливо при масивних кровотечах і в умовах військової медицини.

Дослідження показали, що гідроксиетильований крохмаль має виражені колоїдні властивості та використовується як компонент гемостатичних засобів і кровозамінників.

Встановлено, що гідроксиетильований крохмаль характеризується стабільними колоїдними властивостями та здатністю підтримувати об'єм циркулюючої крові. Це дозволяє використовувати його як ефективний компонент інфузійної терапії та сучасних гемостатичних засобів.

Практична частина роботи підтвердила ефективність сучасних гідрогелів у місцевому застосуванні. Досліджувані препарати характеризувалися однорідною консистенцією, доброю адгезією до тканин та зручністю використання.

Отримані результати підтвердили, що сучасні гідрогелі та гемостатичні препарати поєднують хімічні, біологічні та фармакологічні властивості, які забезпечують їх ефективність у медичній практиці. Дослідження показало перспективність використання таких матеріалів у фармації, хірургії, травматології та військовій медицині [4].

**Висновок.** У результаті проведеного дослідження було встановлено, що гідрогелі та гемостатичні препарати мають важливе значення у сучасній

медицині та фармації.

Визначено, що гідрогелі забезпечують ефективне транспортування лікарських речовин і характеризуються високою біосумісністю. Гемостатичні препарати на основі гідрогелів сприяють швидкій зупинці кровотеч та покращують процес регенерації тканин.

Практичне дослідження дозволило ознайомитися з методами хімічного аналізу препаратів та особливостями їх застосування в клінічній практиці.

Отримані результати підтверджують перспективність подальшого використання гідрогелів у створенні сучасних лікарських засобів.

### **Список літератури:**

1. Білик Л. С. та ін. Медичні маніпуляції в алгоритмах. 2-ге вид., перероб. і доп. Тернопіль: ТДМУ, 2005. 324 с.
2. Клінічна лабораторна діагностика. Клінічна біохімія: підручник / В. Г. Хоперія, О. І. Харченко, Т. Б. Синельник та ін. Київ: ВПЦ «Київський університет», 2022.
3. Медична хімія: підручник / В. П. Музиченко, Д. Д. Луцевич, Л. П. Яворська; за ред. Б. С. Зіменковського. 3-тє вид., випр. 2023.
4. Мещишин І. Ф., Пішак В. П., Григор'єва Н. П., Федоряк С. Д. Практикум з клінічної біохімії: навчальний посібник. Чернівці: Медик, 2000. 157 с.

*Ольга Старик, 342 група*

## **АНАЛІЗ МОБІЛЬНИХ ДОДАТКІВ, ЩО ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ У ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ГАЛУЗІ.**

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки фармацевтичного профілю

*Керівник роботи:* викладач фармацевтичних дисциплін Михайлюк О.Є.

**Вступ.** Україна обрала цифрову трансформацію одним із пріоритетних напрямів розвитку, які вже мають значні результати. Так, за даними міжнародного дослідження Global Skill Report 2025, Україна посіла 21 місце серед

найсучасніших країн за технологіями, тобто наші громадяни є одними із найкращих у світі в роботі з комп'ютерними мережами, базами даних, а також веброзробкою та створенням застосунків.

**Ключові позиції України (за даними на кінець 2025 – початок 2026 років):**

- **Цифровізація держсервісів:** Україна увійшла до лідерів, набравши 99,63% за рівнем цифровізації держсервісів у звіті Oxford Insights. Згідно з даними Мінцифри, Україна піднялася на 5-те місце у глобальному цифровому рейтингу ООН.
- **Штучний інтелект (Government AI Readiness Index 2025):** Україна піднялася на 14 позицій, посівши 40-ве місце у світі зі 195 країн та увійшовши до десятки лідерів з розвитку ШІ у Східній Європі.
- **Відкриті дані (Open Data Maturity Report):** Україна посіла 6 місце серед країн Європи.
- **Місцевий рівень (Київ):** Київ увійшов до топ-15 міст світу за рівнем цифровізації та розвитку електронних сервісів (Local Online Services Index).
- **ІТ-таланти:** Україна знаходиться на 21 місці у світовому рейтингу кваліфікованих фахівців (Global Skills Report).

Дані показники не є неочікуваними, адже Україна вже отримала визнання серед європейської експертної спільноти за такі цифрові продукти як «Дія», що є брендом цифрової держави, «ProZorro», а також «e-Health».

Фармацевтична галузь як складова системи охорони здоров'я також перебуває у стані постійної трансформації та розвиває цифровий маркетинг.

Актуальність цифровізації фармацевтичної допомоги була тривалий час значною, однак найбільша її доцільність припала на пандемію COVID-19. Вимушені соціальні обмеження стали каталізатором цифрової революції як у сфері виробництва товарів аптечного асортименту, так і в способах їх реалізації та надання фармацевтичної допомоги.

**Мета.** Проведення контент-аналізу мобільних фармацевтичних застосунків що дають можливість отримати інформацію про

- ✓ ліки (довідники лікарських засобів);

- ✓ наявність лікарських засобів в аптеках;
- ✓ онлайн-замовлення;
- ✓ контроль якості лікарських засобів;
- ✓ нагадування про прийом лікарського засобу.

Для досягнення мети ми

- ✓ провели контент-аналіз мобільних фармацевтичних застосунків України;
- ✓ сформували вибірку дослідження, використовуючи такі платформи, як App Store та Play Market.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Загалом було виявлено 5 застосунків аптечних мереж та застосунки без прив'язки до конкретних аптек, які доступні для завантаження та користування.

Такий продукт мали наступні компанії:

«Аптека 911»,

«Мережа аптек D.S.»,

«Аптека Доброго дня»,

«Аптека АНЦ»

«Мережа аптек Подорожник».

Контент-аналіз був проведений за такими параметрами, як:

- ✓ структура профілю користувача;
- ✓ номенклатура товарів аптечного асортименту;
- ✓ програми лояльності.

**Профіль «Аптека 911» має розгалужену структуру та такі елементи:**

- ✓ особиста інформація;
- ✓ список замовлення;
- ✓ обране;
- ✓ мої списки;
- ✓ підказки;
- ✓ про проєкт та допомога.



Значну увагу досліджувана мережа приділяє й удосконаленню відпуску ЛЗ і

медичних виробів за електронним рецептом та пропонує завдяки застосунку отримати актуальну інформацію про наявність необхідного товару в аптеці, надає можливість забронювати його на 24 години та суттєво зекономити час при отриманні.

**Особистий кабінет користувача має і мобільний застосунок аптеки «Аптека АНЦ».**

Вона має своє відповідне наповнення, що складається з таких блоків:

- ✓ «Про мене»,
- ✓ «Аптеки поруч»,
- ✓ «Мої блоки».

Блок «Про мене» накопичує таку інформацію: прізвище та ім'я, дата народження, стать, мобільний номер та електронна пошта. Цю інформацію може використовувати для ідентифікації споживача та надсилання персональних знижок. Також у застосунку наявна опція «Аптека поруч», що дозволяє знайти на карті необхідну користувачу аптеку. Однак, окрім цього, є такий блок, як «Мої аптеки», де споживач може додати зі списку зручну для нього аптеку. У списку аптеки будуть розміщені за адресою, також зазначено їхні графіки роботи та заклади, які містять лікомат, використовуючи які споживачі швидко без черги можуть забрати своє онлайн-замовлення.

Завести особистий акаунт пропонує застосунок аптечної мережі «Подорожник». У даному блоці користувач може внести свої базові особисті дані (прізвище, ім'я та по батькові та контрактний номер телефона), а також переглянути історію своїх замовлень.

Модифікацією особистого кабінету в застосунку аптечної мережі «Аптека D.S.» є блок «Моя картка». У ньому містяться такі компоненти:

- ✓ «Про мене»;
- ✓ «Сповідання»;
- ✓ «Історія замовлень»;
- ✓ «Історія покупок»;
- ✓ «Улюблені аптеки»;
- ✓ «Моя аптечка».

Єдиною аптекою, у додатку якої не має опції особистого кабінету, це застосунок «Аптека Доброго дня». Однак, проходячи реєстрацію, користувач зможе заповнити свої дані, які будуть відображатися на бонусній картці в електронному форматі. Також ця картка дозволяє переглянути історію своїх покупок.

На наступному етапі всі застосунки були досліджені за параметром номенклатури товару аптечної мережі. Оскільки ліки є специфічним товаром, який не підлягає поверненню і потребує значного контролю при відпуску та застосуванню, важливим аспектом є зручний рубрикатор номенклатури ліків.

В усіх застосунках мереж представлені основні групи товарів, що дозволені до реалізації аптечними закладами.

Результати дослідження представлені у таблиці

### **Структура рубрикатора номенклатури товару аптечного асортименту в мобільних застосунках аптек**

| Назва аптечної мережі                      |                                            |                              |                                  |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Аптека 911                                 | Аптека АНЦ                                 | Аптека Доброго дня           | Подорожник                       |
| ЛЗ                                         | Медикаменти                                | Акційні товари               | ЛЗ                               |
| Товари для дітей та мам                    | Краса та догляд                            | Медикаменти                  | Вітаміни та добавки              |
| Краса та догляд                            | Дитячі товари (мама та малюк)              | Лікувальна косметика         | Засоби для сексуального здоров'я |
| Медтехніка та вироби медичного призначення | Вітаміни та БАДи                           | Дитячі товари                | Засоби гігієни                   |
| Вітаміни та БАДи                           | Щоденна гігієна                            | Товари медичного призначення | Краса та догляд                  |
| Товари для здоров'я                        | Косметичні засоби для здоров'я             | Гігієна та догляд            | Дитячі товари                    |
| Лікувально-косметичні засоби               | Медтехніка та товари медичного призначення | Вітаміни та добавки          | Товари медичного призначення     |
| Товари для дому та сім'ї                   | Товари для здоров'я                        |                              |                                  |
| Різне                                      | Товари для оселі та родини                 |                              |                                  |
| Екстемпоральна рецептура                   | Оце! Ціна: не вірите? Перевірте!           |                              |                                  |

Окрім інформації про товари, кожна з мереж має унікальну систему персональних бонусів та знижок. У кожного присутня програма лояльності.

Підвівши висновок дослідження застосунків, можна зробити наступний висновок:

1. Більшість мереж пропонують детальні системи управління особистими даними та історією покупок.
2. Чітка структура категорій та зручний рубрикатор забезпечують легкий пошук необхідних товарів.
3. Персональні знижки та бонусна система стимулюють повторні покупки та збільшують відданість клієнтів.

### **Застосунки без прив'язки до аптек чи аптечних мереж:**

«Компендіум лікарські препарати»;

«LIKI.UA»;

«Ліки Контроль»;

«Tabletki.ua».

### **Переваги «Компендіум лікарські препарати»:**

- ✓ економія до 30% на ліках при бронюванні;
- ✓ понад 50 000 препаратів;
- ✓ понад 10 000 підключених аптек по всій Україні;
- ✓ ціни та наявність

оновлюються кожні 15 хвилин;

- ✓ можливість бронювання

частини упаковки (ампули,

блістери, пакетики);

- ✓ пошук та замовлення ліків в

одній аптеці за списком.

### **Переваги Компендіум лікарські препарати**

- Економія до 30% на ліках при бронюванні
- Понад 50 000 препаратів у базі
- 10 000 підключених аптек по всій Україні
- Ціни оновлюються кожні 15 хвилин
- Бронювання частини упаковки
- Пошук аналогів за діючою речовиною



Офіційний додаток «Компендіум лікарські препарати» – зручне рішення для бронювання цілого списку ліків в аптеці поряд з вами. Завдяки тому, що список мереж аптек постійно розширюється, ви зможете знайти будь-який препарат, який вас цікавить, або його аналоги і заощадити при бронюванні. У вас є можливість шукати не тільки таблетки, які вас цікавлять, але і знайти аналоги препаратів за діючою речовиною. Ви можете забронювати частину упаковки.

### **LIKI.UA: пошук ліків**

Liki – це зручний сервіс пошуку ліків і не тільки в усіх аптеках країни. Він дозволяє швидко порівняти ціни на аптечні товари та забронювати обране в найближчому відділенні.

Додаток LIKI у смартфоні – це вебсервіс у зручному форматі мобільного додатку, зручний пошук товарів за ціною та розташуванням аптеки, широкий асортимент медичних препаратів, бронювання товарів у кілька кліків.

Спеціальний доступ до зв'язку із колл-центром налаштований для мобільних пристроїв (за наявності у Вашої країні):

- ✓ Телеграм та/або Вайбер боти;
- ✓ соціальні мережі;
- ✓ гаряча лінія.

### **Tabletki.ua: пошук ліків**

Застосунок Tabletki.ua – це простий спосіб знайти будь-які необхідні ліки та товари для краси та здоров'я та забронювати їх в Україні за низькими цінами. Також у додатку ви знайдете великий довідник ліків.

### **Чим корисний застосунок?**

- Величезний вибір, актуальні ціни.
- Прийом ліків більше не проблема: навіть якщо вам потрібні ліки, які складно розшукати, ми все одно допоможемо знайти їх поблизу.
- Завдяки можливості бронювання ви можете заощадити 30% або навіть більше на покупку ліків.
- Довідник ліків Tabletki.ua дозволить вам знайти і зберегти інструкцію до будь-яких ліків, дізнатися діючу речовину, протипоказання, спосіб застосування, дозування, зберігання і навіть відшукати аналоги ліків, які вас цікавлять. При цьому вам не потрібен інтернет, довідник доступний без нього.

### **Ліки Контроль – це**

- ✓ 100% зареєстрованих в Україні лікарських засобів;
- ✓ тільки офіційні оновлені інструкції без перекладів та скорочень;
- ✓ дозволяє знайти аналоги за кілька секунд;

- ✓ допомагає перевіряти ліки з покроковою інструкцією – не дайте фальсифікату жодного шансу;
- ✓ домашня аптечка з контролем термінів придатності;
- ✓ ліки, які можна отримати БЕЗОПЛАТНО, позначені логотипами державних програм.

**Висновок.** Головна цінність мобільних застосунків – це орієнтація на пацієнта. Можливість перевірити інструкцію, знайти аналоги, отримати нагадування про прийом ліків або забронювати препарат через смартфон значно знижує ризики самолікування та помилок. Мобільні додатки, інтегровані з аптечними мережами та медичними системами, дозволяють оптимізувати логістику та покращити контроль якості ЛЗ. Надалі ми прогнозуємо ще глибшу інтеграцію ІІІ та персоніфікованих сервісів у таких застосунках, що зробить фармацевтичну допомогу максимально персоналізованою. Та, на нашу думку, ключова роль у фармакодопомозі і надалі залишиться за фахівцем – фармацевтом. У сучасному ритмі життя взаємодія лікаря, фармацевта та технологій – найкращий спосіб тримати здоров'я під контролем.

#### **Список літератури:**

1. Skill Report 2022. Coursera. URL: [mcit.gov.eg](https://mcit.gov.eg) (дата звернення: 20.05.2024).
2. Євтушенко О. М., Гриненко А. М. Світовий досвід використання цифрових технологій у процесі надання фармацевтичної допомоги. *Соціальна фармація у сфері охорони здоров'я*. 2022. Т. 8, № 4. С. 14–22.
3. Бондарчук І. Аптечні мережі-гіганти: на прикладі Walgreens. *Щотижневик АПТЕКА*. 2018. № 34 (1155). URL: [apteka.ua](https://apteka.ua).
4. Про затвердження Переліку товарів, які мають право придбавати та продавати аптечні заклади та їх структурні підрозділи: Наказ МОЗ України від 06.07.2012 р. № 498. URL: [rada.gov.ua](https://rada.gov.ua).
5. Офіційні ресурси аптечних мереж: Apotheke (Німеччина), Walgreens (США), Wellcare Pharmacy (Катар), Аптека мережі, Аптека АНЦ, Мережа аптек D.S., Подорожник, Аптека Доброго дня (Електронні ресурси).

## ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ АПТЕЧНИХ ФІТОЗБОРІВ ІЗ ЗАСПОКІЙЛИВОЮ ДІЄЮ РІЗНИХ ВИРОБНИКІВ

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки фармацевтичного профілю

*Керівник роботи:* викладач фармацевтичних дисциплін Мороз Х.П.

**Вступ.** У сучасних умовах життя значна частина населення стикається зі стресом, емоційним перенапруженням, порушеннями сну та тривожними розладами. Це зумовлює підвищений попит на лікарські засоби із седативною дією. Особливе місце серед них займають препарати рослинного походження, які відзначаються м'якою дією, відносною безпечністю та доступністю.

Актуальність теми полягає у широкому застосуванні фітопрепаратів у медичній практиці, а також у необхідності їх наукового обґрунтування, вивчення механізмів дії та оцінки ефективності. В Україні такі засоби широко представлені в аптечних закладах та користуються значним попитом серед населення.

**Мета.** Дослідити лікарські засоби рослинного походження, що проявляють седативну дію, їх фармакологічні властивості, механізм дії та асортимент, представлений в аптечних закладах.

**Матеріали та методи.** У ході дослідження опрацювали різні джерела інформації щодо седативних фітопрепаратів;

- ✓ ознайомились з основними лікарськими рослинами із седативною дією та вивчили механізм впливу на центральну нервову систему;
- ✓ розглянули класифікацію рослинних седативних засобів;
- ✓ проаналізували асортимент препаратів, що реалізуються в аптеках;
- ✓ оцінили переваги та недоліки застосування фітопрепаратів;
- ✓ здійснили аналіз виробників, складу, форм випуску фітопрепаратів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Седативні лікарські засоби рослинного походження – це препарати, отримані з лікарської рослинної

сировини, які знижують збудливість центральної нервової системи, нормалізують сон та мають заспокійливу дію.

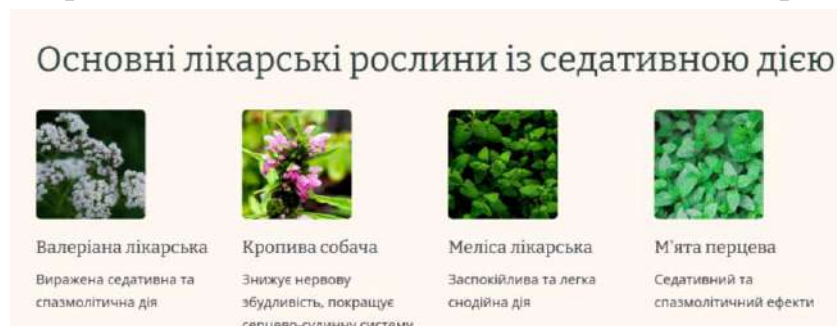
Вони застосовуються при

- неврозах;
- підвищеній дратівливості;
- порушеннях сну;
- стресових станах.

Рослинні седативні засоби становлять значну частину фармацевтичного ринку, що пояснюється їх безпечністю та доступністю.

*До найпоширеніших рослин із седативною дією належать такі:*

- Валеріана лікарська – має виражену седативну та спазмолітичну дію.
- Кропива собача – знижує нервову збудливість і покращує роботу серцево-судинної системи.
- Меліса лікарська – чинить заспокійливу та легку снодійну дію.
- М'ята перцева – має седативний та спазмолітичний ефекти.



- Хміль звичайний – використовується як природний снодійний засіб.
- Пасифлора – проявляє анксиолітичну активність.
- Звіробій – впливає на емоційний стан, має антидепресивні властивості.
- Глід – чинить кардіоседативну дію.



| Рослина             | Основні діючі речовини      | Фармакологічна дія       | Особливості                  |
|---------------------|-----------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Валеріана лікарська | ефірні олії                 | седативна, спазмолітична | виражена дія на ЦНС          |
| Пустирник           | флавоноїди                  | седативна, кардіотонічна | знижує ЧСС                   |
| Меліса лікарська    | ефірні олії                 | седативна, снодійна      | м'яка дія                    |
| М'ята перцева       | ефірні олії, ментол         | спазмолітична, седативна | додатково покращує травлення |
| Хміль звичайний     | ефірні олії, гіркі речовини | седативна, снодійна      | посилює ефект валеріани      |
| Пасифлора           | флавоноїди                  | анксіолітична            | зменшує тривожність          |
| Звіробій            | гіперіцин                   | антидепресивна           | впливає на серотонін         |
| Глід                | флавоноїди                  | кардіоседативна          | покращує кровообіг           |

Седативний ефект рослинних препаратів реалізується через

- підвищення активності гальмівних процесів у центральній нервовій системі;
- вплив на гамма-аміномасляну кислоту (ГАМК);
- зниження активності симпатичної нервової системи;
- нормалізацію нейромедіаторного балансу.

Ці механізми забезпечують зменшення тривожності, покращення сну та стабілізацію емоційного стану.

### ***Класифікація седативних фітопрепаратів***

#### ***Монокомпонентні препарати:***

- настойка валеріани;

- настойка пустирника;
- екстракти окремих рослин.

### Комбіновані препарати:

- препарати на основі валеріани, м'яти та меліси;
- комплекси з додаванням хмелю, пасифлори, звіробою.

Комбіновані препарати мають більш виражений ефект завдяки синергії компонентів.

Фітопрепарати випускаються у різних лікарських формах: таблетки, капсули, краплі, фітозбори.

### *Розподіл седативних фітопрепаратів за лікарськими формами*

| Лікарська форма    | Частка (%) | Приклади             | Характеристика         |
|--------------------|------------|----------------------|------------------------|
| Таблетки           | 35–40%     | Персен, валеріана    | зручність застосування |
| Настоянки (краплі) | 25–30%     | валеріана, пустирник | швидкий ефект          |
| Капсули            | 10–15%     | Фітосед              | точне дозування        |
| Сиропи             | 5–10%      | Новопасит            | зручні для дітей       |
| Фітозбори (чаї)    | 10–15%     | седативні збори      | натуральність          |
| Інші форми         | 5%         | екстракти            | вузьке застосування    |



Найбільш поширеною формою є **таблетки**, оскільки вони мають точне дозування, зручні у використанні та добре зберігаються.

**Настоянки (краплі)** займають друге місце, вони швидше всмоктуються та

мають більш виражений ефект.

**Сиропи та капсули** займають меншу частину. Сиропи – для дітей та капсули – сучасна форма з високою біодоступністю.

**Фітозбори (чай)** популярні серед прихильників натуральної терапії, але потребують часу для приготування та мають менш точне дозування.

Збори (Species) – це тверда лікарська форма, яка являє собою суміш декількох видів подрібненої, рідше цілої лікарської рослинної сировини. Іноді до складу зборів додають солі, ефірні олії або інші лікарські речовини.

### **Характеристика зборів як лікарської форми:**

Характеристика та склад

Вид: Тверда ЛФ.

Склад: Суміш висушених частин рослин (листя, стебла, плоди, кореневища).

Подрібненість: Сировина зазвичай поріzana або стовчена в крупний порошок, що забезпечує максимальне вилучення діючих речовин при екстракції.

- особливості: Збори можуть бути як дозованими, так і недозованими .

### **Класифікація зборів**

Збори класифікують за декількома ознаками.

За способом використання:

- *для внутрішнього застосування*: чай (грудний, шлунковий), відвари, настої;
- *для зовнішнього застосування*: ванни, полоскання, примочки, промивання.

За складом:

- *прості*: складаються з одного виду сировини.
- *складні*: суміш багатьох компонентів.

### **Застосування**

Збори рідко застосовують у сухому вигляді. Зазвичай з них готують відвари: для коріння, кори, кореневищ;  
настої: для листя, квіток, трави.

### **Зберігання**

Збори зберігають у сухому, захищеному від світла місці, оскільки вони чутливі до зовнішнього середовища (вологість, світло).

Збори вважаються однією з найстаріших і найпростіших лікарських форм.

**За формою випуску фітозбори бувають:**

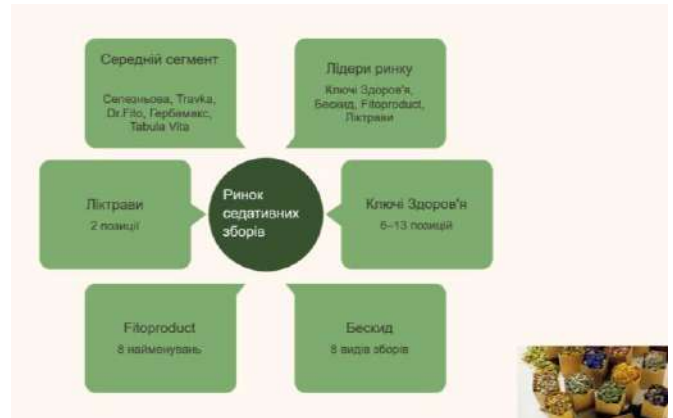
| <b>Форма</b>   | <b>Переваги</b>               | <b>Недоліки</b>    |
|----------------|-------------------------------|--------------------|
| Фільтр-пакети  | зручність, швидке заварювання | менша концентрація |
| Розсипний збір | можна регулювати дозу         | менш зручний       |

Отже, в результаті нашого моніторингу в аптеках переважають багатокomпонентні седативні збори українських виробників, а найбільш представлені бренди – **Ключі Здоров'я, Ліктрави, Бескид, Fitoproduct**.

| <b>Фірма / бренд</b> | <b>К-сть позицій (орієнтовно)</b> |
|----------------------|-----------------------------------|
| Ключі Здоров'я       | 6–13                              |
| Бескид               | 8                                 |
| Fitoproduct          | 8                                 |
| Селезньова           | 5                                 |
| Travka               | 4                                 |
| Dr.Fito              | 3                                 |
| Гербамакс            | 3                                 |
| Tabula Vita          | 2–3                               |
| Golden Pharm         | 2                                 |
| Ліктрави             | 2                                 |
| Профі Фарм           | 2                                 |
| Карпатська лічниця   | 2                                 |
| Ronpharm             | 1                                 |
| Baum Pharm           | 1                                 |
| Біола                | 1                                 |
| Лубнифарм            | 1                                 |
| Фітобіотехнології    | 1                                 |
| Фітовіол             | 1                                 |
| Фітолік              | 1                                 |

### Найтиповіші седативні збори

- Заспокійливий збір
- Антистресовий
- Лагідний вечір
- Ласкавий сон
- Міцний сон
- Солодкі сні



Аналіз вартості фітозборів від 30 грн до 350+ грн залежно від бренду, складу, упаковки та позиціонування.

Таблиця цінових груп

| Категорія                | Приклади                                   | Орієнтовна ціна |
|--------------------------|--------------------------------------------|-----------------|
| Бюджетні лікарські збори | Заспокійливий збір, валеріана сировина     | 30–80 грн       |
| Середній сегмент         | Антистрес чаї, Лагідний вечір, Солодкі сні | 60–150 грн      |
| Преміум дієтичні добавки | імпортні комплекси, чайні набори           | 150–350 грн     |
| Таблетовані фітозасоби   | Седасен форте, Персен-подібні              | 120–300 грн     |

### Що видно з аналізу

#### 1. Найдешевші – класичні збори.

Аптечні збори залишаються найдоступнішими.

#### 2. Дієтичні добавки – дорожчі за складом, не завжди за ефектом.

Маркетингова упаковка часто піднімає ціну.

#### 3. Таблетки дорожчі за чай.

Через екстракти, стандартизацію та зручність.

### Порівняльна характеристика

#### - за складом

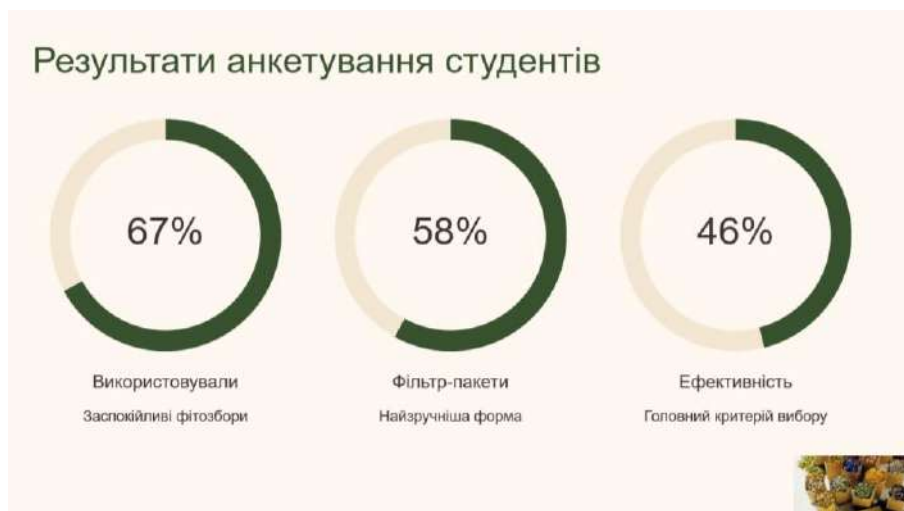
Найчастіше у седативних фітозборах використовуються

- валеріана – знижує нервову збудливість;
- пустирник – заспокоює, нормалізує серцевий ритм;

- меліса – зменшує тривожність;
- м'ята – усуває спазми та напруження;
- хміль – покращує сон.

Найбільш багатокomпонентним є Фіточай №71, що містить понад 10 рослин.

- за ефективністю:
- для легкого стресу та профілактики підходять прості фітозбори;
- при безсонні та вираженій тривожності ефективнішими можуть бути збори з валеріаною, хмелем і кропивою собачою. Також нами було проведено анкетування студентів



#### Чи використовували ви заспокійливі фітозбори?

| Відповідь | %   |
|-----------|-----|
| Так       | 67% |
| Ні        | 33% |

#### Які форми зручніші?

| Форма            | %   |
|------------------|-----|
| Фільтр-пакети    | 58% |
| Таблетки/капсули | 27% |
| Розсипний чай    | 15% |

#### Що головне при виборі?

| Критерій     | %   |
|--------------|-----|
| Ефективність | 46% |

|                   |     |
|-------------------|-----|
| Ціна              | 30% |
| Натуральний склад | 24% |

**Висновок.** Проведений аналіз показав, що аптечні фітозбори із заспокійливою дією характеризуються широким асортиментом та відрізняються за складом, лікарською формою і вартістю. Вибір конкретного фітозбору залежить від індивідуальних потреб пацієнта, ступеня вираженості симптомів, а також зручності застосування.

#### **Переваги фітозборів:**

- натуральне походження;
- м'який седативний ефект;
- доступність без рецепта;
- можливість тривалого застосування (за рекомендацією лікаря);
- раціональне поєднання декількох лікарських рослин.

#### **Недоліки фітозборів:**

- повільніший розвиток ефекту порівняно із синтетичними препаратами;
- ризик виникнення алергічних реакцій;
- специфічні органолептичні властивості (смак, запах);
- необхідність регулярного та тривалого застосування.

Отримані дані свідчать, що студенти та населення загалом частіше надають перевагу доступним препаратам рослинного походження, зокрема вітчизняного виробництва. Найбільш популярною лікарською формою є фільтр-пакети, що пояснюється їх зручністю у використанні.

Аналіз асортименту аптек показав достатню представленість заспокійливих фітозборів, серед яких переважають препарати українських виробників.

Основними критеріями вибору є ефективність, доступна ціна та натуральний склад. Фітозбори залишаються перспективною групою безрецептурних лікарських засобів.

Фітопрепарати є економічно доцільною альтернативою синтетичним седативним засобам та зберігають стабільний попит серед населення.

### Список літератури:

1. Ковальов В. М. Фармакогнозія з основами біохімії рослин : підручник / В. М. Ковальов, О. І. Павлій, Т. І. Ісакова ; за ред. В. М. Ковальова. – Харків : НФаУ, 2000. – 704 с.
2. Державна фармакопея України : в 3 т. / ДП «Український науковий фармакопейний центр якості лікарських засобів». – 2-ге вид. – Харків, 2014. – Т. 3. – 732 с.
3. Фармакогнозія : підручник / за ред. С. М. Марчука. – Київ : ВСВ «Медицина», 2017. – 600 с.
4. Лікарські рослини : енциклопедичний довідник / за ред. А. М. Гродзінського. – Київ : Українська енциклопедія, 1992. – 544 с.
5. Компендіум лікарських засобів України / за ред. В. М. Коваленка. – Київ : МОРІОН, 2023. – Режим доступу: <https://compendium.com.ua>
6. Державний реєстр лікарських засобів України. – Режим доступу: <http://www.drlz.com.ua>
7. Tabletki.ua : пошук та порівняння лікарських засобів. – Режим доступу: <http://tabletki.ua/uk>
8. European Medicines Agency. Herbal medicinal products. – Mode of access: <https://www.ema.europa.eu>
9. World Health Organization. WHO monographs on selected medicinal plants. – Geneva : WHO, 2002–2019.
10. Bradley P. R. British Herbal Compendium. – Bournemouth : British Herbal Medicine Association, 2006. – 2 vol.

## АРОМАТЕРАПІЯ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА РІВЕНЬ ЦУКРУ В КРОВІ

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки фармацевтичного профілю

*Керівник роботи:* викладач хімії Нога О.М..

**Вступ.** Ароматерапія є одним із допоміжних методів впливу на психоемоційний стан та загальне самопочуття людини. Останніми роками значно зросла увага до використання ефірних олій як додаткового засобу підтримки організму при різних функціональних порушеннях, зокрема при змінах рівня глюкози в крові. У роботі досліджено вплив ефірних олій шавлії, евкаліпту та імбиру на організм людини та проведено оцінку їх можливого впливу на рівень цукру в крові. Визначено найбільш ефективну ефірну олію серед досліджених та проаналізовано її властивості.

**Мета.** Дослідити вплив ароматерапії з використанням ефірних олій на рівень глюкози в крові людини та визначити найбільш ефективну олію для зниження рівня цукру.

**Матеріали та методи.** У дослідженні взяли участь 32 студенти II курсу віком 15–17 років. Учасники не мали тяжких серцево-судинних захворювань або алергічних реакцій на ефірні олії.

Для проведення ароматерапії використовували

- ефірну олію шавлії;
- ефірну олію евкаліпту;
- екстракт кореня імбиру.

Кожен учасник проходив сеанс ароматерапії тривалістю 15 хвилин. Випаровування ефірних олій здійснювалося за допомогою аромалампи. Рівень глюкози в крові визначали до та після процедури за допомогою глюкометра.

Під час роботи було використано

- аналіз наукової літератури;
- метод спостереження;
- порівняльний аналіз;

- узагальнення результатів дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення. Ароматерапія позитивно впливає на психоемоційний стан людини, сприяє зниженню рівня стресу та нормалізації функціонального стану нервової системи. Саме стрес часто є одним із чинників порушення обміну речовин і підвищення рівня глюкози в крові. Тому використання ефірних олій привертає значну увагу дослідників як допоміжний метод підтримки організму [1].

Для дослідження були обрані ефірні олії шавлії, евкаліпту та імбиру через їхні відомі заспокійливі, протизапальні та тонізуючі властивості. Кожна з цих олій має особливий хімічний склад і по-різному впливає на організм людини.

Ефірна олія шавлії (*Salvia officinalis*) є натуральним продуктом із характерним трав'янистим ароматом. До її складу входять терпени, фенольні кислоти, дитерпени, тритерпени та інші біологічно активні речовини. Дослідження показують, що шавлія може сприяти покращенню чутливості клітин до інсуліну та зниженню рівня глюкози в крові [2]. Крім того, вона позитивно впливає на нервову систему, допомагає зменшити емоційне напруження та покращити загальне самопочуття людини. Також відомо, що шавлія може сприяти зниженню рівня холестерину в крові [2].

Ефірна олія евкаліпту (*Oleum Eucalypti*) містить 1,8-цинеол,  $\alpha$ -пінен, лімонен,  $\beta$ -пінен та інші активні компоненти. Евкаліптова олія проявляє антисептичні, протизапальні та заспокійливі властивості. Вона допомагає зменшити втому, покращує загальний стан організму та позитивно впливає на дихальну систему [4]. Зниження рівня емоційного напруження може опосередковано впливати на стабілізацію рівня глюкози в крові.

Екстракт кореня імбиру (*Zingiber officinale Root Extract*) містить гінгерол, шогоол, цингіберен, камфен, ліналоол, борнеол, цитраль та інші активні сполуки. Імбир має виражені протизапальні, антиоксидантні та тонізуючі властивості. Він позитивно впливає на обмін речовин, покращує травлення, стимулює кровообіг і сприяє підвищенню чутливості до інсуліну [3]. Деякі дослідження свідчать про можливість зниження рівня глюкози під впливом компонентів імбиру [3].

У результаті проведеного дослідження встановлено, що найбільш виражений ефект мала ефірна олія шавлії. У 78% учасників після проведення ароматерапії спостерігалось зниження рівня глюкози на 0,5–1,5 ммоль/л. Найкращий результат відзначався серед студентів із підвищеним рівнем емоційного напруження та втоми.

Ефірна олія евкаліпту також продемонструвала позитивний вплив, однак менш виражений. У 50% учасників рівень глюкози знижувався приблизно на 0,5 ммоль/л.

Екстракт імбиру показав найменший результат: лише у 29% учасників було зафіксовано незначне зниження рівня цукру приблизно на 0,1 ммоль/л.

### ***Порівняльна характеристика результатів дослідження***

| <b>Ефірна олія</b> | <b>Відсоток учасників зі<br/>зниженням рівня глюкози</b> | <b>Показники зниження</b> |
|--------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------|
| Шавлія             | 78%                                                      | 0,5–1,5 ммоль/л           |
| Евкаліпт           | 50%                                                      | близько 0,5 ммоль/л       |
| Імбир              | 29%                                                      | близько 0,1 ммоль/л       |

### ***Діаграма ефективності ефірних олій***



Отримані результати свідчать про те, що ефективність ароматерапії може бути пов'язана не лише з хімічним складом ефірних олій, а й із їх впливом на психоемоційний стан людини. Зменшення рівня стресу позитивно впливає на функціонування нервової системи та може сприяти нормалізації обміну речовин [2].

Разом із тим дослідження мало певні обмеження, зокрема невелику кількість учасників і коротку тривалість спостереження. Тому отримані результати потребують подальшого вивчення та підтвердження.

**Висновок.** Проведене дослідження показало, що ароматерапія з використанням ефірних олій може позитивно впливати на рівень глюкози в

крові людини. Найбільш ефективною серед досліджених виявилася ефірна олія шавлії, яка сприяла зниженню рівня цукру у більшості учасників.

Ефірні олії шавлії, евкаліпту та імбиру проявляють заспокійливі, протизапальні та тонізуючі властивості, що позитивно впливають на загальний стан організму та психоемоційний стан людини.

Ароматерапію доцільно розглядати як допоміжний метод підтримки організму, який може використовуватися разом із основними методами профілактики та контролю порушень вуглеводного обміну. Подальші дослідження повинні бути спрямовані на вивчення довготривалого впливу ефірних олій та механізмів їх дії на організм людини.

### **Список літератури:**

1. Фармакогнозія: підручник / за ред. В. С. Кисличенка. Харків: НФаУ, 2018.
2. Основи ароматерапії / О. В. Тихонова. Київ: Медицина, 2020.
3. Біологічна хімія: підручник / за ред. Ю. І. Губського. Київ: ВСВ «Медицина», 2019.
4. Ефірні олії та їх застосування у медицині / Н. О. Сятиня. Львів: Світ, 2021.

*Мирослава Сорока, 351 група*

## **МЕХАНІЧНА ЖОВТЯНИЦЯ, ЯК УСКЛАДНЕННЯ ПАТОЛОГІЇ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ. ВАРІАНТИ ЛІКУВАННЯ**

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки хірургічного профілю

*Керівник роботи:* викладач клінічних дисциплін хірургічного профілю,

канд.мед.наук Вербі Р.В.

**Вступ.** Механічна жовтяниця – це клінічний синдром, що виникає внаслідок часткової або повної обструкції жовчовивідних шляхів і супроводжується порушенням відтоку жовчі з печінки до дванадцятипалої

кишки. Вона не є самостійною нозологічною одиницею, а розглядається як ускладнення різноманітних патологічних процесів внутрішніх органів. Найчастіше її розвиток пов'язаний із жовчнокам'яною хворобою, пухлинами підшлункової залози, жовчних протоків або великого дуоденального сосочка, стриктурами жовчовивідних шляхів, запальними процесами гепатобіліарної системи.

В основі патогенезу механічної жовтяниці лежить блокування відтоку жовчі, що призводить до підвищення тиску в жовчних протоках, порушення функції гепатоцитів і зворотного надходження компонентів жовчі, зокрема прямого білірубіну, у кров'яне русло. Це зумовлює характерне жовтяничне забарвлення шкіри та слизових оболонок, потемніння сечі, знебарвлення калу, свербіж шкіри, а також симптоми інтоксикації організму. Тривалий холестаз може спричиняти розвиток печінкової недостатності, порушення згортання крові, гіповітаміноз жиророзчинних вітамінів і тяжкі метаболічні розлади.

Актуальність проблеми механічної жовтяниці зумовлена її високою поширеністю та значним ризиком розвитку ускладнень. У сучасній клінічній практиці зростає кількість випадків обтураційної жовтяниці, пов'язаних із пухлинами органів черевної порожнини. Особливу



небезпеку становлять пухлини головки підшлункової залози, які тривалий час можуть перебігати безсимптомно і проявлятися вже на стадії механічної жовтяниці. Крім того несвоєчасна діагностика та відсутність адекватного лікування можуть призвести до розвитку гнійного холангіту, сепсису та поліорганної недостатності.



Сучасні методи діагностики – ультразвукове дослідження, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна холангіопанкреатографія, ендоскопічні методи – дають змогу своєчасно встановити рівень і причину обструкції. Вибір лікувальної тактики залежить від етіології, ступеня порушення відтоку жовчі та загального стану пацієнта й може включати як консервативну терапію, так і малоінвазивні чи хірургічні втручання.

Отже, механічна жовтяниця є серйозним ускладненням патології внутрішніх органів, що потребує глибокого розуміння її етіології, патогенезу та клінічного перебігу. Своєчасна діагностика і комплексний підхід до лікування є ключовими чинниками зниження летальності та покращення якості життя пацієнтів.

**Мета.** Дослідити кількість звернень пацієнтів до лікувальної установи та проаналізувати причину звернень і варіанти лікування.

**Матеріали та методи.** Нами проаналізовано кількість звернень у хірургічне відділення Чортківської центральної міської лікарні пацієнтів, які мали патологію органів черевної порожнини, одним із проявів якої була жовтяниця, у проміжку з 2023 по 2026 роки

**Результати досліджень та їх обговорення.** Протягом цього часу за



медичною допомогою звернулося 23 пацієнти (14 жінок та 9 чоловіків), що у відсотковому співвідношенні складає 61% та 39% відповідно. Вік пацієнтів коливався від 26 до 68 років.

Серед пацієнтів, що звернулись за допомогою у КНП «Чортківська міська

лікарня» ЧМР з даною патологією, виявлено: жовчнокам'яна хвороба, гострий холецистит – 8; жовчнокам'яна хвороба, хронічний холецистит – 6; гострий панкреатит, набрякова форма – 5; злоякісна пухлина підшлункової



залози – 1; холангіт – 2; злоякісна пухлина жовчного міхура – 1.

7 (30%) пацієнтам була проведена операція холецистектомія, 3 (13%) – переведено до КЗТОР «Тернопільська обласна лікарня» для проведення ендоскопічної папілосфінктеротомії чи лапароскопічної холедохолітотомії, 2 (9%) пацієнтів переведено для уточнення діагноз та продовження лікування до КЗТОР «Тернопільський обласний онкологічний диспансер», 11 (48%) – проводилось консервативне лікування.

Основне лікування захворювань, що призвели до механічної жовтяниці, – усунення обструкції (ендоскопічне, хірургічне або через стентування).

Фармакотерапія має допоміжний та підготовчий характер:

1. Інфузійна терапія, мета якої – детоксикація, корекція водно-



електролітних порушень (0,9% розчин NaCl, Розчин Рінгера, 5% глюкоза, реосорбілакт).

2. Антибактеріальна терапія використовується при ризику або наявності холангіту (цефтріаксон, ципрофлоксацин, амоксицилін).

3. Спазмолітики – для зменшення болю і спазму жовчних шляхів (дротаверин, папаверин, платифілін).

4. Дезінтоксикаційна терапія (неогемодез).

5. Гепатопротектори (гептрал).

Комплексний підхід до фармакотерапії дозволяє не лише усунути симптоми захворювання, а й призводить до тимчасової ремісії основного захворювання. Без відновлення відтоку жовчі медикаментозне лікування не усуває причину і є лише тимчасовою мірою.

Консервативним лікуванням стабілізовано стан та досягнуто ремісії у 11 (48%) пацієнтів. Пацієнтам, що мали основний діагноз гострий чи хронічний холецистит рекомендовано хірургічне лікування.

**Висновки.** На основі нашого дослідження підводимо підсумки:

1. Для запобігання захворювання, чи рецидиву необхідно дотримуватись

збалансованого харчування: дробне харчування 5-6 разів на день, відварені, тушковані, запечені страви, нежирне м'ясо (курка, індичка), риба, каші, овочі (варені), кисломолочні продукти, достатній питний режим (1,5-2 л/добу). Обмежити чи виключити: жирне, смажене, копчене, гострі приправи, маринади, алкоголь, газовані напої. Уникати великих перерв у їжі – це сприяє застою жовчі.

2. Контроль маси тіла: поступове зниження ваги при ожирінні, уникати різкого схуднення (ризик утворення конкрементів).

3. Медикаментозна профілактика (за призначенням лікаря): спазмолітики при болю (дротаверин, спазмалгон), ферментні препарати при диспепсії



4. Негайно звернутись за допомогою: інтенсивний біль у правому підребер'ї більше 2-3 годин, підвищення температури тіла, блювання, яке не приносить полегшення, пожовтіння шкіри або склер, потемніння сечі,

світлий кал. Ці симптоми можуть свідчити про ускладнення: гострий холецистит, холангіт, механічну жовтяницю, панкреатит.

5. Єдиний радикальний метод – хірургічне лікування. Планова операція рекомендована при частих нападах або ризику ускладнень.

### Список літератури:

1. Ляпіс М. О. Методика обстеження хірургічного хворого. Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. 167 с.
2. Кіт О. Л., Ковальчук О.Л. Хірургія. Тернопіль, Укрмедкнига, 2004. 510 с.
3. Сабадишин Р. О., Гашинський І. В., Маркович О. В. Коледжна хірургія. Рівне, 2003. 708 с.

4. Усенко О. Ю., Білоус Г. В., Путінцева Г. Й. Хірургія: підруч. Київ: Медицина, 2010. 415 с.
5. Хірургія (факультетська): підруч. / за ред. М.П. Захараша. Київ: Медицина, 2006. 688 с.

Стефанія Хома, 313 група

## ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки хірургічного профілю

Керівник роботи: викладач акушерства та гінекології Мирончук І.А.

**Вступ.** Актуальність цієї теми в сучасних умовах України є надзвичайно високою. Сьогодні це питання виходить за межі медицини, стаючи питанням національного виживання та психологічної стійкості кожної української родини.

Наша держава переживає глибоку демографічну кризу, яка проявляється у

зн  
иж  
ен  
ні  
на  
ро  
дж  
ув  
ан  
ос  
ті,



старінні населення та його загальному скороченні.

Погляньте на цифри. Якщо ще у 2014 році в Україні народжувалося понад 460 тисяч дітей, то у 2025 році – менше 170 тисяч. Якщо у 2014 році коефіцієнт

народжуваності становив 1,5, то у 2025-му, зафіксовано історичний мінімум – близько 0,9. Це означає, що нація скорочується швидше, ніж будь-коли. Смертність значно перевищує народжуваність: приблизно на одну дитину припадає троє померлих.

Ми зустрічаємося з феноменом «відкладеного життя», коли страх та невизначеність блокують репродуктивні плани тисяч пар.

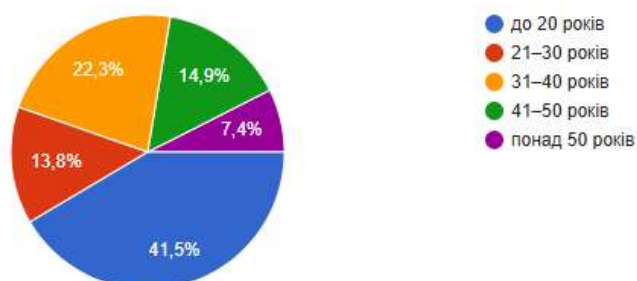


**Мета.** Саме тому метою нашої роботи було почути голос самої жінки.

**Матеріали та методи.** Ми провели анонімне анкетування 94 респонденток, зосередилися не на діагнозах, а на внутрішніх бар'єрах та установках.

#### Ваш вік

94 відповіді

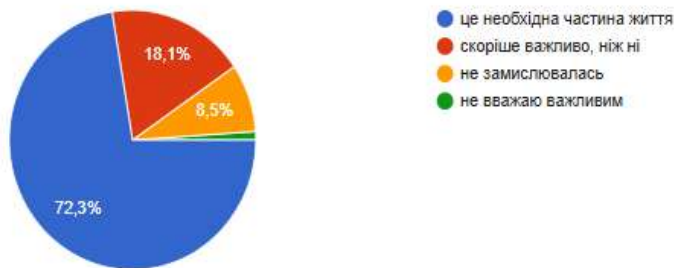


**Результати дослідження та їх обговорення.** Результати виявилися вельми оптимістичними в плані усвідомленості: 72% жінок вважають планування сім'ї невід'ємною частиною життя, а 92% переконані, що відповідальність за це

рішення мають нести обоє партнерів рівноцінно.

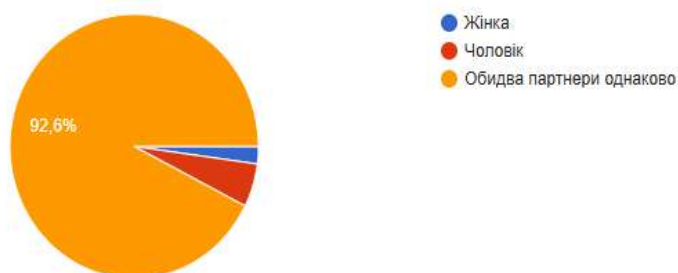
**Як ви ставитеся до планування сім'ї?**

94 відповіді



**Хто, на Вашу думку, має нести відповідальність за планування сім'ї?**

94 відповіді



Проте від теорії до практики нас відділяє реальність війни. Постійний стрес, розлука з партнерами та економічна нестабільність створюють нові «стоп-фактори». Згідно з нашим опитуванням

- 56% респонденток ставлять на перше місце політичну та економічну нестабільність;
- 52% – стан власного здоров'я та наявність підтримки партнера.

**Який чинник, на Вашу думку, найбільше впливає на відмову від народження дитини в сучасній Україні? (можна обрати кілька варіантів)**

94 відповіді

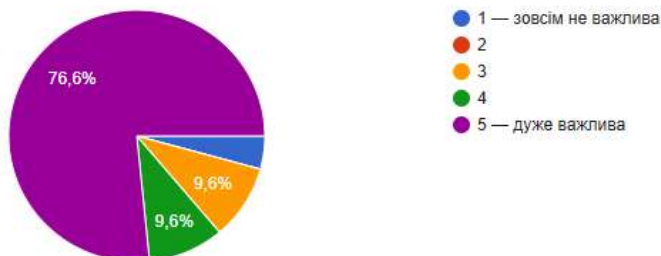


Цікаво, що 77% опитаних вважають саме психологічну готовність ключовим чинником, який сьогодні конкурує навіть із матеріальним достатком.

Це підтверджує: планування сім'ї сьогодні починається «з голови», а не з гаманця.

Наскільки важливою для вас є психологічна готовність до материнства?

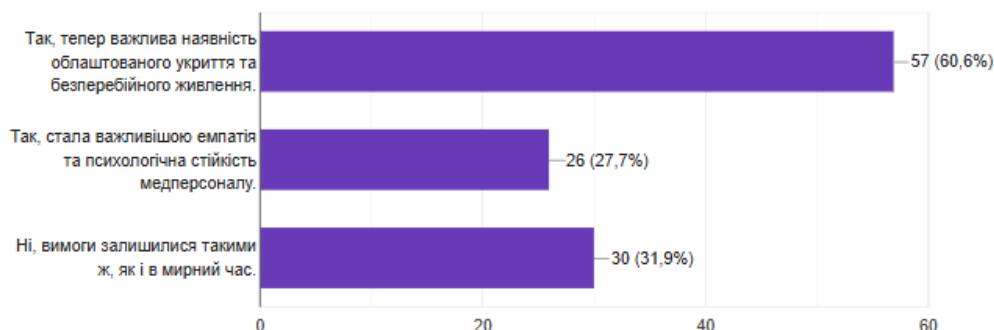
94 відповіді



Результати чітко демонструють, що війна радикально змінила пріоритети пацієнтів. Абсолютна більшість опитаних (60,6%) тепер оцінюють медичний заклад не лише за кваліфікацією медиків, а за рівнем безпекової інфраструктури. Наявність облаштованого укриття та автономного живлення стала базовою потребою і ключовим фактором довіри до закладу.

Чи змінилися Ваші вимоги до медичного закладу/персоналу в умовах війни?(можна обрати кілька варіантів)

94 відповіді



Кожна третя жінка (27,7%) вказала на необхідність емпатії та психологічної стійкості медперсоналу. Це свідчить про те, що в умовах хронічного стресу пацієнти потребують не лише медичних маніпуляцій, а й емоційного захисту. Роль медика трансформується: він має бути не лише фахівцем, а й джерелом спокою та підтримки.

Для нас, як для майбутніх фахівців (фельдшерів/акушерів/медсестер), ці дані є прямим керівництвом до дії. Оскільки ми є першою ланкою контакту з пацієнткою, то маємо володіти навичками кризової комунікації. Вміння заспокоїти жінку та створити атмосферу довіри є сьогодні такою ж важливою

професійною компетенцією, як і надання невідкладної медичної допомоги.

Наостанок ми торкнулися найбільш емоційного питання нашого дослідження: «Чи є народження дитини під час війни героїзмом?». Думки розділилися:

- більшість (55%) (червоний сектор) вважають, що це має бути просто зваженим особистим рішенням, а не соціальним подвигом;
- проте понад 40% (синій сектор) сприймають це як акт опору та символ віри у перемогу.

Це свідчить про те, що сучасна українка бачить материнство не як обов'язок перед державою, а як своє право на нормальне життя, яке вона мужньо відстоює.



**Висновки.** Підсумовуючи, зазначимо наступне:

1. Демографічна ситуація в Україні залишається складною і має тенденцію до погіршення.
2. Рішення щодо народження дітей значною мірою залежить від психологічного стану жінки.
3. Війна є потужним фактором, який впливає на репродуктивну поведінку населення.
4. Важливим є розвиток системи психологічної підтримки жінок та сімей.

Кожна дитина, народжена в Україні сьогодні – це перемога життя над страхом; кожна дитина, народжена в Україні сьогодні – це наша спільна перемога.

### Список літератури:

1. Вплив війни на психоемоційний стан та репродуктивне здоров'я жінок: клінічне дослідження порушень менструального циклу / Т. О. Козуб, В. В. Гнатюк, І. А. Качайло, О. В. Головіна. Репродуктивне здоров'я жінки. №5. 2025. С. 78-86. URL: DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.5.2025.337955> (дата звернення 19.05.2026).

2. Запольська О. Репродуктивні права та виклики в зонах конфлікту. 03.12.2025. URL: <https://genderindetail.org.ua/season-topic/dosvidy-viyny/tysk-narodzhuvanistyu-reproduktyvne-nasylstvo-pid-chas-viyny> (дата звернення 19.05.2026).
3. Мітіна О. Л. Вплив психоемоційного стану жінок на готовність до планування народження дитини. Ментальне здоров'я. № 12.29/12/ 2025. URL: <https://journals.oneu.od.ua/index.php/mh/article/view/131> (дата звернення 29.12.2025).
4. Худий А.П. Демографічні процеси в Україні: аналіз, тенденції та виклики. Електронне наукове фахове видання з економічних наук «Modern Economics». 2025. №49. С. 269–275. URL: [https://doi.org/10.31521/modecon.V49\(2025\)-34](https://doi.org/10.31521/modecon.V49(2025)-34) (дата звернення 19.05.2026).
5. Скільки людей народжується і помирає в Україні. Слово і діло. 13.06.2025. URL: [https://www.slovoidilo.ua/2025/05/13/infografika/suspilstvo/skilky-lyudej-narodzhuetsya-pomyraye-ukrayini?utm\\_source](https://www.slovoidilo.ua/2025/05/13/infografika/suspilstvo/skilky-lyudej-narodzhuetsya-pomyraye-ukrayini?utm_source) (дата звернення 20.05.2026).

*Вероніка Шепілява, 311 група*

## **ОЦІНКА ПОІНФОРМОВАНOSTІ ЖІНОК ПРО СПОСОБИ ЗАПОБІГАННЯ ПАТОЛОГІЇ ГРУДНИХ ЗАЛОЗ**

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки хірургічного профілю

*Керівник роботи:* викладач акушерства та гінекології Озерянська Л.В.

**Вступ.** Доброякісні захворювання грудних залоз у пацієнток виявляють у різному віці – від періоду статевого дозрівання і до менопаузи.

Оскільки запобігти хворобі легше, аніж її лікувати, ми вирішили вивчити рівень обізнаності жіночого населення у цьому питанні.

**Метою** дослідження було перевірити, наскільки жінки поінформовані щодо факторів ризику розвитку доброякісних захворювань молочних залоз, методів діагностики, чи дотримуються графіків обстеження як у практично

здорових пацієнток.

**Матеріали та методи.** Відповіді на ці запитання ми отримали, провівши анкетування серед жінок різних вікових груп з використанням як паперових носіїв, так і гугл-форм та інших онлайн комунікацій. Було задіяно 60 респондентів.

#### Анкета

1. Ваш вік.
2. Коли був останній візит до акушер-гінеколога щодо профілактичного огляду?
3. Які ви знаєте чинники ризику розвитку новоутворень у молочних залозах?
4. Які вам відомі обстеження грудей?
5. Ви проводите самообстеження молочних залоз? Якщо так, то як часто.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Результати опитування ми оцінювали, враховуючи наступні вікові групи:

I-ша – від 20 до 39 років,

II-га – від 40 до 49,

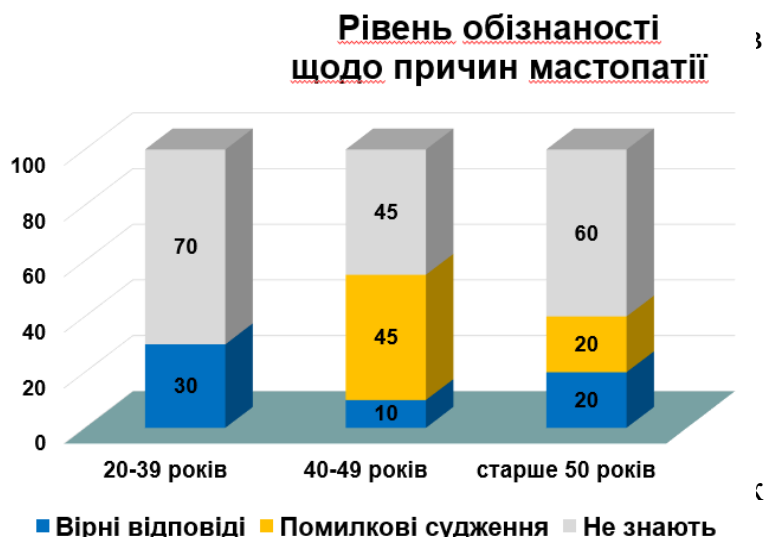
і старші, які утворили III-тю групу.

Такий розподіл обумовлений різними джерелами інформації, життєвою ситуацією, об'ємом обстеження із врахуванням віку. Також має вплив індивідуальне ставлення кожної особистості до свого здоров'я.

Отож, чи знають жінки причини доброякісних захворювань молочних залоз?

У I-й групі обізнаними у цьому питанні є третина (30 %). Серед названих ними причин: гормональні наскоки середовища.

У II-й групі трохи більше половини (55 %) опитаних вважає, що знає відповідь на вищевказане запитання. Але більшість з них помилково називає причини можна почути правдиві. Це



шкідливі звички.

Більша частина (60 %) респондентів III-ої групи не знає причин мастопатії. І лише половина (20 %) з тих, хто їх називав, були праві, вказавши гормональні розлади та шкідливі впливи зовнішнього середовища.

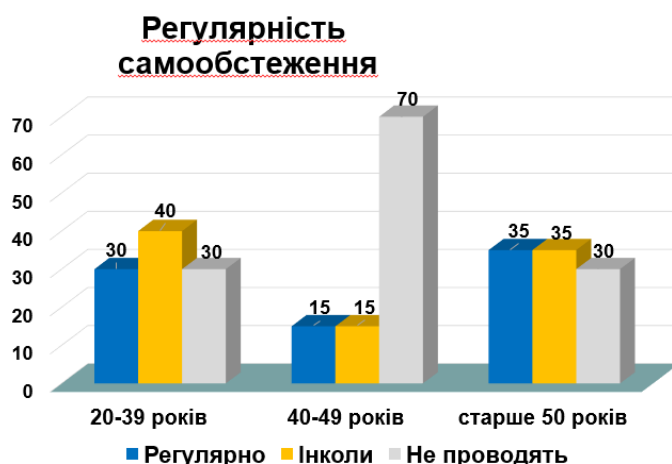
Загалом трохи більше половини (62 %) опитаних вважає, що знає, чим зумовлені зміни у молочних залозах, і лише 5 частина (20 %) володіє достовірною інформацією. Це можна пояснити переважним зверненням населення за інформацією до є знайомих та родичів.

Ситуація із знаннями про можливості оцінки стану молочних залоз вже краща. Найвідомішим методом дослідження у I-ій групі є УЗД (85 %). На другому

місці – мамографія (45%). І, як не дивно, про обстеження чи самообстеження говорить найменше жінок (15 %).

У II-ій віковій групі, як метод обстеження грудей, частіше називають мамографію, ніж УЗД і обстеження чи самообстеження.

У групі після 50 років, як і в попередній, на першому місці – мамографія (70 %), але знає про неї вдвічі більше респондентів. Набагато рідше називають УЗД (15 %) та обстеження чи самообстеження (10 %). Зате, у цій групі з'явилися такі жінки, які знають про онкоцитологічне дослідження (10%).



Найбільше респондентів, які не можуть відповісти на запитання у II-ій групі – це третина (35 %). Наполовину менше таких у решті груп (у I-ій – 15 %; у III-ій – 20 %).

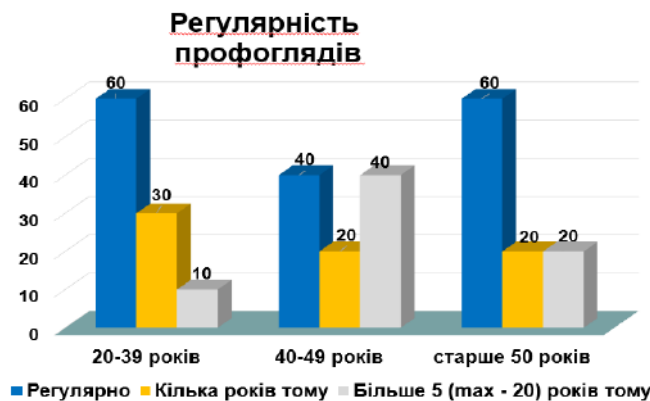
Як ставляться до свого здоров'я жінки? Чи проводять

регулярно самообстеження молочних залоз?

Вищими є результати у I-й та III-й групах (30 і 35 %). У II-й групі, де найбільше негативних відповідей (85 %), ситуація ускладнюється ще й тим, що тут найнижчий рівень проведення профоглядів (40 % проти 60% у I-й та III-й групах). Серед цих жінок більше і тих, хто відвідував акушер-гінеколога ще під час попередньої вагітності, а це від 5 і до 20 років тому.

**Висновок.** Як бачимо з результатів дослідження, найнижчий рівень обізнаності та відповідального ставлення до свого здоров'я у II-й групі.

Отже, основним у роботі з жінками, котрі вже, можливо, виконали свої репродуктивні плани, є виявити їхні пріоритети. І зробити так, щоб піклування про власне здоров'я було на першому місці.



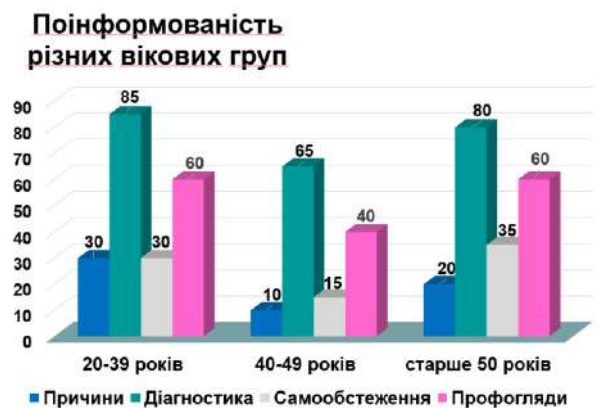
достовірних даних необхідні:

- консультування та інформаційно-просвітницька діяльність за допомогою засобів електронної комунікації і телемедицини;
- залучення жіночого населення до профоглядів для навчання самообстеженню та вчасного виявлення жінок із групи ризику виникнення захворювань молочних залоз і проведення подальшого обстеження.

### Список літератури:

1. Про забезпечення скринінгу і ранньої діагностики окремих видів раку та моніторингу стану здоров'я пацієнтів з груп ризику: Наказ МОЗ України від 05.08.2024 № 1368. URL: [https://moz.gov.ua/storage/uploads/837cc13c-f01d-42c9-a6b7-433575ede950/dn\\_1368\\_05082024\\_dod.pdf](https://moz.gov.ua/storage/uploads/837cc13c-f01d-42c9-a6b7-433575ede950/dn_1368_05082024_dod.pdf) (дата звернення: 28.04.2026).

Загалом для збільшення рівня поінформованості жінок та отримання



2. Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Доброякісні захворювання молочних залоз. Тактика ведення аномальних результатів обстеження молочних залоз»: Наказ МОЗ України від 26.03.2025 № 535. URL: [https://moz.gov.ua/storage/uploads/c707a0e4-95e7-4331-be03-0434a240a9c4/dn\\_535\\_26032025\\_dod.pdf](https://moz.gov.ua/storage/uploads/c707a0e4-95e7-4331-be03-0434a240a9c4/dn_535_26032025_dod.pdf) (дата звернення: 28.04.2026).

*Ірина Сирко, 332 група*

## **ПОШИРЕННЯ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД**

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки хірургічного профілю

*Керівник роботи:* викладач клінічних дисциплін Смірнов Ю.В..

### **Вступ.**

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це хронічне порушення психічного стану, що може розвинутиися після травматичної події. Близько 8% чоловіків та 20% жінок, що пережили травматичні події, мають ПТСР. Якщо нічого не робити, це може закінчитися руйнацією стосунків, роботи, здоров'я чи навіть життя. ПТСР можна подолати чи навчитися ним керувати.

ПТСР розвивається в людей, що пережили неординарну, загрозливу для життя чи гідності ситуацію:

- ветерани війни;
- цивільні, що перебувають в зоні бойових дій;
- жертви сексуального чи фізичного насильства;
- полонені та жертви катування;
- жертви торгівлі людьми, сексуального рабства;
- жертви чи свідки постійного домашнього насильства;
- жертви булінгу, в тому числі у школі;
- свідки терактів;
- люди, що перебували в зоні стихійного лиха;

- жінки, що пережили травматичні пологи і зазнали жорстокого ставлення медичного персоналу.

### **Мета.**

Дослідити розповсюдження ПТСР в Україні.

### **Матеріали та методи.**

Матеріали: дані вітчизняних і зарубіжних досліджень.

Методи дослідження: статистичний, інформаційний.

### **Результати дослідження та їх обговорення.**

Протягом останніх двох років в електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ) фіксується значне збільшення пацієнтів зі встановленим діагнозом посттравматичний стресовий розлад. Так, у 2023 році кількість пацієнтів з ПТСР зросла майже в чотири рази в порівнянні з 2021 роком, а за перші два місяці 2024 року діагноз встановлено фактично такій же кількості пацієнтів, як за весь 2021 рік.

За даними НСЗУ, показники у розрізі цифр за роками виглядають так:

- 2021 рік – 3 167 пацієнтів;
- 2022 рік – 7 051 пацієнт;
- 2023 рік – 12 494 пацієнти;
- 2024 рік – 3 292 пацієнти (станом на 06.03.2024).

Найбільшу кількість даних щодо особливостей виникнення та лікування ПТСР зібрано в США. У цій країні активно працює Національний центр із ПТСР, який окрім надання кваліфікованої допомоги постраждалим аналізує статичні дані щодо особливостей виникнення цього розладу. Згідно з даними, наведеними на сайті цієї державної організації, приблизно 6% населення США матиме ПТСР у певний момент свого життя, причому 2020 року від ПТСР страждали 13 млн американців, тобто 5% загальної популяції. У США відзначається гендерна різниця у виникненні ПТСР: жінки майже у 2 рази частіше зазнають ПТСР, ніж чоловіки (8 проти 4% відповідно). Таку особливість пов'язують із різними типами травматичних подій: жінки частіше стають жертвами сексуального насильства, чоловіки – бійок.

Представники Національного центру з ПТСР підкреслюють, що військові

частіше хворіють на ПТСР, аніж цивільні американці, причому ветерани, які безпосередньо брали участь у бойових діях, мають більше шансів отримати цей руйнівний синдром, аніж ті військові, які не були в зоні бойових дій.

Відповідно до сучасних вітчизняних досліджень поширеність ПТСР в Україні становить близько 25%, причому майже половина населення (57%) перебуває в зоні ризику розвитку ПТСР. Опитування, проведене серед цивільних осіб, підтверджує американські дані щодо більшої схильності жінок до розвитку ПТСР, але також додає, що в зоні ризику перебувають літні люди, вимушені переселенці й особи з регіонів, що опинилися під російською окупацією. Онлайн-анкетування студентів демонструє значний вплив війни на життя молодих людей: 98% опитуваних зазнали впливу війни, 86% бачили у війні жахи про війну, 49% страждали від безсоння, а 27% мали ознаки ПТСР. Війна порушила психічний стан не тільки дорослих і літніх людей, вона безжально руйнує ментальний спокій дітей: ймовірний ПТСР діагностують і серед дітей шкільного віку та підлітків (14,4%), і в найменших дошкільнят (15,4%) .

Патофізіологічною основою виникнення ПТСР вважають порушення гіпоталамогіпофізарнонадниркової осі та розвиток запалення, порушення процесів нейротрансмісії, різкі зміни нейротропної функції. При ПТСР основні зміни відбуваються в чотирьох зонах мозку: префронтальній корі, гіпокампі, гіпоталамусі та мигдалеподібному тілі

Діагностичні інструменти використовуються на регулярній основі для тестування військових НАТО та Всесвітньою організацією охорони здоров'я.

MARTA (Mental Adaptation and Rehabilitation Tools and Analysis з англ. – Інструменти психологічної адаптації та реабілітації та їх аналіз) розроблено для захисників, захисниць та членів їх родин в Україні.

Завдяки проєкту користувачі мають можливість самостійно провести перевірку свого психічного здоров'я та отримати рекомендації з його поліпшення тут і зараз.

### **Висновки.**

Отже, посттравматичний стресовий розлад є однією з найбільш частих і

несприятливих форм психічних порушень у осіб, які пережили життєво небезпечні ситуації. Це важкий психічний стан, що виникає в результаті одиначної або повторюваної події, що надає надпотужний негативний вплив на психіку індивіда.

ПТСР – це нормальна реакція психіки на ненормальні обставини. Це не слабкість. Його можна лікувати, і чим раніше людина звернеться по допомогу, тим більша ймовірність одужання.

### **Список літератури:**

1. Михайлов Б.В. Посттравматичні стресові розлади. Київ.: Медицина, 2025. 246 с.
2. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний розлад.: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 23.02.2016 р. №121. URL: [https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016\\_121\\_ykpm\\_d\\_ptsr.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_121_ykpm_d_ptsr.pdf) (дата звернення 20.05.2026).
3. Практична психосоматика: діагностичні шкали: навч.посіб./ за ред. О.С. Чабана, О.О. Хаустової. Київ: Медицина, 2025. 200 с.
4. Чабан О.С., Хаустова О.О. Посттравматичні стресові розлади. Вид. 2-е, перероб. та допов. Харків: ХМАПО, 2014. 223 с.

*Христина Баб'як, 311 група*

*Підперигора Ольга, 311 група*

## **МЕДИЧНІ ЛІЖКА У ХІРУРГІЇ: ІСТОРИЧНИЙ ОГЛЯД**

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки хірургічного профілю

*Керівник роботи:* викладач клінічних дисциплін хірургічного профілю Сухінський Р.К.

**Вступ.** У сучасній медичній науковій та публіцистичній літературі, питання історії розвитку медичних ліжок, і особливо хірургічних, практично не розглянуто. Медичне ліжко, до якого ми уже усі давно звикли, не було таким як

зараз. Ми розглядаємо найважливіші етапи вдосконалень, які зробили ліжка важливим елементом лікування [2, 3, 5], особливо у хірургії, де правильне положення пацієнта безпосередньо впливає на перебіг доопераційного, операційного та післяопераційного періодів [6].

Сьогодні, це не просто меблі, а важливий лікувальний засіб. Воно впливає на різноманітні шляхи та методи оздоровлення. Окрім того, сучасні медичні ліжка допомагають проводити лікувальні та доглядові маніпуляції у комфортних умовах, як для медиків, так і для пацієнтів.

**Мета.** Привернути увагу до історичного висвітлення розвитку медичних ліжок загалом, в хірургії зокрема, заповнити існуючий «історичний вакуум».

**Матеріали та методи.** В огляді, на основі джерел, відмічені еволюційні моменти технічного розвитку медичних ліжок та хірургічних столів, без врахування: персоналій та країн, де відбувся той чи інший момент удосконалення, швидкості їх розповсюдження, патентування та ліцензування, національних особливостей та особливостей охорони здоров'я відповідно, рівня забезпеченості медичними ліжками.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У давні часи ліжка у медицині були дуже примітивними. Це були дерев'яні лежаки з підстилками з тканини або шкіри. Ліжко виконувало лише функцію «місця для лежання» і майже не мало лікувального значення. Більше переймалися структурою розташування пацієнтів (палатний та галерейний (бараковий, коридорний) типи).

У середньовіччі ліжка використовувалися переважно в монастирських лікарнях. Вони загалом були дерев'яні з солом'яними матрацами. У цей період медицина ще не достатньо розвинена: гігієнічних норм не існувало, і звісно ж, їх не дотримувалися. Основна проблема такого ліжка, це те, що воно було додатковим джерелом інфекції, де велика кількість пацієнтів в одній кімнаті та



Малюнок 1. Госпіталь, Німеччина, 1682р

погана вентиляція.

Розвиток лікарень як спеціалізованих медичних установ у 18-19 століттях став важливим етапом розвитку медичних ліжок, поява металевих конструкцій зумовила покращення умов гігієни, тобто:

- їх було легше мити та дезінфікувати;
- вони були більш міцними і довговічними [1, 2, 3].

А от на початку XX століття з'являються перші функціональні ліжка, ще не зовсім такі як тепер. Їх перевагою стає механічне регулювання положення [6, 8].

Саме в цей період починає активно використовуватись позиційна терапія. У другій половині XX століття розвиток медичних технологій значно вплинув на конструкцію медичних ліжок, з'явилися:

- електричні ліжка;
- антипролежневі матраци;
- бокові захисні огорожі;
- колеса [3, 4, 5, 9].

Значно полегшилась робота медичного персоналу із пацієнтом.

Сучасні хірургічні ліжка – це складні технічні системи [6]. Вони мають:

- електронне управління;
- можливість повного регулювання положення тіла;
- функції моніторингу стану пацієнта [2, 6, 8, 9].

Додаткові можливості:

- інтеграція з медичним обладнанням;
- автоматичні режими положення («готові позиції»);
- функція зважування пацієнта [2, 6].

У хірургії медичні ліжка можна розділити на дві групи. Перша група – це медичні ліжка з додатковими можливостями для профільних пацієнтів у відділеннях:

- реанімаційні (для тяжких станів);
- ортопедичні (для травм і переломів);
- для опікових хворих;

- ліжка з функцією автоматичного перевертання [2, 6, 7].

Друга група – це ліжка, які називають хірургічним столом або кріслом, так склалось історично, що це були звичайні (побутові) столи та крісла.

Вибір «хірургічного столу» чи «крісла» залежить від:

- виду захворювання;
- стану пацієнта;
- необхідного рівня медичного контролю (та догляду) [6, 7, 10].



Малюнок 2. Ліжко-стіл з екстракцією кінцівок

Сучасний хірургічний стіл – це високотехнологічний пристрій – функціональне ліжко, яке має величезні переваги та певні недоліки. Серед недоліків: висока вартість та технологічне обслуговування, енергозалежність, необхідність навчання. Але усе це перекидає фантастична функціональність [6].

**Висновки.** Отже, розвиток хірургічних медичних ліжок пройшли довгий шлях від простих дерев'яних лежаків до сучасних автоматизованих систем.

Сучасні ліжка:

- підвищують ефективність лікування;
- забезпечують комфорт пацієнта;
- полегшують роботу медперсоналу [2, 6, 7, 8, 9, 10].

А у хірургії вони є невід'ємною складовою комплексного лікування та успішного одужання [6, 7]. Необхідно також приділити увагу історичному аспекту вдосконалення медичних ліжок щодо історії медицини у сучасній українській науково-публіцистичній літературі.

### Список літератури:

1. Appleby J. The hospital bed: on its way out? BMJ 2013; 346 :f1563 doi:10.1136/bmj.f1563 <https://www.bmj.com/content/346/bmj.f1563>.
2. Arnold-Forster A, Bates V. Care and Crisis: Making Beds in the National Health Service. Journal of British Studies. 2024;63(2):349-371. doi:10.1017/jbr.2023.138 <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of->

[british-studies/article/care-and-crisis-making-beds-in-the-national-health-service/2F6508377A74EAF036D078133B8D7D89](https://www.british-studies/article/care-and-crisis-making-beds-in-the-national-health-service/2F6508377A74EAF036D078133B8D7D89).

3. Bouchet A. Petite histoire du lit d'hôpital [Brief history of the hospital bed]. *Ann Chir.* 1999;53(1):81-4. French. PMID: 10083677. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10083677/>.

4. From Modern Push-Button Hospital-beds to 20th Century Mechatronic Beds: A Review /Journal of Physics: Conference Series, Volume 705, 20th Argentinean Bioengineering Society Congress, SABI 2015 (XX Congreso Argentino de Bioingeniería y IX Jornadas de Ingeniería Clínica)28–30 October 2015, San Nicolás de los Arroyos, Argentina. I Gherzi et al 2016 J. Phys.: Conf. Ser. 705 012054. DOI 10.1088/1742-6596/705/1/012054. <https://iopscience.iop.org/article/10.1088/1742-6596/705/1/012054/pdf>.

5. John Lister (1952). The Use of Hospital Beds. *New England Journal of Medicine* 1952-12-25 247(26): 1048-1049. 10.1056/NEJM195212252472615 [doi] <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM195212252472615>.

6. Hulay, V. & Starka, V. (2022). Health Care System Transformation of the Population of the Western Regions of Ukraine (1939 – 1941): the Soviet Historiographical Myths and Modern Interpretation of Archival Sources. *Skhidnoievropeiskyi istorychnyi visnyk* [East European Historical Bulletin], 23, 123–132. doi: 10.24919/2519-058X.23.258967.

7. John Mosley (2025) Surgical hospital beds. *The Bulletin of the Royal College of Surgeons of England* January 2025 107(1):9 10.1308/rcsbull.2025.7. <https://publishing.rcseng.ac.uk/doi/full/10.1308/rcsbull.2025.7>.

8. Matus-Lopez, Mauricio, and Paloma Fernández Pérez. 2023. “Transformations in Latin American Healthcare: A Retrospective Analysis of Hospital Beds, Medical Doctors, and Nurses from 1960 to 2022”. *Journal of Evolutionary Studies in Business* 8 (2):248-88. <https://doi.org/10.1344/jesb2023.8.2.42709>.

9. Minca, D. (2020). Development of a Methodology for Hospital Beds Planning according to Population and Morbidity. *Acta Medica Transilvanica*. <https://doi.org/10.2478/AMTSB-2020-0018>

10. The History of the Hospital Beds and Their Development (2019)  
<https://www.medplushealth.ca/blog/the-history-of-the-hospital-beds-and-their-development/>.

*Денис Грабець, 162 групи*

## **ВПЛИВ УЛЬТРАФІОЛЕТОВОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ КВАРЦОВОЇ ЛАМПИ НА ЯКІСТЬ ПОВЕРХОНЬ: ВІЗУАЛІЗАЦІЯ І ДЕЗІНФЕКЦІЯ.**

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів природничо-математичних дисциплін, фізичного виховання та захисту України

*Керівник роботи:* викладач фізики та астрономії Дряпак Н.Б..

**Вступ.** Узимку 1801 році Йоганн Ріттер виконав серію експериментів, які стали основою для відкриття ультрафіолетового випромінювання. Ріттер досліджував спектр Сонця і помітив, що за фіолетовою частиною спектра є невидиме випромінювання, яке сильніше за фіолетове і впливає на хімічні реакції. Так він довів існування УФ-випромінювання.



**Мета дослідження.** Дослідити ефективність ультрафіолетового випромінювання для виявлення його бактерицидної дії на різних типах поверхонь (метал, пластмаса і дерево) із застосуванням флуоресцентного порошку та порівняти результати.

**Матеріали і методи дослідження:**

- ультрафіолетова лампа;
- флуоресцентний порошок;

- зразки поверхонь: метал, дерево, пластмаса;
- рукавички;
- серветки або ватні диски;
- темне приміщення (для кращого спостереження);

*Підготовчий етап:*

Підготували зразки поверхонь (метал, дерево, пластмаса), очистили їх від видимих забруднень та висушили.

*Нанесення індикатора:*

На кожну поверхню рівномірно нанесли невелику кількість флуоресцентного порошку, що імітує мікрозабруднення.

*Створення умов експерименту:*

Зразки розмістили у затемненому приміщенні для забезпечення кращої видимості флуоресценції.

*Опромінення ультрафіолетом:*

Кожну поверхню освітлювали ультрафіолетовою лампою протягом однакового часу.

*Спостереження та фіксація результатів:*

Оцінювали інтенсивність світіння флуоресцентного порошку на різних поверхнях та фіксували отримані результати.

*Порівняльний аналіз:*

Порівнювали ступінь бактерицидної дії на металі, дереві та пластмасі, робили висновки щодо ефективності методу.



**Результати дослідження та обговорення.** УФ-випромінювання – це частина електромагнітного спектру з довжиною хвилі від 10-400 нанометрів, знаходиться між фіолетовим світлом і рентгенівськими променями, є невидимими для людського ока, але воно впливає на шкіру, очі та

живі організми. У медицині УФ-випромінювання має широкий спектр використання, а саме:



• у терапії – для лікування артритів різної етіології, запальних захворювань органів дихання, бронхіальної астми;

• у хірургії – для лікування гнійних ран та виразок, пролежнів, опіків та обморожень, гнійних запальних уражень шкіри та підкірної клітковини та ін.;

• у неврології – для лікування гострого больового синдрому, при патології периферичного відділу нервової системи, розсіяного склерозу, паркінсонізму та гіпертензійного синдрому;

• у стоматології – для лікування афтозних стоматитів, пародонтозу, гінгівітів, інфільтратів після видалення зубів;

• у ЛОР практиці – для лікування ринітів, тонзилітів, гайморитів;

• у педіатрії – для лікування маститів у новонароджених, пневмонії.

• у дерматології – для лікування псоріазу, екземи, піодермії та інші.

Основна функція, яку виконує УФВ – це бактерицидна дія, яка широко застосовується у медицині за допомогою УФ лампи. Бактерицидне

застосування УФ лампи припадає на початок ХХ

століття. Спочатку використовували газорозрядні

лампи? А у 1910-х роках Німеччина і США почали

створювати побутові та медичні бактерицидні

лампи, ці лампи називали «кварцовими». У 1903-

1910 роках були проведені перші дослідження з УФ

лампами на повітрі, воді та різних поверхнях. За статистичними даними вчених можна зробити такий висновок:

## У СТОМАТОЛОГІЇ



- у повітрі бактерицидна дія є максимальною у відсотках: 90-99%;

- у воді бактерицидна дія є гіршою через мутність води, тому: 70-90%;

- у металі дія є високою: 90-95%;

- пластмаса-ефективність середня залежить від текстури: 70-85%;



- дерево – поверхня пориста, бактерії ховаються, тому дія слабка: 50-70%.

Зацікавившись бактерицидною дією УФ випромінювання, учасники гуртка експериментально перевірили, чи справді УФ лампа діє по-різному на різні поверхні. Для досліду були взяті метал, дерево і пластмаса. На кожну поверхню нанесли флуорисцентний порошок (який світиться під дією УФ випромінювання) і провели дослід. Результати експерименту збіглися з даними вчених. Протягом 15 хв дія УФ на металеву поверхню була найбільш



ефективною, оскільки результати дослідження вказують на зміну яскравості досліджуваного матеріалу – (флуорисцентного порошку на даних зображеннях). На пластмасовій поверхні результати дослідження вказують, що ефективність дії УФ має

середню залежність, тобто яскравість знизилась приблизно на 50% від вихідного показника. На дерев'яній поверхні суттєвих змін не відбулося, це і підтверджує дослідження, яке було проведено вченими, що дерево – поверхня пориста, бактерії ховаються, тому дія слабка.

При роботі з УФ лампою гуртківці дотримувалися всіх правил техніки безпеки, що передбачені для роботи з кварцовими лампами. Оскільки кварцові лампи часто застосовуються у нашому навчальному закладі, ми хочемо нагадати усім присутнім правила техніки безпеки під час роботи з УФ лампою у кабінеті.

1. Не заходити у кабінет під час роботи лампи (пряме перебування шкідливе для шкіри і очей).

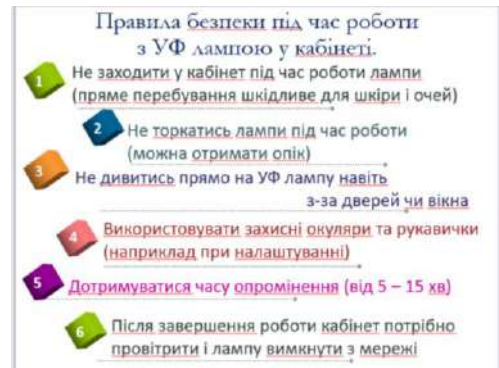
2. Не торкатись лампи під час роботи (можна отримати опік).

3. Не дивитись прямо на УФ лампу навіть з-за дверей чи вікна.

4. Використовувати захисні окуляри та рукавички (наприклад при налаштуванні).

5. Дотримуватися часу опромінення (від 5 – 15 хв).

6. Після завершення роботи кабінет потрібно провітрити і лампу вимкнути з мережі.



**Висновок.** На основі проведеного опитування та дослідження гуртківці переконалися, що бактерицидна дія УФ лампи різниться на різних поверхнях. Результати збігаються із статистичними даними і підтверджуються фотознімками експерименту.

#### Список літератури:

1. Основи медичної фізики: підручник для студентів медичних закладів освіти.

2. Фізика (рівень стандарту): підручник для 10–11 класів.

3. Медична біологія: підручник для студентів.

4. Основи мікробіології та імунології.

5. Санітарія та гігієна: навчальний посібник.

6. Матеріали з теми «Ультрафіолетове випромінювання та його бактерицидна дія» (інтернет-джерела).

7. Інтернет-ресурси:

<https://uk.wikipedia.org>

<https://moz.gov.ua>

<https://www.who.int>

## ФІЗИКА ПРОТИ КУРІННЯ.

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів природничо-математичних дисциплін, фізичного виховання та захисту України

Керівник роботи: голова циклової комісії природничо-математичних дисциплін, викладач фізики Ірха О.М.

**Вступ.** Електронні сигарети – це загальний термін, що об'єднує в собі широке коло новітніх пристроїв для куріння, які працюють за принципом нагрівання тютюну чи рідини з утворенням аерозолі, пари. Їх швидке розповсюдження світом викликає обґрунтоване занепокоєння з боку медичної спільноти, особливо серед науковців, що опікуються громадським здоров'ям.



Дослідники вивчали, як куріння впливає на клітини людського організму. Вони виявили наступне:

коли люди курять звичайні сигарети, це

викликає зміни в клітинах по всьому організму;

- деякі з цих змін у клітинах є тимчасовими і можуть зникнути, якщо людина кине палити;
- коли люди використовують електронні сигарети (вейпи), в їхніх клітинах відбуваються схожі зміни.

Зміни, про які йдеться, пов'язані з молекулами ДНК всередині клітин.

ДНК містить інструкції для роботи клітин. Куріння може впливати на ці інструкції, трохи їх змінюючи. Це свідчить, що звички впливають на клітини



всього організму, а не лише на легені.

**Мета.** Члени фізичного гуртка, опрацювавши літературу та матеріали інтернету, з'ясували фізичне обґрунтування процесів, що відбуваються в організмі курця і навколо нього та вирішили

пропагувати здоровий спосіб життя. Не секрет, що проблема куріння студентів існує і в нашому коледжі. Хочемо звернути вашу увагу на куріння з точки зору фізики, знаючи фізичні закони, пояснити шкоду куріння, виявилось просто.



### Матеріали та методи дослідження.

1. Завдяки дифузії тютюновий дим та дим від вейпу змішується з повітрям і проникає всюди: в одяг, волосся, легкі, тканини організму, кров, лімфу, мозок, розсіюється в приміщенні. Тому розпізнати курця на запах дуже легко.

2. Зубна емаль руйнується при зміні температури внаслідок теплового розширення. Температура диму на 35 °C вище за температуру повітря, що поступає в рот при курінні, що викликає у роті досить різкий перепад температур. Під час куріння однієї сигарети відбувається 15 -20 таких перепадів. Внаслідок цього зубна емаль тріскає. І у людей, які курять, зуби руйнуються швидше.



3. Виявляється, що в газовій фракції тютюнового диму знаходиться дьоготь, який при охолодженні переходить в рідкий стан, тобто конденсується. При цьому він осідає на пальцях рук, зубах, стінках повітряних

шляхів, легенях, потрапляє до шлунка.

4. Явище дифузії і випаровування супроводжують і процес куріння вейпу: основні інгредієнти рідин, що використовують у вейпах – пропіленгліколь та гліцерин забезпечують смакові властивості й інтенсивне випаровування, але

дослідження свідчать про їхню токсичність, токоферол може викликати подразнення при вдиханні, а ацетальдегід і формальдегід є канцерогенними.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Щоб з'ясувати, що відомо студентам про шкідливі звички та небезпеку куріння, гуртківці провели анкетування. До досліджень залучались 118 студентів.

Пропонуємо ознайомитись із результатами опитування. На запитання: «На вашу думку, електронні сигарети та вейпи менш шкідливі ніж звичайні сигарети?» 71% респондентів дали схвальну



відповідь. Проте що куріння заспокоює і рятує від стресів вважають 64% опитуваних. Не існує жодної позитивної причини курити переконані 92% респондентів. 72% опитуваних вважають, що найпоширеніша причина, з якої починають курити – вплив оточення. На запитання: «Що на ваш погляд може зменшити динаміку куріння серед підлітків та молоді?» респондентам пропонувалось висловити власну думку. І ось такі найпоширеніші ідеї: суворя заборона продажу вейпів і цигарок до 18 років, пропаганда здорового способу життя та заміна куріння власним хобі.



**Висновок.** Студенти коледжу обізнані із проблеми куріння серед молоді і більшість усвідомлює шкідливі наслідки. Але, на жаль, незначний відсоток респондентів продемонстрували байдуже, легковажне ставлення до проблеми, вважаючи, що кинути курити легко і просто. Зважаючи на цей факт, гуртківці розробили рекомендації для тих, хто хоче кинути курити.

### **Рекомендації для тих, хто хоче кинути курити.**

*1. Призначте дату відмови.*

Виберіть день протягом найближчих двох тижнів – це допоможе налаштуватись і не відкладати рішення.

## 2. Повідомте близьким і друзям.

Вас підтримуватимуть – це важливо. Також попросіть друзів і рідних, які курять, не створювати для вас спокус.

## 3. Визначте мотивацію.

За кожну некуплену пачку я заощаджу мінімум 100 грн. За місяць назбирається 3000 та зможу купити собі нові кросівки, квитки на концерт, більше задонатити на ЗСУ тощо.

## 4. Приберіть усе, що стосується куріння.

Викиньте сигарети, сховайте запальнички та попільнички. Очистьте простір, виперіть речі, які пахнуть тютюном.

## 5. Винагороджуйте себе за досягнення.

Даруйте собі приємності за те, за що тримаєтесь: похід у кіно, нову книгу чи іншу винагороду.

## 6. Просіть про допомогу — це не соромно.

Є мобільні додатки, консультації лікарів, психологів, групи підтримки. Ви не самі. Звертатись за допомогою, щоб подолати залежність, – це нормально.

Кинути курити може кожен, незалежно від стажу курця. Комусь це вдається з першого разу, іншим потрібно більше зусиль. Головне не припиняти, адже з кожною спробою ви наближаєтеся до повної відмови.



## Список літератури:

- 1.Боечко В.Ф. Деякі теоретичні аспекти медичної і біологічної фізики/ Боечко В.Ф – Чернівці 1995 рік. - 237 с.
2. Безпека життєдіяльності / під ред. Я. Бедрія, - Львів: Афіша, 1998 512 с.
- 3.В.С.Джигирей Екологія та охорона навколишнього природного середовища: навч. посіб. – 4-те вид., – К. Знання, 2009 - 205 с.

## КУЛЯ В МЕДИЦИНІ: ВІД АНАТОМІЇ ДО ТЕХНОЛОГІЙ

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів природничо-математичних дисциплін, фізичного виховання та захисту України

Керівник роботи: викладач математики Оліярник Л.С.

### Геометрична досконалість кулі



**Вступ.** Актуальність теми полягає в тому, що сферичні форми широко представлені як у будові організму людини, так і в сучасній медицині. Її вивчення допомагає краще зрозуміти функціонування органів і сприяє розвитку сучасних методів лікування.

**Мета.** Дослідити застосування сферичних форм у медицині, розглянути поняття кулі та її властивості, проаналізувати сферичні структури в організмі людини. Дослідити застосування кулі в медицині, з'ясувати переваги сферичної форми.

**Матеріали та методи.** Логічний, проблемний, вивчення матеріалів та публікацій, пов'язаних з науковим доробком вчених.

**Об'єкт дослідження** – геометричні форми в медицині.

**Предмет дослідження** – куля (сфера) та її роль в медичній практиці.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Куля – це геометричне тіло, утворене обертанням півкруга навколо свого діаметра, або це геометричне тіло, що складається з усіх точок простору, які знаходяться на відстані не більше заданої (радіуса) від центра.

*Основні властивості та поняття кулі:*

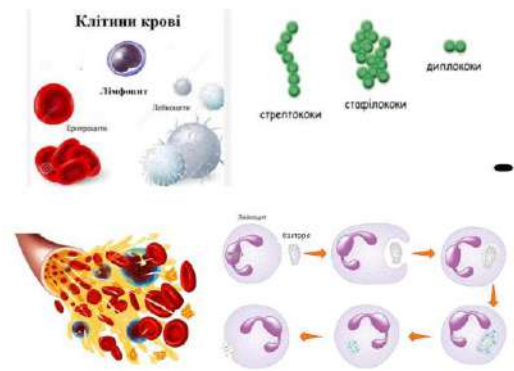
- всі точки поверхні знаходяться на однаковій відстані від центра. Її поверхня (сфера) є геометричним місцем точок, рівновіддалених від центру;

- куля симетрична відносно будь-якої прямої, що проходить через її центр (осі симетрії), та будь-якої площини, що проходить через центр (площини симетрії);
- куля не має ребер або вершин;
- має мінімальну площу поверхні при заданому об'ємі.

Ці властивості пояснюють, чому саме сферична форма часто зустрічається в живих організмах і використовується в медицині.

Гуртківців зацікавило питання, які клітини, органи та структури в організмі людини мають кулясту форму. Організм людини складається з великої кількості клітин, які мають різну форму. Форма клітин безпосередньо пов'язана з її функцією. Деякі клітини мають кулясту форму, інші – плоску, циліндричну або неправильну.

Найпоширенішими і найважливішими є кулясті клітини (еритроцити, лімфоцити, лейкоцити), оскільки вони присутні у всьому організмі; постійно циркулюють у крові; виконують життєві функції. Куляста форма забезпечує активне самостійне переміщення клітин у рідинах, захист організму та транспортування речовин.

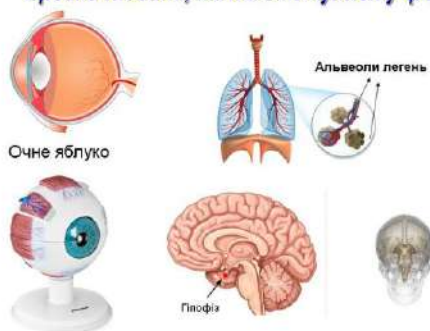


Серед мікроорганізмів важливе місце займають бактерії кулястої форми – коки. Вони поділяються на стафілококи, стрептококи, диплококи. Ці бактерії є збудниками багатьох захворювань, таких як: ангіна, пневмонія, сепсис.

Клітини імунної системи (лейкоцити) також мають кулясту форму, тому завдяки такій формі вони легко оточують бактерію (кок) з усіх боків і поглинають її. У тілі людини існує багато структур, які мають сферичну або наближену до неї форму, що дозволяє їм ефективно взаємодіяти з навколишнім середовищем і рівномірно розподіляти внутрішній тиск.

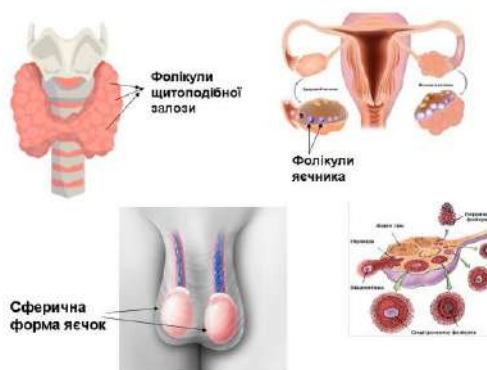
Окрім клітин, є велика кількість органів, що мають кулясту форму. **Очне яблуко** є класичним прикладом сферичної структури. Його форма забезпечує точне спрямування світлових променів та формування зображення на сітківці.

Подібну форму мають також **альвеоли легень** – дрібні повітряні міхурці, стінки яких забезпечують швидкий газообмін завдяки максимальній площі поверхні.



Серед органів ендокринної системи варто відзначити **гіпофіз**, який має округлої форми тіло. Округла форма гіпофізу забезпечує йому ефективну роботу, хороше кровопостачання, захист і точне регулювання гормональних процесів в організмі.

Прикладом сферичних структур є **фолікули щитоподібної залози**, які являють собою замкнені утворення, заповнені колоїдом. Куляста форма дозволяє накопичувати, зберігати та рівномірно виділяти гормони, що є важливим для регуляції обміну речовин в організмі.



Серед репродуктивних органів варто відзначити **фолікули яєчника**, сферична форма сприяє однаковому надходженню поживних речовин і кисню з усіх боків, що дуже важливо для дозрівання яйцеклітини, а також сприяє успішному процесу овуляції.

**Яєчка** також мають форму, наближену до сферичної, що забезпечує рівномірне розміщення структурних компонентів та ефективний перебіг сперматогенезу.

Куляста форма притаманна і деяким анатомічним елементам опорно-рухового апарату, зокрема суглобовим головкам кісток, наприклад, **головці плечової та стегнової кістки**, що забезпечує велику амплітуду рухів у суглобах. Подібну форму мають також **головки п'ясткових кісток і фаланг пальців**, які є важливими компонентами суглобів кисті та забезпечують точні й різноманітні рухи пальців.



До структур із подібною морфологією належить також **горохоподібна кістка зап'ястка**. Вона має округлу, майже кулясту форму, що забезпечує рухливість, міцність, захист сухожиль і ефективну роботу м'язів кисті.

Отже, куляста форма клітин та органів і їхніх структур є домінуючою в організмі людини.

Дана форма широко використовується в медицині і для створення певних

#### Геометрична форма кулі в офтальмології



приладів.

В офтальмологічному обладнанні геометрична форма кулі постає як абсолютно незамінний інструмент для проведення об'єктивної перевірки зору пацієнта. Прикладом є периметр Гольдмана – це класичний офтальмологічний прилад для

визначення меж поля зору, що являє собою білу порожнисту півсферу, перед якою пацієнт фіксує погляд.

Чому ж куля зручна? Ми прийшли до висновку:

- куля рівномірно розсіює світло;
- не має напрямку;
- відповідає формі ока;
- забезпечує точність вимірювань.

#### Геометрична форма кулі в травматології та ортопедії



(ендопротезування кульшового суглоба)

У сучасній практичній травматології та ортопедії геометрична форма кулі виступає фундаментальною основою для повноцінного відновлення функцій пошкодженої опорно-рухової системи людини. Найбільш поширеним прикладом такої реалізації є складне ендопротезування кульшового суглоба. Головним елементом цієї системи є високотехнологічна металева або керамічна куля, яка бере на себе основне кінематичне навантаження.

Кулястий шарнір є фактично єдиною конструкцією, що здатна забезпечити пацієнту необхідні три ступені свободи руху в просторі. Це дозволяє людині після операції знову вільно й природно ходити, безперешкодно виконувати повороти тулуба та згинати ногу під різними

кутами. Оскільки куля не має жодних гострих кутів, виступів чи нерівностей, то механічне навантаження під час активної ходьби або стояння розподіляється по всій її контактній площі абсолютно рівномірно.

Така фізична властивість кулястої поверхні є важливою, оскільки вона запобігає передчасному і швидкому зносу компонентів протеза та мінімізує ризик подальшого пошкодження живої кісткової тканини в місці кріплення.

Аналогічний принцип використовується в кардіохірургії. У кардіохірургічній практиці для заміни критично пошкоджених природних клапанів серця з надзвичайною ефективністю застосовувався спеціалізований механічний протез кулястого типу.



Сферична форма широко використовується у фармації. Багато лікарських препаратів, таких як капсули, таблетки, наночастинки, мікрокапсули мають округлу або сферичну форму. Це полегшує їх ковтання та сприяє рівномірному розчиненню організмі, дозволяє краще контролювати дозування лікарської речовини.



В

У сучасній фармакології сьогодні активно впроваджуються інноваційні методи адресної доставки терапевтичних препаратів за допомогою наночастинок – порожнистих кульок, які вміщують всередині свого об'єму діючу речовину. Вони захищають ліки від передчасного розпаду в агресивному середовищі організму. Сферична форма не травмує стінки судин та капілярів.



Багато лікарських ягід мають кулясту форму. Вона не випадкова. Така форма допомагає плодам краще зберігатися, захищати насіння та ефективно розмножуватись та накопичувати корисні речовини. Прикладом є шипшина, смородина, чорниця, калина звичайна та інші.

Деякі лікарські рослини мають кулясту форму суцвіть чи плодів. Це

#### Лікарські рослини кулястої форми



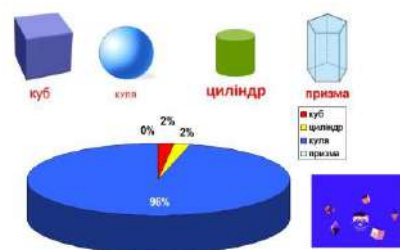
кульбаба лікарська, цибуля лікарська та харчова, конюшина, ехінацея пурпурова та інші. Така форма не лише красива, а й корисна для поширення насіння, захисту та ефективного розмноження.

Для нас дуже важливо розуміти практичне значення теоретичних знань для пояснення процесів у живому організмі. За допомогою опитувальника у Google Формі ми дослідили думку студентів коледжу про роль кулі у медицині.

І результати виявилися надзвичайно цікавими!

#### Яке геометричне тіло має найменшу площу поверхні при однаковому об'ємі?

96% студентів дали правильну відповідь на дане запитання. Але що цікаво, 2% студентів асоціюють площу поверхні при однаковому об'ємі з циліндром та кубом. Це доводить, що навіть інтуїтивно ми сприймаємо кулю не лише як математичне поняття, а як важливий елемент професійної діяльності.

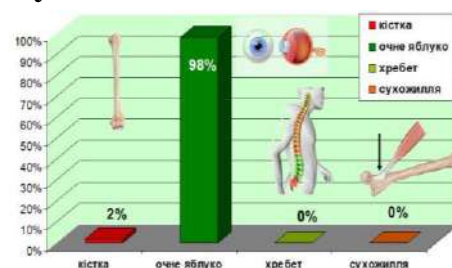


#### Яка клітина організму людини має кулясту форму?

96% назвали лімфоцит; 4% – нейрон.

#### Яка з наведених структур має форму, близьку до кулі?

98% назвали очне яблуко, а 2% – що це кістка.



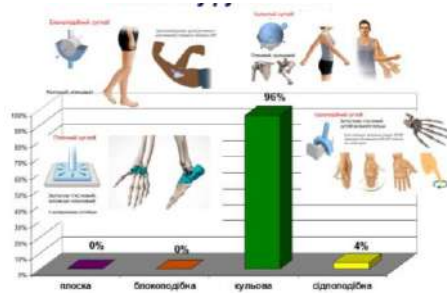
#### Як називаються бактерії кулястої форми?

86 % знають, що це коки, 8% думають, що це бацили, а 4% - вібріони.

#### Яка функція кулястої форми альвеол легень?

92% відповіли, що функція кулястої форми альвеол легень для збільшення площі газообміну, 4% – для передачі нервових імпульсів, і по 2% – для захисту від бактерій та скорочення м'язів.

### Яка форма суглоба забезпечує найбільшу рухливість?



96 % студентів відповіли правильно – кульова форма суглоба, 4 % – сідлоподібна.

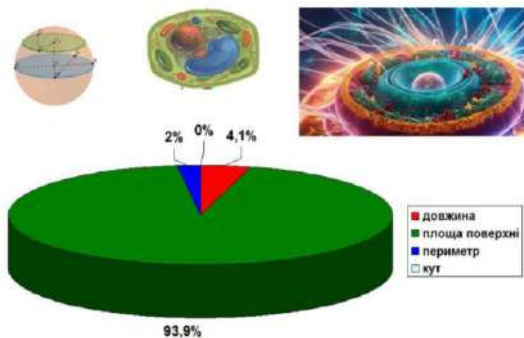
### Яка математична властивість кулі є важливою для біології?

90 % – найменша площа при даному об'ємі, 8% – відсутність об'єму, 2 % – велика площа поверхні.

### Для чого використовується сферична формула капсул?

96% для зручності ковтання і рівномірного розчинення, 4% для збільшення ваги.

### Яка математична величина важлива для опису обміну речовин у клітині?



93,9% студентів відповіли, що площа поверхні важлива для опису обміну речовин клітин, 4,1 % – довжина, 2% – периметр.

### Що забезпечує куляста форма клітин крові?

83,7% відповіли вірно, що куляста форма клітин крові забезпечує кращий транспорт речовин, 12,2% – зменшення об'єму, 4,1% – збільшення об'єму.

**Висновок.** Вивчення застосування кулястих об'єктів у медицині демонструє, що вибір саме цієї форми ніколи не є випадковим, а завжди ґрунтується на законах природи, математики, фізики. Тому широко використовується на всіх рівнях організації живого – від мікроорганізмів до складних органів і сучасних технологій.



Бажаю, щоб студенти і надалі відкривали для себе зв'язок між геометрією та живою природою, адже навіть така проста форма, як куля, може мати велике значення для життя і здоров'я людини.

Нехай наука розвивається, а знання приносять користь і здоров'я кожному!

### **Список літератури:**

1. Анатомія та фізіологія з патологією / За ред. Я. І. Федонюка, Л.С. Білика, Н.Х. Микули. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – 680 с.
2. Математика. Алгебра і початки аналізу та геометрія: рівень стандарту: підручн. для 11 кл. закладів загальної середньої освіти / А.Г. Мерзляк, Д.А. Номіровський, В.Б. Полонський та ін. – Х. : Гімназія, 2019. – 208с. : іл.
3. Антонов В. Ф. Фізика та біофізика: підручник для медичних закладів. – К.: Здоров'я, 2018. – (Розділ: Геометрія в основі біомеханіки штучних суглобів та клапанів).
4. Григор'єв А. П. Променева терапія та радіохірургія: інноваційні методи фокусування енергії в установках типу «Гамма-ніж». – Львів: Світ, 2020.
5. Ковальчук О. С. Матеріалознавство в ортопедії: використання металевих та керамічних кулястих компонентів у протезуванні кульшового суглоба. – Харків: Прапор, 2019.
6. Методичні вказівки до використання периметра Гольдмана у діагностиці офтальмологічних патологій / під ред. професора Сидоренка М. В. – Одеса, 2021.
7. Наномедицина та фармакологія: застосування мікроскопічних порожнистих кульок для адресної доставки лікарських речовин. Огляд сучасних досліджень. – К.: Наукова думка, 2022.
8. Петренко В. І. Серцево-судинна хірургія: еволюція механічних клапанів серця від кулястих конструкцій до сучасних моделей. – Дніпро: Медицина, 2017.
9. Технічна документація до лабораторних аналізаторів: використання магнітних кульок мікронного розміру в імунохімічних дослідженнях. – Roche Diagnostics, 2023.

## ВПЛИВ ГАДЖЕТІВ НА ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ СТУДЕНТІВ КОЛЕДЖУ

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів природничо-наукової підготовки

*Керівник роботи:* голова циклової комісії, викладач анатомії Солоденко Т.А.

У сучасному світі гаджети (смартфони, планшети, ноутбуки) стали невід'ємною частиною життя студентів. Вони використовуються як для



навчання, так і для відпочинку. Проте надмірне або неправильне використання може негативно впливати на працездатність, концентрацію уваги та здоров'я.

Гаджети мають як позитивний, так і негативний вплив. Позитивний вплив – це швидкий доступ до інформації, можливість онлайн - навчання, використання навчальних додатків та зручність комунікації. Але є і негативний вплив: зниження концентрації уваги, залежність від соціальних мереж, перевтома та порушення сну, погіршення зору. Актуальність теми полягає в тому, що студенти часто поєднують навчання з активним користуванням гаджетами, що може як допомагати, так і заважати їхній продуктивності.

**Метою** даної роботи було дослідити, як використання гаджетів впливає на ефективність виконання навчальних завдань.

### **Матеріали і методи дослідження**

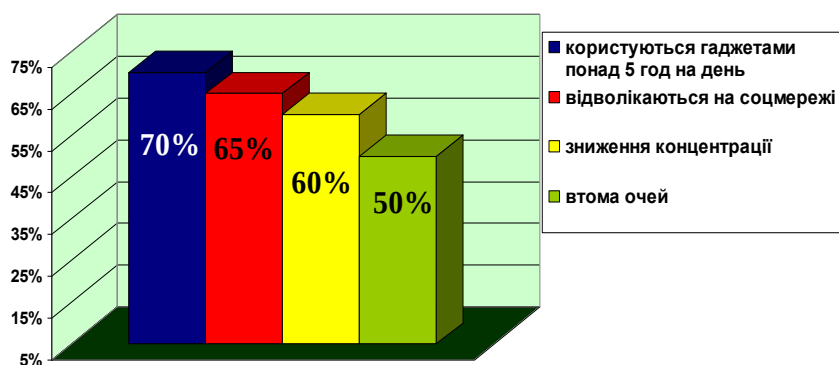
Для досягнення мети гуртківці поставили такі завдання: проаналізувати роль гаджетів у навчальному процесі, визначити їхні переваги та недоліки, провести анкетування серед студентів та оцінити вплив гаджетів на концентрацію уваги і продуктивність роботи та надати рекомендації щодо ефективного їх використання.

Основним методом дослідження стало анкетування студентів та експеримент. У дослідженні взяли участь 38 студентів II курсу ОПП «Лікувальна справа».

За результатами опитування встановлено, що 70% студентів користуються гаджетами понад 5 годин на день, 65% відволікаються на соціальні мережі під час навчання, 60% відзначають зниження концентрації, а 50% скаржаться на втому очей. Це свідчить про значний вплив гаджетів на навчальну діяльність.

Також був проведений експеримент. Спочатку студенти виконували математичні завдання, після чого протягом 30 хвилин користувалися телефоном, а далі виконували аналогічні завдання іншого варіанта. Завдання були однакової складності.

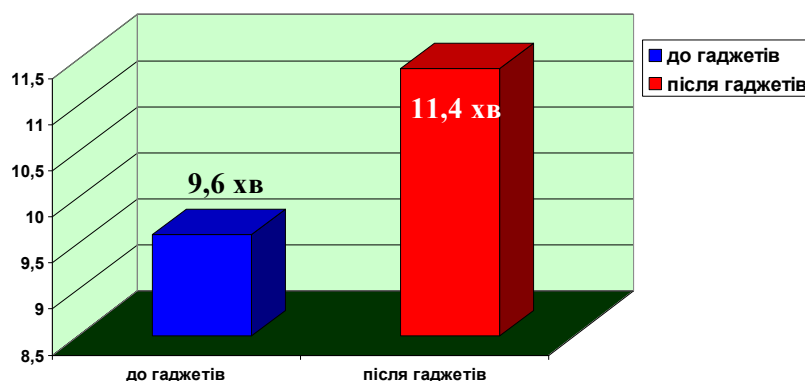
### Результати дослідження та їх обговорення



За результатами опитування встановлено, що 70% студентів користуються гаджетами понад 5 годин на день, 65% відволікаються на соціальні мережі під час

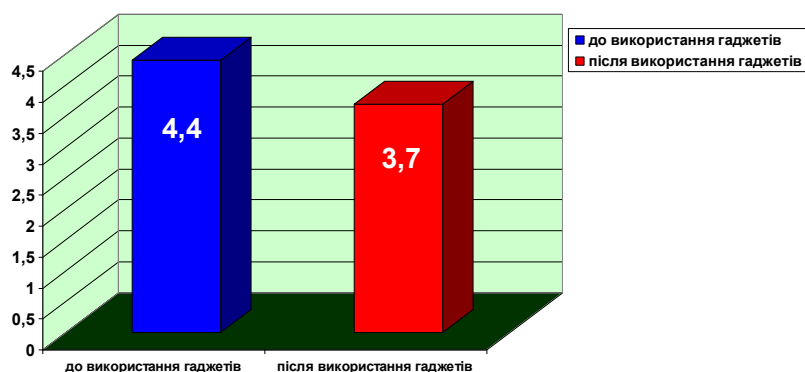
навчання, 60% відзначають зниження концентрації, а 50% скаржаться на втому очей. Це свідчить про значний вплив гаджетів на навчальну діяльність.

У ході експерименту було встановлено, що після використання гаджетів середній час виконання завдань зріс майже на 2 хвилини (з 9,6 до 11,4 хвилини). Це свідчить



про зниження швидкості мислення після використання гаджетів.

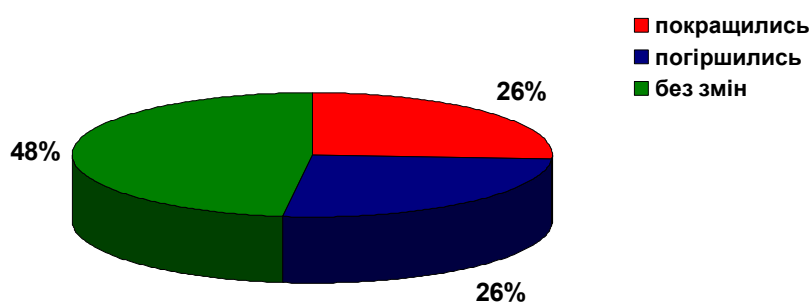
Спостерігалася тенденція до зменшення кількості правильних відповідей після використання гаджетів (з 4,4 до 3,7). Кількість помилок при цьому зросла



з 3 до 5, що вказує на зниження працездатності, концентрації уваги та точності виконання завдань. У ході експерименту було встановлено, що після

використання гаджетів студенти працювали повільніше; частіше допускали помилки, особливо в обчисленнях; знизилася концентрація уваги; частина студентів частіше відволікалася.

Окрім того, ми проаналізували розподіл результатів серед студентів після проведеного дослідження.



Виявилося, що у 26% студентів результати погіршилися, у 48% – залишилися без змін, і лише у 26% – покращилися.

Це наочно демонструє, що вплив гаджетів є неоднозначним, однак у частини студентів спостерігається негативна тенденція.

## Висновки

Таким чином, після використання гаджетів знижується концентрація уваги,



уповільнюється мислення та зменшується точність виконання завдань. Ймовірною причиною цього є інформаційне перевантаження мозку, яке

ускладнює швидке переключення на навчальну діяльність.

An open book is shown from a top-down perspective, lying flat. The pages of the book are white and feature a detailed black-and-white line drawing of a city skyline, with numerous skyscrapers of varying heights and widths. Above the book, a large, dense cloud of colorful, hand-drawn icons floats. These icons represent various business and technology concepts, including bar charts, line graphs, pie charts, lightbulbs, gears, people silhouettes, and the words 'IDEA', 'TEAM', and 'BUSINESS'. The background is a plain, light gray surface.

соціальних мереж під час навчання (наприклад, 15 хвилин), використовувати гаджети (наприклад, не вимуватись режиму сну та уникати використання

- технологій на когнітивні функції  
 2023. – №2. – С. 45–51.  
 стання електронних пристроїв у  
 ни, 2022. – 128 с.  
 України. Рекомендації щодо  
 таження при роботі з гаджетами. –  
 нів на концентрацію уваги студентів  
 2024. – №1. – С. 22–27.

## ТЕХНОЛОГІЧНА ДІЯ ЧАЮ (КАФЕЇН, ТРАВ'ЯНИЙ)

фаховий коледж  
днично-наукової підготовки  
ч біології Телій Г.М.

їв у світі та займає важливе місце н  
ь зумовлена не лише смаковими

властивостями, а й багатим хімічним складом та біологічною активністю. Чай містить велику кількість біологічно активних речовин: поліфеноли, алкалоїди, дубильні речовини, вітаміни, мінеральні елементи, органічні кислоти, які здатні позитивно впливати на організм людини.

Особливий інтерес викликає порівняння різних видів чаю – зеленого, чорного та трав'яного, оскільки вони відрізняються способом обробки, хімічним складом та фізіологічною дією. Сучасний ринок пропонує широкий асортимент чайної продукції, що актуалізує питання вибору якісного та безпечного продукту.

Дослідження хімічного складу і біологічної дії чаю має не лише теоретичне, але й практичне значення, оскільки допомагає споживачам усвідомлено підходити до вибору напою відповідно до потреб організму.

### **Мета дослідження**

Дослідити хімічний склад та біологічну дію зеленого, чорного і трав'яного чаю, визначити їхні корисні властивості, провести практичні досліді для виявлення основних компонентів чаю та сформулювати практичні рекомендації щодо вибору якісного чайного продукту.

### **Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати літературні джерела щодо хімічного складу чаю.
2. Дослідити особливості біологічної дії різних видів чаю на організм людини.
3. Провести якісні реакції для виявлення дубильних речовин та антиоксидантів у чаї.
4. Порівняти вміст кофеїну в різних видах чаю.
5. Дослідити ознаки натуральності та якості чайної продукції.
6. Узагальнити результати дослідження та сформулювати практичні рекомендації.

### **Матеріали дослідження:**

- зразки зеленого, чорного та трав'яного чаю;
- листовий чай вищого сорту;
- пакетований чай низької цінової категорії;

- трав'яний збір;
- розчин ферум (III) хлориду;
- спиртовий розчин йоду;
- лимон;
- лабораторний посуд (пробірки, склянки, піпетки);
- білий аркуш паперу для оцінки структури чайної сировини.

### Методи дослідження:

*теоретичний метод* – аналіз наукової літератури щодо хімічного складу та властивостей чаю;

*експериментальний метод* – проведення хімічних дослідів із чайними настоями;

*порівняльний метод* – зіставлення властивостей зеленого, чорного та трав'яного чаю;

*органолептичний метод* – оцінка кольору, смаку, структури та якості чайної продукції.

### Результати дослідження та їх обговорення

У ході дослідження встановлено, що зелений і чорний чай походять із однієї рослини – *Camellia sinensis*, однак відрізняються ступенем ферментації, що впливає на їхній хімічний склад та властивості.

Було встановлено, що зелений чай характеризується високим вмістом катехинів – потужних природних антиоксидантів, які сприяють нейтралізації вільних радикалів та захищають клітини організму від окисного стресу. У чорному чаї під час ферментації катехіни перетворюються на теафлавіни та



теарубігіни, які забезпечують характерний темний колір, терпкість та виражений смак напою.

Під час першого досліду після додавання ферум (III) хлориду до чайного настою спостерігалось синьо-чорне забарвлення, що підтвердило наявність дубильних речовин (танінів). Це свідчить про бактерицидні властивості чаю та його позитивний вплив на

травлення.

У другому досліді здійснено порівняння вмісту кофеїну шляхом аналізу гіркоти напою. Виявлено, що чорний чай має більш виражений гіркий смак, що може свідчити про вищу концентрацію кофеїну та його виражену тонізувальну дію.



Третій дослід підтвердив антиоксидантні властивості чаю: при додаванні йоду до настою відбулося його часткове знебарвлення, що свідчить про присутність антиоксидантів, зокрема катехинів і вітаміну С.



Також проведено оцінку якості чайної продукції. Встановлено, що якісний листовий чай повільно забарвлює холодну воду, містить цілі листочки та змінює колір при додаванні лимона. Натомість дешевий пакетований чай продемонстрував швидке забарвлення води, наявність дрібнодисперсного пилу та домішок, що може свідчити про нижчу якість сировини.

Отримані результати підтверджують, що різні види чаю мають неоднаковий вплив на організм людини та повинні обиратися відповідно до фізіологічних потреб.

## Висновки

Встановлено, що чай містить значну кількість біологічно активних речовин: поліфеноли, дубильні речовини, алкалоїди, вітаміни та мікроелементи, які визначають його корисні властивості.

Доведено, що зелений чай має виражені антиоксидантні властивості завдяки високому вмісту катехинів, чорний чай проявляє сильніший тонізувальний ефект через вищий вміст кофеїну, а трав'яні чаї характеризуються заспокійливою дією.

Якісні хімічні реакції підтвердили наявність дубильних речовин та антиоксидантів у чайних настоях.

Проведені дослідження дозволили визначити ознаки якісного чайного продукту та виявити можливі ознаки фальсифікації.

Доведено, що вибір чаю має здійснюватися відповідно до індивідуальних потреб організму та якості продукції.

Чай є не лише популярним напоєм, а й важливим джерелом біологічно активних речовин, які можуть позитивно впливати на здоров'я людини за умови правильного споживання.

### **Список літератури:**

1. Сирохман І. В., Раситюк Т. М. Товарознавство смакових товарів. – Львів: Видавництво ЛКА, 2003.
2. Чай: хімічний склад, властивості та вплив на організм людини // Вікіпедія: вільна енциклопедія.
3. Властивості та користь чаю для здоров'я // TEA4YOU – інформаційний ресурс про чай.

*Оксана Бартків, 332 група*

## **ВИКОРИСТАННЯ СОНЦЕЗАХИСНИХ ЗАСОБІВ ЯК ПРОФІЛАКТИКА РАКУ ШКІРИ: СТАВЛЕННЯ СТУДЕНТІВ**

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів природничо-наукової підготовки

*Керівник роботи:* викладач патоморфології та патофізіології Тимофій І.М.

### ***Вступ***

Травень – місяць обізнаності про рак шкіри. Це період, коли акцент зміщується з лікування на профілактику та раннє виявлення-фактори, які напряду впливають на виживання. Рак шкіри є однією з найпоширеніших онкологічних патологій у світі (5-те місце серед усіх раків за частотою). В Україні також спостерігається стабільне зростання захворюваності. Щорічно

реєструється близько 2400-3300 нових випадків меланоми шкіри. За даними міжнародних досліджень, основним етіологічним фактором його розвитку є ультрафіолетове (УФ) випромінювання, яке спричиняє пошкодження ДНК клітин шкіри та ініціює канцерогенез. Особливу небезпеку становить Меланома – агресивна форма, що характеризується високим рівнем смертності. У сучасному світі важливу роль у профілактиці відіграє раннє та регулярне використання сонцезахисних засобів (SPF), які здатні знизити ризик розвитку раку.

Студентська молодь часто піддається підвищеному впливу УФ-променів через активний спосіб життя, відпочинок на пляжі або відвідування соляріїв. Саме в цьому віці закладаються звички догляду за здоров'ям. Проте серед молоді, зокрема студентів, рівень обізнаності та регулярність використання таких засобів залишається недостатнім.

### ***Мета***

Проаналізувати літературу щодо профілактики раку шкіри, оцінити рівень знань студентів про вплив УФ-випромінювання, дослідити частоту використання сонцезахисних засобів серед студентів та оцінити рівень їх обізнаності щодо профілактики раку шкіри.

### ***Матеріали і методи***

- теоретичні (теоретичний аналіз психолого-педагогічної, педагогічної, науково-методичної літератури);
- емпіричні (опитувальні методи, анкетування студентів);
- методи обробки та інтерпретації даних.

### ***Результати дослідження та їх обговорення***

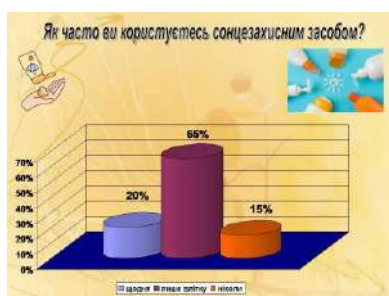
Для того щоб дослідити частоту використання сонцезахисних засобів серед студентів та оцінити рівень їх обізнаності щодо профілактики раку шкіри, було розроблено і проведено анкетування і соціологічні опитування серед студентів третього курсу (20 осіб) ОПП «Сестринська справа».

На діаграмах продемонстровано результати анкетування. Зокрема, це соціологічне опитування показало, що на питання

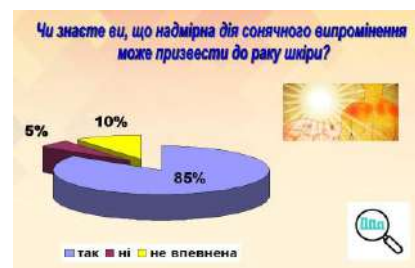
“ Як часто ви перебуваєте на сонці протягом дня?” 50% опитаних (10 студентів)



впевнений” – 5% (1 студент).



“Як часто ви користуєтесь сонцезахисним засобом?” відповідь” Лише влітку” дали 65% (13 студентів), “Щодня” – 20% (4 студенти), “ніколи” – 15% (3 студенти). На питання, “Який фактор захисту (SPF) Ви обираєте?” – 45% (9 студентів); 50, 40% (8 студентів); 30-40 % взагалі не обирають ;15% – (3 студенти).



“Чи вважаєте Ви, що сонцезахисні засоби запобігають розвитку раку шкіри?”



близько 55% ( 11 студентів) не впевнені, а 30% – відповіли “так”; “ні” –15% (3 студенти). Найчастіше захищають кремом обличчя і руки 70% ( 14 студентів); 15%- все тіло ; 15% – не використовують .

45% (9 студентів) вважають, що висока ціна сонцезахисних засобів заважає користуватися ними регулярно і 20% (4 студенти) – недостатньо поінформовані, а 35% (7 студентів) переконані, що це не потрібно.

На питання “Чи хотіли б Ви отримувати більше інформації про профілактику раку шкіри?”, 60% (12 студентів) дали відповідь так, ні-15% (3 студенти), важко сказати – 25% (5 студентів).



Отже, аналіз результатів проведеного опитування дозволяє констатувати, що хоча більшість студентів обізнані про ризики розвитку раку шкіри, рівень практичного регулярного використання сонцезахисних засобів залишається низьким.

### ***Висновки***

Проаналізувавши результати дослідження, можна зробити висновок, що основними причинами недостатнього використання сонцезахисних засобів є недостатня інформованість студентів та відсутність сформованої звички, висока ціна. Студенти часто сприймають сонцезахист як косметичний, а не профілактичний засіб. Це свідчить про необхідність проведення профілактичної роботи серед молоді. Регулярне використання SPF є ефективним методом зниження ризику розвитку раку шкіри, запобіжником швидкого старіння та гіперпігментації шкіри і невід'ємною частиною щоденного догляду. Для підвищення рівня обізнаності студентів доцільно заохочувати щоденне використання SPF незалежно від пори року, проводити лекції та тренінги, поширювати інформацію через соцмережі.

### **Основні рекомендації:**

- використовувати SPF 30–50 щодня;
- наносити засіб за 15–20 хв до виходу на сонце;
- оновлювати кожні 2 години;
- застосовувати навіть у похмуру погоду(зимову)

**Профілактика раку шкіри** базується на простих, але системних звичках:

- уникнення інтенсивного ультрафіолетового опромінення (переважно 10:00-16:00);
- використання сонцезахисних засобів SPF;
- фізичний захист шкіри (капелюхи, одяг із довгими рукавами);
- відмова від соляріїв.

Це все суттєво знижує ризик розвитку як меланоми, так і немеланомних форм раку шкіри. Важливо враховувати, що UY-випромінювання впливає на організм навіть у хмарну погоду.

### Список літератури:

1. Бондар Г.В., Шевченко А.І., Галайчук І.Й., Думанський Ю.В., Онкологія: підручник. – Київ: Медицина, 2019. – 518 с.
2. Шевченко А.І. та ін. Онкологія: підручник. – Вінниця: Нова книга, 2020. – 488 с.
3. Москаленко Ю.В. Клінічна онкологія: навчальний посібник. – Суми : СумДУ, 2020. – 212 с.
4. Степаненко В.І., Чоботарь А. І., Бондар С.О. Дерматологія і венерологія. – Київ : Медицина, 2020. – 336 с.
5. Яворовський О. П. Безпека життєдіяльності та основи охорони праці. – Київ : Медицина, 2018. – 288 с.
6. Фотозахист у дерматології // Український журнал дерматології. – 2020.
7. Сонцезахисні засоби: захищаємося правильно // Аптека. – 2023.
8. Медичні портали МОЗ / асоціацій дерматологів.

*Василина Хрик, 131 група*

## ДОСЛІДЖЕННЯ ТЕРМІНУ “РНОВІА”СЕРЕД СТУДЕНТІВ ТА ВИКЛАДАЧІВ КОЛЕДЖУ

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів природничо-наукової підготовки

*Керівник роботи:* викладач латинської мови Яворська М.З.

### Вступ.

Важливим значенням у вивченні латинської мови є знання термініноелементів,

за допомогою яких утворюються нові клінічні терміни.

**Актуальність** обраної теми роботи має лінгвістичне спрямування, а також поглиблює знання з латинської клінічної термінології.

**Метою** роботи є демонстрація різноманіття утворення клінічних термінів за допомогою терміноелементу «phobia», а також їхня притаманність студентам

медичного коледжу.

## **Матеріали та методи**

Дослідження ґрунтується на матеріалах наукових мовознавчих джерел.

Використані методи лінгвістичного дослідження: метод наукового пошуку, описовий метод, метод спостереження, зіставний, структурний.

## **Завдання дослідження:**

1. Дослідити семантику терміноелемента «phobia» та утворення нових клінічних термінів.
2. Прикладне застосування латиномовних клінічних термінів.
4. Освітнє та пізнавальне спрямування на вивчення клінічних дисциплін.
5. Формування професійних навичок, медичної етики та гуманності.

## **Результати дослідження та їх обговорення:**

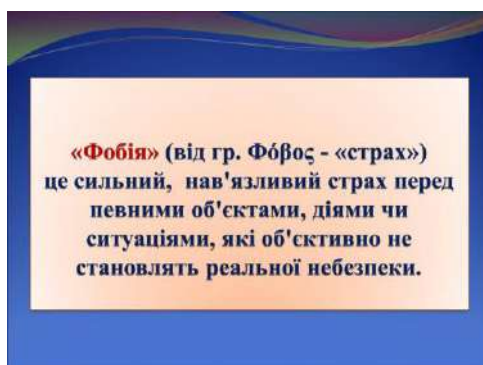
Члени гуртка латинської мови обрали дослідження терміну “phobia” і водночас наявності різноманіття фобій серед студентів коледжу.

Мета дослідження – знайти якомога більше грецьких термінів і збагатити лексичний запас з клінічної термінології латинської мови.

Як ми працювали? Спочатку було проведено анонімне опитування, оскільки, як виявилось, більшість вважає фобії особистою справою.

У результаті опитувань ми відкрили понад три десятки різних страхів. Потім була робота зі словниками, спеціальною довідковою медичною, історичною та художньою літературою.

У процесі спілкування з нашими студентами виявилось, що для більшості притаманні фобії є особистими переживаннями, прихованими страхами і навіть справжньою проблемою.



Отже, термін «фобія» походить від давньогрецького слова «фобос» (phobos), що означає «страх» або «хворобливий страх».

Хоча поняття страху існувало завжди, як науковий термін для опису ірраціональних, інтенсивних і постійних страхів його почали використовувати у медицині та психіатрії приблизно у XIX столітті.

Цікаві факти про семантику слова. Сам корінь слова використовували ще давні греки (наприклад, у міфології Фобос – це бог страху, паніки та жаху, син бога війни Ареса та богині кохання Афродіти. Він супроводжував батька в битвах, сіючи паніку серед воїнів.

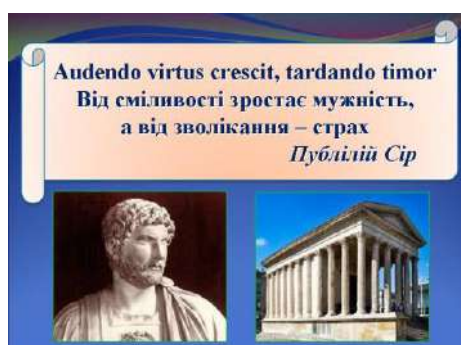


У сучасній психології термін закріпився завдяки вивченню пацієнтів, які відчували безпричинний страх перед конкретними речами чи ситуаціями.

Список незвичайних фобій вражає уяву, адже більшість людей про них навіть не підозрює. Неможливо точно підрахувати, які є фобії у світі. Ймовірно, їхня кількість дорівнює кількості предметів і явищ, які взагалі існують у нашому житті. Однак вченими описано і названо близько 500 реальних фобічних розладів.

Мабуть, скільки існує людство, стільки ж його супроводжує страх. Про це свідчать висловлювання стародавніх філософів.

Наприклад, давньоримський поет і філософ Сенека писав «**Timor animi nos vitium est**» – «Страх є пороком душі». Цей вислів підкреслює, що страх – це внутрішня слабкість, з якою потрібно боротися.



**Audendo virtus crescit, tardando timor** – «Від сміливості зростає мужність, а від зволікання – страх». Цей вислів римського поета і філософа Публілія Сіра часто використовують як мотивацію для подолання тривожності.

Страх не обирає ні віку, ні статусу. Серед відомих знаменитостей, політичних діячів, видатних осіб багато хто страждав від фобій.

До прикладу, Вінстон Черчилль – британський політик, державний діяч XX століття, прем'єр-міністр Великої Британії. Попри свій імідж сміливого та впевненого лідера, мав низку страхів, які супроводжували його протягом життя.

Основні з них:

**Тривога через ораторську майстерність:** попри репутацію великого оратора, Черчилль дуже нервував перед виступами і ретельно готувався до кожного з них;

**Страх перед невідомістю (на початку кар'єри):** у молодості, під час Англо-бурської війни, Черчилль виявляв зухвалість, але також відчував значний страх через можливість полону чи смерті.



Варто зазначити, що Черчилль використовував свої страхи як мотивацію, перетворюючи їх на впевненість та рішучість, що допомагало йому «йти крізь пекло», не зупиняючись.

Альфред Хічкок, відомий як «майстер жахів», у реальному житті страждав від кількох незвичайних фобій, які впливали на його творчість.

Найвідоміші – це **орнітофобія (боязнь птахів)**, відображена у фільмі «Ворона», **овофобія (боязнь яєць)**, **акрофобія (страх висоти)**, майстерно відображений у фільмі "Запаморочення" (Vertigo).

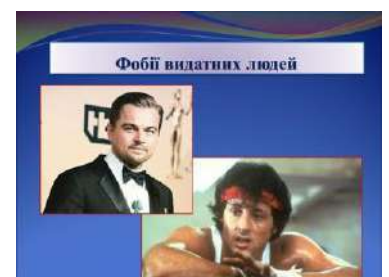
Ці страхи часто перетворювалися на напругу у його фільмах. Хічкок зізнавався, що боїться переглядати свої роботи.



Зигмунд Фрейд, відомий філософ і автор наукових робіт з психоаналізу теж страждав багатьма фобіями. Найбільш страшною мукою для нього була подорож залізницею. Він дуже боявся поїздів.

Мерилін Монро, відома актриса і співачка, страждала від агорафобії (боязнь відкритих людних місць), що досить дивно для людини такої професії.

Леонардо ді Капріо, як і більша частина акторів



Голлівуду, страждає на гермофобію – острах мікробів, бруду, інфекції. У Сільвестра Сталлоне – акрофобія (страх висоти)

З аерофобією (боязнь літати у літаку) живуть Дженіфер Аністон і Брітні Спірс.

Перейдемо безпосередньо до нашого дослідження. Зміна поколінь та епох, історичних подій, нова реальність, жорстка і небезпечна особливо в умовах російсько-української війни, породили екзистенційний страх. Страх набрали нового забарвлення, стали більш, так би мовити, концентрованими, незалежно від віку.

Які ж з фобій найбільш поширені серед студентів медичного коледжу? Гуртківцями було проведено анонімне опитування, оскільки у своїх страхах не кожен міг зізнатися. Так, з 50 респондентів-студентів усі страждають на різноманітні типові фобії, на кшталт, **клаустрофобія**

(страх закритого простору), **гідрофобія** (страх води), **арахнофобія** (страх павуків), **гемофобія** (страх крові), (до речі, 6 студенток піддали сумніву обрану професію).



Серед студентів-першокурсників має місце страх булінгу, тобто **соціофобія**, страх насміхань (**гелотофобія**) та страх критики (**енісофобія**). Таких виявилось 11 студентів.

Найбільш поширена фобія пов'язана з реальною ситуацією – війна і загроза життю, неможливість мріяти і планувати майбутнє.

Таким чином, страх війни – це «**беллумофобія**». Ця фобія переважає більшою мірою у студентів, переміщених з тимчасово окупованих українських територій.



Страх звуків – це психологічний стан, відомий як **акустикофобія**, **фонофобія** або **лігірофобія**, що характеризується патологічним страхом гучних звуків: оголошення повітряної тривоги, ревом мотоциклів та гулом літаків. Він часто виникає через пережитий стрес, наприклад, обстріли.

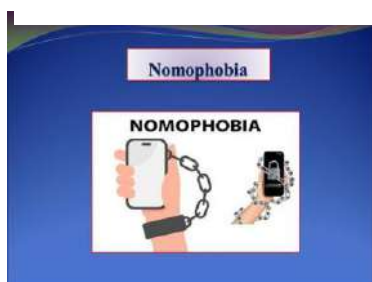


**Ефебіфобія** – страх, що молоді люди можуть не виправдати довіри і надії

батьків та дорослих взагалі, через неправильне, на їхню думку, розуміння, негативне ставлення до їхнього стилю життя та недовіра.

**Ніктофобія** (страх темряви) – це безпричинний стійкий страх перед відсутністю світла, який часто спричинений не самою темрявою, а невідомістю та уявною загрозою. Цей страх посилюється блекаутами, спричиняючи безсоння та тривожність.

Ще один різновид сучасної фобії – це «**токофобія**» (tocos гр. пологи) – боязнь народжувати через страх болю, травм, смерті, народження хворої неповноцінної дитини і відповідальності за неї.



Найбільшим відкриттям для нас виявився страх у більшості опитаних – це залишитися без гаджета, тобто без зв'язку (загубити чи забути телефон). І цей страх теж має назву: «**номофобія**» (англійською «no-mobile-phone-phobia», дослівно: ні! без мобільного телефона)

Серед опитаних викладачів переважав страх за неспроможність захисту дітей від війни, страх втрати близьких, страх захворіти і залишитися без роботи.

**Висновки.** Як бачимо, нові часи неминуче творять нові поняття. Досліджуючи термін «фобія», ми поповнили лінгвістичну скарбницю знань латинської мови, які



неодмінно будемо використовувати у нашій майбутній професійній діяльності.

А щодо страхів, то, за порадою нашого психолога, потрібно ними ділитися, визнавати їхнє існування, спілкуватися з друзями і старатися побороти. У складних ситуаціях звертатися безпосередньо за консультацією фахівців.

**Як нам радить американська письменниця-фантастка Вероніка Рот:**

**«Сенс не в тому, щоб стати безстрашним. Це неможливо. Сенс в тому, щоб навчитися контролювати свій страх і стати вільним від нього»**

## Список літератури:

1. Литвиненко Н. П., Місник Н. В. Медицина в термінах і визначеннях (Київ: Книга-плюс, 2013), 304.
2. Дерев'янченко Н. В. Латинська мова та медична термінологія. Ч. II. Клінічна термінологія : методичні вказівки / Н. В. Дерев'янченко, О. В. Литовська ; Харківський національний медичний університет. – Харків : ХНМУ, 2016. – 58 с.
3. Паласюк Г. Б., Саварин Т. В. Studeamus terminologiae clinicae – Тернопіль, 2023. – 68с.

*Рената Федьків, 361 група*

## ЯКИЙ ПРОТЕЗ КРАЩЕ: АКРИЛОВИЙ ЧИ НЕЙЛОНОВИЙ?

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки зуботехнічного профілю

*Керівник роботи:* викладач стоматологічних дисциплін Дідюк С.М.

**Вступ.** У сучасній стоматології питання відновлення втрачених зубів є дуже актуальним. І хоча сьогодні існує багато різних методів протезування, знімні протези й досі залишаються одним із найпоширеніших способів відновлення зубного ряду.

Гуртківці порівнювали два популярні види протезів – акрилові та нейлонові. Тож розглянемо їхні основні особливості, переваги та недоліки.

**Мета.** Актуальність цієї теми полягає в тому, що знімні протези є важливим методом відновлення зубів. Втрата зубів може впливати не лише на процес жування, а й на мовлення, естетику усмішки та загальний комфорт людини. Тому правильний вибір протеза має велике значення для якості життя пацієнта. Саме тому важливо розуміти, які особливості мають різні види знімних протезів.

**Матеріали та методи.** Акриловий протез – це класичне рішення у стоматології, яке використовується вже багато років. Такі протези виготовляються зі спеціальної стоматологічної пластмаси – акрилу, який добре зарекомендував себе у практиці стоматологів.



Основною особливістю акрилового протеза є його жорсткість. Завдяки цьому він добре тримає форму та забезпечує рівномірний розподіл жувального навантаження на ясна та альвеолярний відросток щелепи.

Це робить протез досить стабільним під час жування та щоденного використання.



Нейлонові протези є більш сучасною та естетичною альтернативою.

Вони виготовляються з еластичного матеріалу – нейлону.

Завдяки своїй гнучкості такі протези виглядають більш природно у ротовій порожнині та можуть бути комфортнішими у перші дні використання.

Матеріал має хорошу еластичність і біосумісність, тому пацієнти часто швидше до них адаптуються. Однак через недостатню жорсткість інколи може виникати нерівномірний розподіл жувального навантаження.

Якщо порівняти ці два види протезів, ми можемо побачити певні відмінності.

Акрилові протези є більш міцними, їх можна ремонтувати, а також вони мають доступнішу вартість.

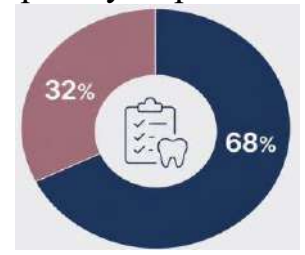
| АКРИЛ                                                                               | НЕЙЛОН                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |
| ✓ міцний                                                                            | ✓ естетичний                                                                        |
| ✓ ремонт можливий                                                                   | ✗ складно ремонтувати                                                               |
| ✓ дешевший                                                                          | ✗ дорожчий                                                                          |

Нейлонові протези, у свою чергу, мають кращу естетику та є більш гнучкими. Але вони складніші у ремонті та зазвичай коштують дорожче.

Тобто можна сказати, що акрилові протези більше орієнтовані на практичність, а нейлонові – на естетику.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Було проведено умовне опитування серед 50 пацієнтів стоматологічної клініки. Нас цікавило питання: які протези вони використовують або хотіли б використовувати.

Результати показали, що 68 відсотків пацієнтів віддають перевагу акриловим протезам, тоді як 32 відсотки обрали нейлонові. Основними причинами вибору акрилових протезів стали їхня надійність, можливість ремонту та доступна ціна.



Акрилові протези мають кілька важливих переваг.

По-перше, це міцність. Вони добре зберігають форму та можуть служити багато років.

По-друге, це можливість ремонту. У разі пошкодження стоматолог може відремонтувати протез або додати новий зуб.

Також важливою перевагою є доступна вартість, що робить такі протези більш доступними для більшості пацієнтів.

**Висновки.** Порівнявши властивості акрилових та нейлонових протезів, можна зробити висновок, що обидва варіанти мають свої переваги.

Нейлонові протези виглядають більш естетично та є гнучкими.

Однак акрилові протези є більш стабільними, довговічними та практичними у використанні. Саме тому вони найчастіше застосовуються у стоматологічній практиці.

Правильний вибір знімного протеза є важливим етапом ортопедичного лікування, оскільки він впливає не лише на естетику усмішки, а й на відновлення жувальної функції та комфорт пацієнта.

### **Список літератури:**

1. Ортопедична стоматологія : підручник для студентів стоматологічних факультетів / М. М. Рожко, В. П. Неспрядько. – Київ: Книга плюс, 2003. – 552 с.
2. Ортопедична стоматологія : навчальний посібник / Н. В. Біденко. – Київ: ВСВ «Медицина», 2019. – 368 с.
3. Знімне протезування зубів : навчальний посібник / В. П. Неспрядько, О. В. Павленко. – Київ : ВСВ «Медицина», 2017. – 312 с.
4. Стоматологія : підручник / О. В. Павленко, М. М. Рожко. – Київ : ВСВ «Медицина», 2018. – 512 с.

## УСАДКА І ВНУТРІШНІ НАПРУГИ ПЛОМБУВАЛЬНИХ МАТЕРІАЛІВ ТА ЇХ НАСЛІДКИ

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки зуботехнічного профілю

*Керівник роботи:* викладач стоматологічних дисциплін Потікевич В.Я.

**Вступ.** Композитні матеріали широко застосовують у стоматології для різноманітних реставрацій, пломбування каріозних порожнин, виготовлення коронок, металопластмасових протезів тощо. І хоч ця категорія матеріалів є найбільш сучасною серед пломбувальних мас, їм, як і всім матеріалам, притаманне негативне явище – усадка та її наслідки, внутрішні напруги.

**Мета.** Метою нашої дослідницької роботи було виявити та визначити вплив усадки на пломбувальні маси, її прояви в реставраціях у порожнині рота.

Спочатку визначимося із поняттям «усадка». **Усадка** – це зменшення лінійних розмірів та об'єму матеріалу при його твердненні, охолодженні, зберіганні. Внаслідок них під впливом зовнішніх механічних чи температурних впливів виникають внутрішні напруги у деформованому тілі. Ці явища притаманні практично всім матеріалам, але завданням нашого гуртка було виявити їх та визначити їх вплив на пломбувальні маси, зокрема ми порівняли амальгами і композитні полімери.

Одним із найстарших і найвідоміших пломбувальних матеріалів є амальгама (сплав ртуті з іншим металом: сріблом, оловом, ртуттю, міддю). Попри високу міцність та довговічність цей матеріал естетично непривабливий, токсичний (через пари ртуті), такі пломби не прилягають повністю до тканин зуба через швидку і значну усадку, внаслідок чого підвищується ризик розвитку вторинного карієсу.

Саме тому у сучасній стоматології одними із основних реставраційних матеріалів стали композитні полімерні матеріали. З моменту своєї появи на

стоматологічному ринку в кінці 50-х років і до наших днів вони піддались суттєвій модернізації та якісному розвитку. Спочатку вдосконалились механічні характеристики (міцність, стійкість до стирання), наступним етапом стало покращення оптичних характеристик (естетична стоматологія).

Та незважаючи на всі вдосконалення складу і характеристик сучасних композитів, не вдається повністю усунути один із основних недоліків цих матеріалів – полімеризаційну усадку. Суть цього явища полягає в тому, що тверднення полімерних матеріалів відбувається в результаті реакції полімеризації, внаслідок чого матеріал переходить із рідкого стану у твердий. При цьому відбувається значна зміна його об'єму через зменшення відстані між молекулами, тому матеріал стискається.

У ході навчально-дослідницької роботи ми визначили такі негативні наслідки полімеризаційної усадки пломбувальних мас:

- ослаблення зв'язків органічної матриці і утворення внутрішніх тріщин матеріалу із наступними розколюваннями і відломами (так званий стрес усадки);
- порушення крайового прилягання й утворення щілин внаслідок мікропідтікання;
- збільшення пористості і поверхні матеріалу, що піддається окисленню.;
- композитні матеріали відрізняються значно меншою міцністю (4-18,5 гігапаскаль ), порівняно з природньою емаллю (82,5 гігапаскаль). Значне розходження модулів пружності матеріалу і тканин зуба може викликати деформацію і відкол матеріалу.

Отже, на нашу думку, це призводить до таких ускладнень:

- ✓ зниження адгезії до тканин зуба, що призводить до виникнення крайової щілини і наступному випадінню пломби;
- ✓ виникнення підвищеної чутливості зубів, негерметичність матеріалу і як наслідок – подразнення пульпи зуба, поява тріщин емалі, можливе виникнення вторинного карієсу;
- ✓ збільшення пористості матеріалу і з часом погіршення естетичного вигляду пломби внаслідок зміни її кольору і прозорості (харчові барвники, що

містяться в каві, часві, нікотині та інших продуктах, проникають крізь поверхню композита на глибину від 3 до 5 мкм і зафарбовують поверхню пломби.

Під час дослідження різних композитних матеріалів гуртківцями було виявлено:

- \*чим нижчий модуль еластичності матеріалу, тим більше виражена усадка;

- \*чим більша маса композиту, тим більша сила полімеризаційної усадки.

Існує кілька способів, що контролюють полімеризаційну усадку чи зменшують її настільки, щоб викликана нею напруга не перевищувала силу з'єднання матеріалу із тканинами зуба. Ми дізнались, що при виборі методик боротьби з цим явищем є ряд прийомів:

1. Пошарове U-подібне внесення матеріалу, що передбачає трьохточкову фіксацію композита.

2. Використання сендвіч-техніки із застосуванням склоіономерів як першого шару у найбільш глибоко розташованих і важкодоступних для променя полімеризаційної лампи ділянках каріозної порожнини .

3. Метод направленої полімеризації, при якому внесення матеріалу і твердіння кожної порції здійснюється у заданому напрямку (по діагоналі) із врахуванням напрямку усадки і можливості її подальшої компенсації.

4. Застосування різних методик адгезивного з'єднання, наприклад, використання скловолокна, яке має модуль еластичності, наближений до дентину природного зуба, з'єднується із тканинами зуба та композитом, не змінює кольору реставрації та служить каркасом для укріплення й амортизації під час значних жувальних навантажень.

**Висновки.** Композитні матеріали широко застосовують для різноманітних реставрацій, пломбування каріозних порожнин, виготовлення коронок, металопластмасових протезів тощо. Композити світлового тверднення відрізняються меншою пористістю в порівнянні з матеріалами хімічного тверднення, тобто пломби із фотополімерних матеріалів більш стійкі до зміни кольору і розмірів за умови правильної полімеризації матеріалу. Проте наявність полімеризаційної усадки погіршує їх фізичні, оптичні, хімічні,

механічні, естетичні показники. Тому важливим моментом є застосування перерахованих методик у попередженні наслідків та боротьбі із полімеризаційною усадкою.

### **Список літератури:**

1. Терапевтична стоматологія : підручник : у 4 т. Т. 2. Карієс. Пульпіт. Періодонтит. Ендодонтія / за ред. А. В. Борисенка. – 3-тє вид., переробл. і доповн. – Київ : ВСВ «Медицина», 2020. – 528 с.
2. Матеріалознавство в стоматології : навч. посіб. / М. Д. Король, З. Р. Ожоган, В. М. Зубченко та ін. – Вінниця : Нова Книга, 2019. – 240 с.
3. Клінічне стоматологічне матеріалознавство / за ред. В. М. Дворника. – Полтава : ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2021. – 188 с.

*Оксана Бенцал, 361 група*

## **ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РІЗНИХ ВИДІВ БРЕКЕТ-СИСТЕМ**

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки зуботехнічного профілю

*Керівник роботи:* викладач стоматологічних дисциплін Рижевський А.

**Вступ.** Сьогодні ми розглянемо різні види брекет-систем, які змінюють не лише зовнішність, а й життя людини. Багато хто думає, що це лише про рівні зуби, але, насправді, йдеться про здоров'я всього організму. Неправильний прикус призводить до передчасного стирання емалі, проблем із скроневопідщелепним суглобом. Тому брекети – це надійна інвестиція у майбутнє без болю та комплексів.



Що таке брекети і чому вони важливі?

Брекети – це складні ортодонтичні конструкції, дія яких базується на металевій дузі з пам'яттю форми, яка використовується для вирівнювання зубів і корекції прикусу.

**Мета.** Гуртківці досліджували, чому це так важливо?

По-перше, це естетика – гарна посмішка підвищує впевненість у собі.

По-друге, здоров'я людини, адже неправильний прикус призводить до карієсу, захворювань ясен та навіть проблем із суглобами.

Також це впливає на травлення, адже неправильне пережовування їжі ускладнює роботу шлунково-кишкового тракту. Тому це має значення для якості життя, адже здоров'я ротової порожнини пов'язане із загальним станом організму.

### **Матеріали та методи.**

Брекети поділяють на декілька основних видів:

- металеві
- керамічні
- сапфірові
- лінгвальні

Металеві брекети – це класичний варіант.

Їхніми перевагами є доступна ціна, висока стійкість до механічних навантажень, тонкий профіль, низька сила тертя між дугою і пазом, а також найкоротші терміни лікування.



А недоліками – найменша естетичність та потреба у певному періоді звикання.

Керамічні брекети. Один із найпопулярніших естетичних варіантів. Вони підбираються під колір емалі зуба та є дуже комфортними для пацієнта. Проте варто враховувати, що вони дорожчі та дещо менш міцні за металеві.



Сапфірові брекети. Це найбільш дорогі і естетичні керамічні брекети (штучний кристал сапфіра, який максимально непомітний на зубах в силу своєї прозорості). Сапфірові брекети майже прозорі, виглядають дуже естетично і не жовтіють з часом. Проте їхня вартість ще вища і вони також можуть бути



крихкішими.

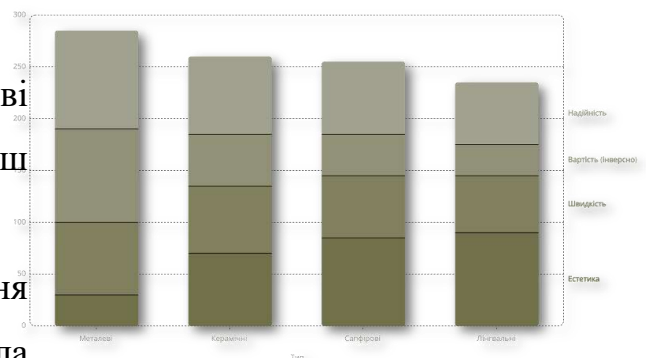
Також є лінгвальні брекет-системи. Їхня головна особливість у тому, що вони фіксуються з внутрішньої сторони зубів, тому абсолютно непомітні для оточуючих. Проте такі системи набагато складніші в догляді та потребують тривалішої адаптації (зокрема, звикання дикції).

### Результати дослідження та їх обговорення.

То ж які брекет-системи краще обрати? Аналіз представлених даних свідчить про чітку сегментацію вибору брекет-систем залежно від пріоритетів пацієнта, де металеві брекети залишаються лідером вибору для більшості завдяки найвищому показнику функціональності. Як демонструє перший стовпчик графіка, цей тип системи забезпечує максимальну надійність конструкції та найвищу швидкість лікування, що в поєднанні з доступною вартістю робить їх раціональним вибором для пацієнтів, орієнтованих на швидкий та стабільний результат. Наступний сегмент вибору складають керамічні та сапфірові системи, де ми бачимо свідомий компроміс: пацієнти готові до незначного зниження швидкості корекції та вищої вартості заради суттєвого покращення естетики, що робить ці системи популярними серед дорослих, які прагнуть зберегти візуальний комфорт під час лікування. Найменшу, проте найбільш специфічну групу, представляють лінгвальні системи, показані на останньому стовпчику; тут вибір пацієнта диктується виключно абсолютною непомітністю конструкції («максимальна естетика»), попри те, що це вимагає найбільших фінансових інвестицій та демонструє нижчу стійкість до механічних навантажень порівняно з класичним металом.

Яку систему обрати: Більшість пацієнтів зупиняють свій вибір на двох варіантах:

- **Золотий стандарт (Металеві системи):** Вони залишаються найбільш поширеними в ортодонтичній практиці завдяки своїй надійності. Їхня біомеханічна перевага – мінімальна сила



тертя, що дозволяє значно прискорити процес переміщення зубів. Вони мають

високу технічну стійкість до деформацій під час жувального навантаження і є економічно доцільними.

- Естетичний вибір (керамічні брекети) мають високий рівень напівпрозорості. Це ідеальне рішення для соціальної адаптації, особливо для людей, у яких робота пов'язана з публічністю. Їхні закруглені контури та полірована поверхня гарантують біосумісність та комфорт, зменшуючи травмування ротової порожнини, що значно полегшує психологічний стан пацієнта.

**Висновки.** На основі проведеного дослідження з вище наведеної таблиці ми бачимо, що найкращими у функціональному і ціновому співвідношенні є металеві брекети. Підсумовуючи результати зазначимо, що брекет-системи є ефективним методом корекції прикусу, який поєднує естетичний і функціональний результати. Вибір конкретної системи залежить від клінічної ситуації, індивідуальних бажань та фінансової спроможності пацієнта.

Отже, гуртківці, будуть проводити просвітницьку роботу серед студентів нашого коледжу щодо необхідності ортодонтичного лікування, а також важливості збереження здоров'я й естетики усмішки.

#### **Список літератури:**

1. Ортодонтія: підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів/ П.С. Фліс. – Вінниця : Нова Книга , 2007. – 306 с.  
[http://stomatology1.dsmu.edu.ua/attachments/article/43/Ortodontiya\\_P.S.pdf](http://stomatology1.dsmu.edu.ua/attachments/article/43/Ortodontiya_P.S.pdf)
2. Технологія виготовлення ортодонтичних та ортопедичних конструкцій у дитячому віці: підручник / П.С. Фліс, А.З. Власенко, А.О. Чупіна. – Київ: ВСВ «Медицина», 2012. – 256 с. [https://www.medpublish.com.ua/tehnologija-vigotovlennja-ortodontichnih-ta-ortopedichnih-konstrukcij-u-ditjachomu-vici-pidruchnik-vnz-r-a-ps-phlis-az-vlasenko-ao-chupina/p-550.html?srsId=AfmBOorfI9kdYDxrsRkYjtFgthxKXZfAlJ8ijR\\_j8yahaKZgpOXXVzNE](https://www.medpublish.com.ua/tehnologija-vigotovlennja-ortodontichnih-ta-ortopedichnih-konstrukcij-u-ditjachomu-vici-pidruchnik-vnz-r-a-ps-phlis-az-vlasenko-ao-chupina/p-550.html?srsId=AfmBOorfI9kdYDxrsRkYjtFgthxKXZfAlJ8ijR_j8yahaKZgpOXXVzNE)
3. Ортодонтія і технологія виготовлення ортопедичних конструкцій для дітей: навчальний посібник / Стрелковський, К.М.; Філіпчик, Й.С.; Варава, Г.М. – 1997. – 200с.

## ПІДЛІТКОВІ КРИЗИ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки педіатричного профілю

*Керівник роботи:* викладач педіатрії Гантімурова Г.Т.

### Вступ.

Підлітковий вік є одним із найскладніших та найвідповідальніших етапів розвитку особистості. Саме в цей період відбуваються інтенсивні фізіологічні, психологічні та соціальні зміни.

Досліджуючи інтернет-ресурси та періодичні видання у пошуках інформації з даної теми, гуртківці з'ясували причини, основні прояви підліткової кризи, та вплив на здоров'я.

Підліткова криза – це закономірний етап розвитку особистості, що пов'язаний із переходом від дитинства до дорослості. Її наукове обґрунтування представлено у працях Лева Виготського, який зазначав, що криза виникає тоді, коли старі форми поведінки вже не відповідають новим потребам особистості.

Традиційно, підліткова криза припадає на вік від 11 до 16 років у дівчат та від 12 до 18 років у хлопців. Але у житті все є індивідуальним. Загалом, є причини, які впливають на те, як і коли дитина входить у підлітковий вік, наприклад, перенесені травми, операції або важкі хвороби затримують настання підліткового віку на один-два роки.

Організму потрібно зміцнити, набратися сил, щоб зустріти складну психо-фізіологічну перебудову. Таким дітям у передпідлітковому віці (9–11 років) особливо необхідне повноцінне харчування, не надмірно інтенсивні заняття спортом, спокійна атмосфера в родині.

Досить часто настання підліткового віку затримується і у дітей, розпещених увагою дорослих, для яких «вигідно» залишатися дитиною і не дорослішати. Таким дітям не потрібна свобода, бо вони отримують все і так, вміло спекулюючи на своїй уявній слабкості та дитячості. У дітей, з раннього

віку залишених самих собі, у дітей без батьківської опіки підлітковий вік часто настає раніше за однолітків. Такі діти рано навчаються самостійно про себе дбати, досягати своїх цілей, покладатися тільки на себе і власні сили.

У дівчаток підліткова криза протікає в більш м'якій формі, настає раніше і закінчується швидше, ніж у хлопчиків, але початок, кінець та перебіг підліткового віку – справа дуже індивідуальна.

У цей період відбуваються:

- гормональна перебудова організму;
- формування «Я-концепції»;
- розвиток самостійності;
- загострення емоційних реакцій.

Для медичного спеціаліста важливо розуміти, що поведінкові зміни часто мають фізіологічне та психологічне підґрунтя.

Прийнято вважати, що основною метою підліткової кризи є самоствердження, відстоювання себе як повноцінної особистості. Найчастіше так і є.

В утробі матері і перші хвилини свого життя дитина пов'язана з матір'ю пуповиною, яка допомагала плоду отримувати необхідні для його життя речовини. Потім пуповину обрізають, але зв'язок дитини з матір'ю все ще багато в чому тісний та проявляється на фізичному рівні. Коли дитина починає ходити, спочатку вона робить кроки, тримаючись за мамин палець. Пізніше, у віці 2–3-х років, дитина дуже нервує і лякається, коли мама або тато кудись йде, залишаючи її саму або з малознайомими людьми. Поступово сфера самостійних дій дитини розширюється. Вона сама грається, відвідує дитячий садок, бігає з іншими дітьми на майданчику. Але якщо дитина вдарилася чи посварилася з однолітками, вона все одно йде до мами або тата за захистом та ласкою. Іноді діти просяться сісти на коліна або притискаються до мами чи тата, відчуваючи потребу в близькості.

У школі та коледжі сфера соціальних контактів дитини стрімко розширюється, з'являються перші друзі, перші недруги. Соціальне життя дитини починає вирувати. Ділитися вдома своїми перемогами та поразками,

знахідками і втратами чи ні – це залежить виключно від поведінки батьків, від їхньої власної моральної позиції і від їхньої зацікавленості в тому, щоб дитина не просто «не билася», «не хуліганила», «дружила тільки з пристойними дітьми», а вчилася спілкуватися, вести за собою і чути інших, перемагати і терпіти поразку, знаходити вихід у складних і не завжди зрозумілих дорослим ситуаціях дитячого життя. У цей час (у віці 11-12 років) зв'язок між дитиною та батьками розтягується до максимуму. Подальше його розтягування стає болючим для однієї або для обох сторін. Саме тут і підкрадається підлітковий вік, метою якого є розірвати цей колись життєво необхідний, а тепер обмежуючий у самостійному розвитку зв'язок.

Правильною батьківською позицією було б приймати, що підліток стає самостійною людиною, яка живе поруч з ними, може самостійно приймати ті рішення, які їм (підліткам) під силу. Якщо з чимось важко впоратися, батьки поруч і допоможуть. Тоді найчастіше дитина відчуває вдячність та довіру до батьків. У цьому випадку умовна відстань між підлітками і батьками може стати навіть меншою, ніж була до підліткового віку. Але якщо, і так буває частіше, батьки бояться розривати зв'язок, щоб замінити його на новий («бо дитина ще мала, ще робить дурниці, нічого не розуміє, ще життя не бачила»), то підліток бере пилку, щоб розрізати пуповину і тоді підліткова криза проживається у всій красі.

Якщо ж батьки виявляються сильнішими і підліток погоджується з положенням власної слабкості, то його особистісний розвиток неминуче надовго зберігатиме ознаки інфантильності.

Отже, метою і завданням підліткової кризи є набуття не самостійності (підліток не здатен себе забезпечити до повноліття), а особистісної автономії, необхідної для подальшого розвитку особистості за дорослим типом. Іншими словами, для розвитку вміння брати на себе відповідальність за всі наслідки своїх слів та дій, дитина повинна прожити підлітковий вік.

### **Основні прояви підліткової кризи**

Під час дослідницької роботи ми встановили, що найчастішими проявами є:

- ❖ емоційна нестабільність;

- ❖ підвищена тривожність;
- ❖ агресивність або замкнутість;
- ❖ зниження самооцінки;
- ❖ конфлікти з батьками та однолітками.

У клінічній практиці ці прояви можуть маскуватися під соматичні скарги (головний біль, біль у животі, серцебиття), що потребує диференційованого підходу.

#### **Підліткова криза нерідко супроводжується:**

- ❖ порушенням режиму сну;
- ❖ змінами апетиту;
- ❖ вегетативними дисфункціями;
- ❖ психосоматичними проявами (гастрити, функціональні розлади ШКТ, головний біль).

Хронічний стрес у підлітковому віці може негативно впливати на імунну систему та серцево-судинну діяльність.

#### **Вплив підліткової кризи на психічне здоров'я**

Ми з'ясували, що підліткова криза може сприяти розвитку:

- ❖ тривожних розладів;
- ❖ депресивних станів;
- ❖ порушень поведінки;
- ❖ суїцидальних думок.

Саме тому під час огляду підлітка фельдшер повинен звертати увагу не лише на фізичні показники, а й на емоційний стан, якість сну, апетит та соціальні взаємини.

#### **Як поводитися батькам?**

*По-перше*, необхідно бути уважними до вікового розвитку своєї дитини, щоб не пропустити перші ознаки настання підліткового віку. Підлітковий вік настає у кожної дитини в свій час і ніякі загальні правила тут не є панацеєю. Не вважайте підлітка маленькою дитиною, але і не намагайтеся подорослішати його раніше часу.

*По-друге*, поставтеся серйозно до всіх заяв вашого підлітка, якими б незрілими чи незрозумілими вони вам не здавалися. Обговоріть і проаналізуйте разом кожен пункт. Досягніть тієї точки, коли обидві сторони розуміють відповідальність і наслідки дій.

*По-третє*, готуйтеся вчасно перерізати «пуповину». Вчіть дитину самотійності задовго до настання пубертату. Радьтеся з нею, питайте поради. Нехай підліток зрозуміє, що ви дійсно, а не лише на словах, бачите в ньому рівного вам члена сім'ї. І пам'ятайте, ідея «ти ще не заробляєш сам на себе, тому не маєш права голосу» не мотивує ні до чого хорошого.

*По-четверте*, обов'язково самі робіть те, чого ви хочете домогтися від свого сина чи дочки. Телефонуйте додому, якщо десь затримуетесь, діліться своїми емоціями та переживання протягом дня. Можливо, колись вам щось розповість і ваша дитина. Не соромтеся попросити у нього поради.

*По-п'яте*, постарайтеся виявити і виправити ті помилки у вихованні, якщо вони були на попередніх етапах. Саме в підлітковому віці всі допущені раніше помилки вилазять назовні. Головне, не готуйтеся до підліткової кризи раніше строку. Немає книжки, прочитавши яку можна з готовністю приймати мудрі рішення.

Підлітковий вік непростий, але він не може не статися, тому чуйте, бачте і любіть свою дитину і час від часу пригадуйте себе у цьому віці, але не зі словами «а я в твоєму віці, не просила...», а навпаки, намагаючись подумати, як би вам, як підлітку, хотілося зробити на місці вашої дитини.

### **Мета.**

Проаналізувати вікові особливості підліткової кризи, встановити взаємозв'язок між психоемоційними змінами та соматичним здоров'ям підлітків і визначити основні напрями медико-профілактичної роботи фельдшера, щодо збереження та зміцнення здоров'я в період вікової кризи.

### **Завдання гурткової роботи :**

1. Проаналізувати наукові джерела щодо особливостей перебігу підліткової кризи.

2. Охарактеризувати фізіологічні зміни організму в період статевого дозрівання.
3. Визначити основні психоемоційні прояви підліткової кризи.
4. Дослідити вплив кризових станів на соматичне здоров'я підлітків (порушення сну, апетиту, психосоматичні реакції тощо).
5. Встановити чинники ризику розвитку тривожних, депресивних та поведінкових розладів у підлітковому віці.
6. Окреслити роль медичного спеціаліста у ранньому виявленні та профілактиці негативних наслідків підліткової кризи.
7. Розробити практичні рекомендації для батьків і медичних працівників щодо підтримки здоров'я підлітків у кризовий період.

*Дослідження підліткових криз та їх впливу на здоров'я студентів медичного коледжу.*

Сучасні дослідження свідчать, що психічне здоров'я студентської молоді є критично важливим фактором їхньої навчальної ефективності та майбутньої професійної діяльності. Особливо це актуально для медичних спеціальностей, де навчальне навантаження поєднується з високою відповідальністю.

#### **Матеріали та методи дослідження:**

- анкетування (рівень тривожності (шкала Спілбергера-Ханіна та тест Тейлора), стресу (шкала сприйнятого стресу С.Коена), самооцінки (шкала Айзенка);

- психодіагностичні методики (шкали депресії Бека та Гамільтона, тривожності);

- спостереження та бесіди;

Результати дослідження та їх обговорення.

На основі досліджень виділено такі основні прояви:

- **Емоційні порушення:** підвищена тривожність, дратівливість, депресивні стани

- **Когнітивні труднощі:** зниження концентрації уваги, навчальної мотивації

- **Поведінкові реакції:** конфліктність, уникнення, ризикована поведінка

- **Особистісні зміни:** нестійка самооцінка, пошук ідентичності

Дослідження показують, що підліткова криза часто супроводжується емоційним вигоранням, агресивністю та внутрішніми конфліктами.

За результатами досліджень, понад 58–62% мають прояви стресу, тривоги та депресії.

Специфіка студентів медичного коледжу

Особливістю цієї групи є:

- високе навчальне навантаження
- раннє занурення у професійні стреси
- підвищена відповідальність за майбутню професію

Дослідження показують, що поєднання навчального стресу та зовнішніх факторів (наприклад, соціально-політичних умов) значно погіршує психічний стан студентів.

Основні результати дослідження (узагальнення)

1. Підліткові кризи є поширеним явищем серед студентів медичного коледжу.
2. Вони суттєво впливають як на психічне, так і на фізичне здоров'я.
3. Найбільш вразливою групою є студенти першого курсу (період адаптації).
4. Наявність ефективних копінг-стратегій знижує негативний вплив кризових станів.

**Висновок.** У ході роботи гуртківців над темою “Підліткові кризи та їх вплив на здоров'я”, ми встановили, що підліткова криза є природним, але складним етапом розвитку, який впливає як на психічне, так і на фізичне здоров'я.

Для збереження здоров'я підлітків необхідна тісна співпраця медичних спеціалістів, батьків та педагогів. Своєчасне виявлення кризових проявів та правильна медико-психологічна підтримка сприяють гармонійному розвитку особистості та профілактиці захворювань. Комплексний підхід до здоров'я підлітка дозволяє запобігти серйозним ускладненням у майбутньому.

### **Список літератури:**

1. Бех І. Д. Особистість у просторі духовного розвитку : навч. посіб. Київ : Академвидав, 2012. 256 с.
2. Божович Л. І. Особистість і її формування в дитячому віці. Київ : Освіта, 1998. 464 с.
3. Варій М. Й. Загальна психологія : підручник. Київ : Центр учбової літератури, 2009. 1007 с.
4. Вікова та педагогічна психологія : навч. посіб. / О. В. Скрипченко та ін. Київ : Каравела, 2019. 400 с.
5. Волков Б. С. Психологія підлітка. Київ : Академія, 2001. 160 с.
6. Дуткевич Т. В. Вікова і педагогічна психологія : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2012. 400 с.
7. Максименко С. Д. Загальна психологія : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 272 с.
8. Москалець В. П. Психологія особистості : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2013. 416 с.
9. Павелків Р. В. Вікова психологія : підручник. Київ : Кондор, 2015. 469 с.
10. Савчин М. В., Василенко Л. П. Вікова психологія : навч. посіб. Київ : Академвидав, 2011. 384 с.
11. Титаренко Т. М. Життєва криза особистості: психологічна допомога : монографія. Київ : Агропромвидав України, 1998. 348 с.
12. Фельдштейн Д. І. Психологія розвитку особистості в онтогенезі. Київ : Освіта, 2005. 470 с.
13. Цимбалюк І. М. Психологія : навч. посіб. Київ : Професіонал, 2004. 304 с.
14. Яценко Т. С. Основи глибинної психокорекції : феноменологія, теорія і практика. Київ : Вища школа, 2006. 382 с.
15. Юрченко В. І. Вікова та педагогічна психологія : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2017. 376 с.

## **АНАЛІЗ ПРИЧИН ТА ПОШИРЕНOSTІ АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ ЧМФК**

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки педіатричного профілю

*Керівник роботи:* викладач педіатрії Добриденєва Ж.О.

### **Вступ.**

Алергічні захворювання через свою стрімку поширеність сьогодні обґрунтовано вважають однією з найактуальніших проблем сучасної медицини. Серед них найчастіше трапляються шкірні та респіраторні прояви: сезонний і цілорічний алергічний риніт, алергічний дерматит, кропив'янка, набряк Квінке, бронхіальна астма та інші.

За сучасними даними, поширеність алергічних захворювань у світі становить приблизно 30–40% населення, а у великих містах цей показник може перевищувати 50–60%. Відзначається стабільна тенденція до зростання захворюваності, що пов'язано з урбанізацією, забрудненням довкілля, змінами способу життя та харчування.

Вважається, що сьогодні кожна третя людина має ті чи інші прояви алергії, а, за прогнозами, протягом найближчих десятиліть поширеність може ще більше зрости.

Особливе занепокоєння викликає ситуація серед дітей: алергічні захворювання виявляють у 30–50% дитячого населення, при цьому спостерігається «омолодження» патології – симптоми все частіше з'являються у ранньому віці. Також відзначається збільшення кількості тяжких і хронічних форм захворювань.

Недарма ХХІ століття дедалі частіше називають «століттям алергії», що підкреслює глобальний характер цієї медико-соціальної проблеми.

## Мета.

1. Проаналізувати частоту поширеності алергічних захворювань серед здобувачів освіти Чортківського медичного фахового коледжу за результатами анкетування.
2. Провести аналіз причин алергозів.
3. Провести аналіз асортименту протиалергічних засобів, які застосовують студенти з алергозами.

## Матеріали та методи.

1. Результати анкетування серед студентів.
2. Матеріали Інтернет-ресурсів.

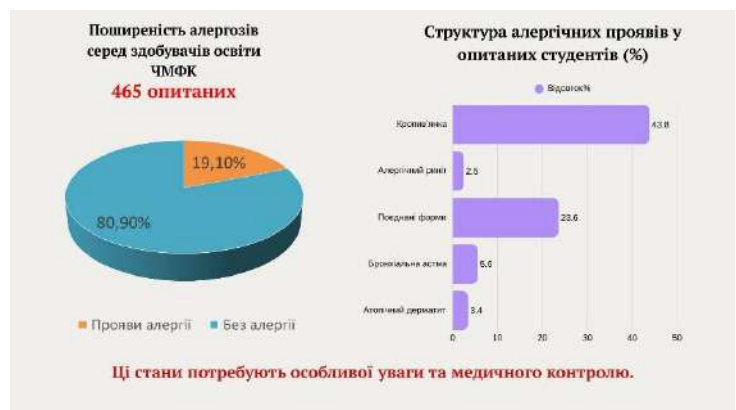
## Результати дослідження та їх обговорення.

Члени педіатричного гуртка опрацювали літературу та матеріали Інтернет-ресурсів і розробили анкету для виявлення проблеми алергозів серед здобувачів освіти. Гуртківцями проведено анкетування студентів різних спеціалізацій. Всього опитано 465 здобувачі освіти, прояви алергозів виявлено у 89 опитаних, що становить 19,1%.

Найбільш поширеними є такі клінічні варіанти алергозів, як кропив'янка та алергічний риніт. Кропив'янка мала місце у 39 студентів, що становить

43,8% від усіх студентів з алергозами, алергічний риніт – у 20 студентів, що становить 2,5%. У 21 студента (23,6%) мають місце поєднання проявів зі сторони шкіри, слизових оболонок очей та верхніх дихальних шляхів (носа, носоглотки, гортані). Загалом, спостереження останніх десятиліть свідчать про те, що існує чітка тенденція до збільшення числа хворих з поєднаними формами шкірної і респіраторної алергії.

Також виявлено, що 5 здобувачів освіти хворіють на бронхіальну астму

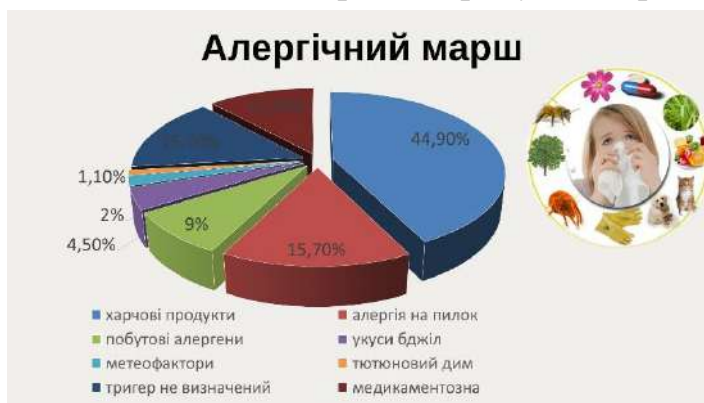


(5,6%), у 3 (3,4%) наявний атопічний дерматит.

Провівши аналіз алергологічного анамнезу, ми виявили, що у 25 (28%) опитаних прояви алергозів мали місце на першому році життя, у 23 (25,8%) - прояви мали місце після двох років, у решти (46 ст.- 46,2%) - після 10-12 років.

Розвиток алергозів упродовж життя отримав назву алергічного (або атопічного) маршу. Існують гіпотези, згідно яких алергічний марш у певної частини дітей може стартувати в ранньому дитинстві і пов'язаний з харчовою алергією, а другий – починається пізніше і пов'язаний із значним впливом довкілля і первинною сенсibiliзацією респіраторного тракту.

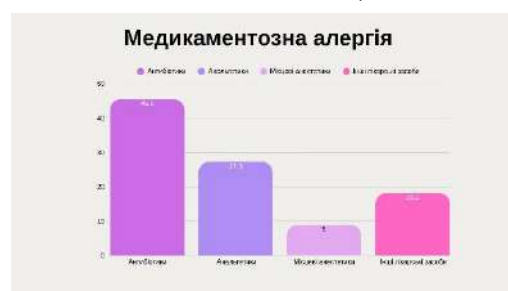
Гуртківцями проведено аналіз причин вищезгадуваних проблем. Найчастіше причиною серед опитаних виявились харчові продукти, прийом яких провокував алергічну реакцію (40 студентів – 44,9%). Серед них: коров'яче молоко, цитрусові, шоколад, мед, цукерки, копченості, полуниця, яєчний жовток, гарбуз, малина, горіхи.



Алергія на пилок дерев (акації, берези), сміттєвих трав (амброзія, борщівник) має місце у 14 здобувачів освіти, що становить 15,7%.

Побутові алергени провокують розвиток алергозів у 8 опитаних (9%), а саме: побутовий пил, домашні улюбленці, грибок, засоби побутової хімії.

Медикаментозна алергія, як патологічна реакція на лікарські засоби мала місце у 11 здобувачів освіти (12,4%). А саме, на: антибіотики (пеніцилін, цефтріаксон та ін.) – 5(45,5%), анальгетики (парацетамол, анальгін) – 3(27,3%), місцеві анестетики – 1(9%) та інші (нош-пу, пектолван-плюш, бромгексин) – 2(18,2%).



На укуси бджіл, ос з проявами вираженої місцевої реакції з набряком та свербіжем реагують 4 (4,5%) здобувачі освіти. Такі метеофактори, як холод, сонце спричиняють реакцію

шкіри у 2 (2,%) опитуваних. У 9 (10,1%) опитаних у причинах алергозів відмічається поєднання декількох алергенів. Тютюновий дим сприяє подразнюючу дію на слизову оболонку носа, очей у 2 (1,1%) здобувачів освіти, що проявляється чханням, слъозотечею.

А у 14 опитуваних (15,7%) тригер не визначений, згідно даних літератури це може становити до 20% серед усіх випадків алергозів.

Аналізуючи клінічні прояви дерматоалергозів, ми виявили, що у всіх студентів, які мають періодично висипання на шкірі, найбільшою проблемою є свербіж. Він провокує порушення сну, неспокій, дратівливість. Для зменшення цієї симптоматики більшість опитуваних використовують періодично заспокійливі та антигістамінні препарати.

Здобувачі освіти, в яких має місце atopічний дерматит, вказали, що вони приймають за призначенням лікаря антигістамінні препарати короткостроково, рясно і часто місцево пом'якшувальні засоби (емолієнти), періодично - топічні глюкокортикостероїди. Здобувачі освіти з бронхіальною астмою приймають засоби, які забезпечують контроль за перебігом бронхіальної астми. Ці дві категорії студентів перебувають під наглядом сімейного лікаря та лікаря-алерголога.

## **Висновки.**

1. Алергія, як неправильна реакція організму на певні чужорідні йому речовини, досить поширена серед здобувачів освіти Чортківського медичного фахового коледжу.
2. Тригери алергії дуже різноманітні, але найчастіше ними виступають харчові продукти. Ми вважаємо, що ймовірно це пов'язано з особливостями сучасної технології харчової промисловості, в якій широко використовуються різні добавки-барвники, консерванти, емульгатори, наповнювачі, ароматизатори. У частини опитаних характерна множинна сенсibiliзація до різних груп алергенів, що в цілому відповідає вітчизняним та світовим даним.
3. В останні роки спостерігається стійка тенденція до зростання частоти медикаментозної алергії як в Україні, так і в інших країнах світу. Це пов'язано зі значним збільшенням використання лікарських засобів, поширенням

самолікування, а також підвищенням загальної алергізації населення. У зв'язку з цим проблема медикаментозної алергії набуває важливого медико-соціального значення та потребує підвищеної уваги з боку медичних працівників.

Гуртківцями розроблено пам'ятки-правила для алергіків, які допоможуть реально взяти підступну недугу під контроль.



### Список літератури:

1. Атопічний дерматит. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Державний експертний Центр МОЗ України. 2016.
2. Вороненко Ю.В., Пухлик Б.М., Кузнецова Л.В., Гуляр С.О., Фролов В.М., Бобров О.Є., Осипова Л.С., Гавриленко Т.І., Назар О.В., Літус В.І., Прилуцький О.С., Пілецький А.М., Романюк Л.І., Грем"яков В.О., Кузнецов О.Г. Алергологія. // Під редакцією д.м.н., професора Кузнецової Л.В. Рекомендований Центральним методичним кабінетом Міністерства освіти та науки України. – Київ. - 2008 р. – 365 с.
3. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги "Бронхіальна астма". Наказ МОЗ України від 08.10.13 №868.
4. Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги "Медикаментозна алергія, включаючи анафілаксію". Наказ МОЗ України від 30.12.15 №916.
5. Клінічна імунологія та алергологія: Підручник для студентів ВМНЗ IV р.а.. Рекомендовано ЦМК з вищої мед. освіти МОЗ України/ Андрейчин М.А., Чоп'як В.В., Господарський І.Я. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2005.-372 с.

## ВПЛИВ ПСИХОТЕРАПІЇ НА ЛІКУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки педіатричного профілю

*Керівник роботи:* викладач неврології та психіатрії Жабіцька О.Б.

**Вступ.** Посттравматичний стресовий розлад – це психічний стан, що виникає після переживання сильного стресу або травматичної події. Він може розвиватися як одразу після події, так і через певний час. ПТСР є однією з найсерйозніших психологічних проблем сучасності. В умовах війни в Україні проблема психічного здоров'я військових набула особливої актуальності:

- ✓ Висока поширеність ПТСР серед військових
- ✓ Вплив бойового стресу на психічне здоров'я
- ✓ Соціальні та професійні наслідки
- ✓ Необхідність доказового лікування, адже від цього залежить не лише якість життя самих військових, а й їхня соціальна адаптація після повернення до мирного життя.

Тому дана проблема зацікавила майбутніх медиків.

### **Мета роботи.**

Навчитися елементів співпраці з військовими. Дослідити особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військових, проаналізувати основні симптоми, статистичні дані. Провести заняття з психотерапії для військових.

### **Методи дослідження.**

- Спостереження та анкетування
- Порівняння статистичних даних
- Аналіз наукової літератури
- Узагальнення отриманої інформації

## **Результати дослідження та їх обговорення.**

Перед дослідженням гуртківці та здобувачі освіти випускних курсів разом із викладачами психології та психіатрії в просторі «Дбаю про себе» Комунального некомерційного підприємства центру первинної медико-санітарної допомоги Чортківської МР навчались особливостей спілкування з людьми, що пережили війну, проявів бойової травми та правил взаємодії з ветеранами з інвалідністю, зважаючи на важливість етичності, поваги та уникнення упереджень для запобігання ретравматизації. Була налагоджена співпраця з «Центром життєстійкості» Чортківської громади, психологи з супроводу ветеранів розповіли нам про особливості роботи та спілкування з ними. Здобуті знання студенти впроваджують у практику в роботі з військовими, що відновлюються в реабілітаційному центрі.

### **1. Навчилися розпізнавати симптоми ПТСР**

Основні прояви включають:

#### **1. Повторне переживання травми:**

нав'язливі спогади  
нічні страхіття  
флешбеки

#### **2. Уникання:**

уникання місць або людей, пов'язаних із травмою  
небажання говорити про події

#### **3. Порухення емоційного стану:**

відчуття тривоги  
депресія  
емоційна відстороненість

#### **4. Підвищена збудливість:**

дратівливість  
проблеми зі сном  
підвищена настороженість

Значна частина військових не звертається за допомогою через стигматизацію або недооцінку симптомів.

2. Шляхом анкетування та спостереження обстежили 25 військових , що відновлювались у реабілітаційному центрі Чортківської лікарні, 7 військових мали виражені прояви ПТСР, особливо порушення емоційного стану, підвищену збудливість.

### **3. Дослідили, що в лікуванні використовується**

- Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія
- EMDR (десенсибілізація та репроцесинг)
- Експозиційна терапія
- Групова терапія

### **Доказова ефективність**

- Зменшення симптомів ПТСР
- Покращення якості життя
- Зниження ризику суїцидальної поведінки
- Стійкий довготривалий ефект

Були присутні під час роботи психолога реабілітаційного відділення з військовими. У реабілітаційному центрі Чортківської лікарні в лікуванні ПТСР у військових застосовується комбінована психотерапія:

- Поєднання психотерапії та фармакотерапії (CІЗЗС)
- Мультидисциплінарний підхід
- Індивідуалізація терапії

Ми теж долучились до психологічних тренінгів в роботі з військовими. Студенти вміють уважно вислухати та створити атмосферу довіри завдяки арт-терапії та психологічним вправам, які допомагають знизити рівень стресу й тривоги. Така робота сприяє відновленню емоційного стану військових і зміцненню їхнього психологічного здоров'я.

Гуртківці подбали не лише про ментальне, а й про фізичне здоров'я . Тому для поранених організували акцію «Зігрій військового» і спонукали людей, які вміють це робити, зв'язати шкарпетки з гудзиками для зручності надівання.

### **4. Виявили, що є проблеми та виклики:**

- Недостатня кількість фахівців
- Бар'єри звернення за допомогою

- Ризик хронізації розладу
- Потреба в системній реабілітації

В Україні, за оцінками фахівців, тисячі військовослужбовців потребують психологічної підтримки після участі в бойових діях.

### **Висновки.**

ПТСР є серйозною проблемою серед військових, яка потребує своєчасного виявлення та лікування. Важливо розвивати систему психологічної допомоги, підвищувати обізнаність та зменшувати стигматизацію психічних розладів.

### **•Психотерапія — ключовий метод лікування ПТСР**

- Найефективніші — травмофокусовані підходи
- Раннє втручання покращує прогноз
- Необхідність розвитку програм психореабілітації

Майбутні медики відіграють важливу роль у підтримці психічного здоров'я військових, використовуючи сучасні методи допомоги та емпатійний підхід.

### **Список літератури:**

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11).

2. Американська психіатрична асоціація. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition.

3. Національний центр з ПТСР США. PTSD: National Center for PTSD.

Національні інститути здоров'я США. Research on PTSD in military populations.

Міністерство охорони здоров'я України. Аналітичні матеріали щодо психічного здоров'я військових.

## **АНАЛІЗ ПОШИРЕННЯ ВИСИПНОГО ТИФУ В УКРАЇНІ. ЕПІДЕМІЯ 1917–1921 РР. ХАРИТИНА ПЕКАРЧУК ЯК ВІДОБРАЖЕННЯ ВЗАЄМОДІЇ МЕДИЦИНИ, СУСПІЛЬСТВА ТА ДЕРЖАВИ В УМОВАХ КРИЗИ.**

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки педіатричного профілю

*Керівник роботи:* викладач педіатрії Петрунів О.П..

### **Вступ.**

За історичними даними, під час воєн епідемії висипного тифу часто призводили до значно більших втрат, ніж самі бойові дії. Особливо актуальною ця проблема була на початку XX століття, під час Першої світової війни та визвольних змагань в Україні.

Важливу роль у подоланні цього захворювання відіграли наукові відкриття та створення вакцини, а також самовіддана праця медичних працівників, які діяли в надзвичайно складних умовах.

### **Метою дослідницької роботи було:**

1. Проаналізувати захворюваність висипним тифом в Україні.
2. Вивчити історію відкриття збудника та створення вакцини.
3. Дослідити роль медичних працівників у боротьбі з епідеміями.

### **Матеріали й методи дослідження.**

#### **I. Матеріали:**

1. Інтернет-ресурси:
  - ✓ [https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%B0%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0\\_%D0%9F%D0%B5%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%87%D1%83%D0%BA](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%B0%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%9F%D0%B5%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%87%D1%83%D0%BA)
  - ✓ <https://edu.lvivcenter.org/documents/kharytyna-pekarchuk-s-memories-1918-1919/>

✓ <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3679881-haritina-pekarcuk-kozak-na-ima-tina.html>

2. Проєкт – «Люди світла»

✓ <https://www.youtube.com/playlist?list=PLk9zxR19p3VK8NO960aKZZYyn8G5SueVk>

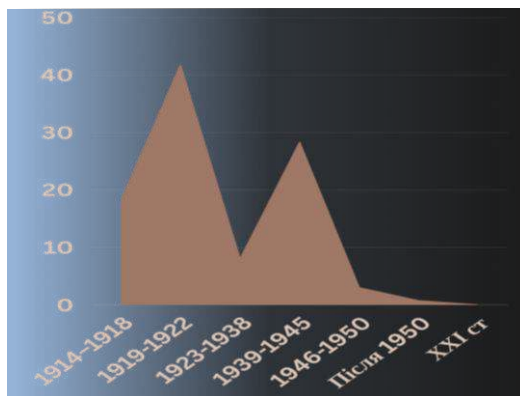
II.Методи:

- ❖ Емпіричні (збір фактичних даних).
- ❖ Теоретичні (обробка даних).
- ❖ Історичні.

### Результати дослідження та їх обговорення.

Відомий канадський лікар, Вільям Ослер, професор університету Джонса Гопкінса, якимось сказав: «У людства є три великі вороги: лихоманка (інфекції/епідемії), голод і війна». Враховуючи, що ми зараз теж живемо в стані війни з росією, ці слова є дуже актуальними.

Висипний тиф – це гостре інфекційне захворювання, спричинене бактерією *Rickettsia prowazekii*, що передається через укуси паразитарних вошей.



Гуртківці проаналізували динаміку захворюваності на висипний тиф в Україні і зазначили, що найбільші епідемії траплялися під час воєн. А саме, як відображено на діаграмі: 1914-1923 та 1939-1945 роки.

У часи Української революції висипний тиф мав вплив на долю Української держави не менший, ніж збройна інтервенція більшовиків, армії Денікіна чи поляків. Одним із прикладів є Українська Галицька армія, де восени 1919 року на тиф перехворіло до 80% особового складу. Це стало однією з причин союзу УГА з денікінцями та потрапляння армії УНР в «трикутник смерті». Єдиним виходом із ситуації став Перший зимовий похід.

Однак і у XXI столітті епідеміологічна ситуація залишається потенційно небезпечною, що пов'язано з наявністю ще достатньо великого числа людей, які перехворіли на епідемічний висипний тиф у період Другої світової війни. У них

може розвинутись пізній рецидив у вигляді хвороби Брілла–Цінссера.

Гуртківці вивчили ключові відомості про відкриття збудника висипного тифу. Історія відкриття бактерії висипного тифу – це драматична сторінка медицини, пов'язана з ризиком для життя дослідників та епідеміями, що супроводжували війни. Збудник висипного тифу було відкрито у 1916 році. Мікроорганізм названо на честь чеського мікробіолога Станіслава Провасека, який загинув, досліджуючи цю хворобу. Тому що в ті часи більшість вчених проводили небезпечні експерименти на собі, досліджуючи, як бактерії впливають на організм людини.

Важливу роль у подоланні епідемії висипного тифу відіграли наукові відкриття та створення вакцини, а також самовіддана праця медичних працівників, які діяли в надзвичайно складних умовах.

Гуртківці опрацювали інформаційні матеріали про створення вакцини. Першу ефективну вакцину проти висипного тифу створив у 1918 році львівський вчений Рудольф Вайгль. Він почав вирощувати збудника у кишечнику заражених вошей, а пізніше отримував із них матеріал для вакцини. Для вирощування «матеріалу» їх спеціально підсаджували до людей. На початку досліджень такими «донорами» були сам Вайгль і його дружина, потім до них долучилися добровольці. Сеанс годування тривав пів години. «Донори» сідали в сусідніх кабінах і мали можливість поспілкуватися. За цю «роботу» отримували, окрім грошової винагороди, невеликий додаток до пайка, і найголовніше - посвідчення співробітника інституту.

До речі, цей же Рудольф Вайгль передав підпільникам УПА велику партію вакцини, щоб зупинити епідемію. Хоча це було смертельно небезпечно, бо вся вакцина була на суворому обліку. Також він передавав вакцину і до Львівського гетто.

Гуртківці детально ознайомилися із спогадами «Моя санітарна служба», авторкою яких була унікальна жінка, уродженка Криму, Тіна Ізбицька. Вона увійшла в нашу історію під іменем Харитини Пекарчук. То були часи Української революції 1917-1921 років.

Харитина була однією з перших, хто запропонував для подолання епідемії

та порятунку поранених організовувати санітарні потяги. У тих умовах санітарні потяги були мобільними шпиталями – життєво важлива лінія для евакуації поранених та ізоляції хворих. Перший санітарний потяг Південно-Західного фронту Армії УНР вона сформувала на станції Бірзула (нині місто Подільськ на Одещині). Не маючи в підпорядкуванні жодного лікаря та з кваліфікацією лише сестри-жалібниці, вона сама їздила по передовій і збирала хворих та поранених.

Ось як писала вона у своїх спогадах:

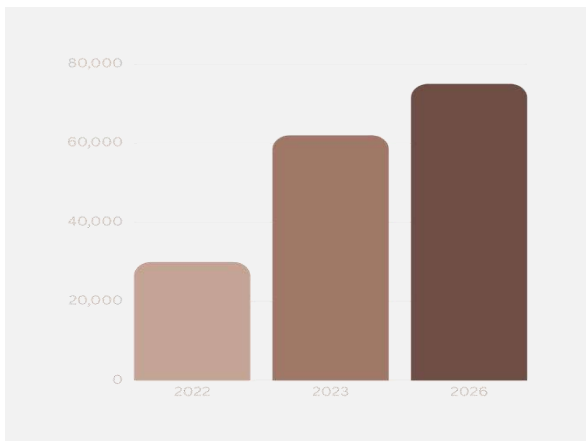
«Тяжка то була праця – не було медикаментів, перев'язувального матеріалу, фахового персоналу. Я змушена була з Бірзули ночами їздити на фронт, забирати хворих і ранених, а повернувшись, знову братись за перев'язки і обхід хворих. Не маючи ліків, робила порошки із соди і, даючи хворим, казала, що вони допоможуть, а коли верталася, то мої хворі казали, що їм дійсно стало легше. Виглядає це як байка, але це щира правда. Так я попрацювала кілька місяців...»

Невдовзі Тіна очолила санітарний потяг загону «Запорозька Січ» отамана Юхима Божка. Сама перехворіла на тиф, у бою з більшовиками була поранена в ногу, із денікінцями – у живіт. Взяла участь і в неймовірно тяжкому Першому зимовому поході Армії УНР. Вона стала символом поєднання військової служби та медичної допомоги. Це перша жінка, яка отримала українську державну нагороду у XX ст. - орден Української Народної Республіки «Залізний хрест», єдиний бойовий орден Армії УНР, та [Хрест Симона Петлюри](#).

Харитина Пекарчук була і залишається взірцем жертвності і відданості українському народові.

Її справу продовжують сотні медикинь, які рятують життя наших воїнів в умовах війни. Хочу назвати декілька відомих позивних українських військових медикинь: «Куба», «Аляска», «Фара», «Мавка», «Мачуха» і список можна продовжувати...

А загалом, кількість жінок у Збройних Силах України постійно зростає, що відображено у наступній діаграмі.



Станом на 2026 рік у лавах ЗСУ перебувають понад 75 тисяч жінок, зокрема понад 55 тисяч – військовослужбовиць, з них 5,5 – 10,0 тисяч виконують обов'язки в зоні бойових дій. Робота медиків залишається надважливою у цій нелегкій боротьбі. Як і цивільні, так і військові

медики докладають усі зусилля задля нашої перемоги.

### **Висновки.**

1. Висипний тиф залишається небезпечним інфекційним захворюванням, яке історично мало значний вплив на людство.
2. Жінки у війську відігравали надзвичайно важливу роль у подоланні епідемій, часто ризикуючи власним життям.
3. Історичний досвід боротьби з висипним тифом є актуальним і сьогодні. Робота медиків у час повномасштабного вторгнення залишається надважливою у цій нелегкій боротьбі.

### **Список літератури:**

1. Інфекційні хвороби / За ред. проф. О.А. Голубовської. – К.: ВСВ «Медицина», 2018. – С. 312–325.
2. Епідеміологія: підручник / За ред. І.П. Колесникова. – К.: Здоров'я, 2012. – С. 198–210.
3. Мікробіологія, вірусологія та імунологія / За ред. В.П. Широбокова. – К.: Нова книга, 2019. – С. 450–455.
4. Історія медицини / За ред. Я.С. Ганіткевича. – Львів: Світ, 2011. – С. 274–280.
5. Рудольф Вайгль. Дослідження з проблем висипного тифу та створення вакцини // Архіви медичної науки.
6. Харитина Пекарчук. Історичні матеріали про участь у визвольних змаганнях та медичну діяльність // Українські історичні джерела.

7. Інтернет-ресурси:

- [https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%B0%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0\\_%D0%9F%D0%B5%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%87%D1%83%D0%BA](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%B0%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%9F%D0%B5%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%87%D1%83%D0%BA)
- <https://edu.lvivcenter.org/documents/kharytyna-pekarchuk-s-memories-1918-1919/>
- <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3679881-haritina-pekarcuk-kozak-na-ima-tina.html>

*Каріна Гурська, 311 група*

## **ДОСЛІДЖЕННЯ СТУПЕНЯ ДОЦІЛЬНОСТІ РАННЬОГО ПРИЗНАЧЕННЯ ПРОБІОТИКІВ ПРИ ЛІКУВАННЯ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ**

Чортківський медичний фаховий коледж

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки педіатричного профілю

*Керівник роботи:* голова циклової комісії, викладач педіатрії Покришук О.Б..

### **Вступ.**

Ротавірусна інфекція (ротавірусний ентерит) – хвороба, що є найчастішою причиною тяжкої діареї, нерідко смертельної, особливо у немовлят і маленьких дітей. Згідно даних Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ), ротавірус є найбільш поширеною в світі причиною важких діарей, що призводять до зневоднення, в дітей до 5 років: в результаті щорічно близько 25 мільйонів осіб звертається за медичною допомогою, а близько 2 мільйонів осіб госпіталізується.

Ще кілька десятиліть тому про цю недугу ніхто не знав, а у хворих осіб діагностували гастроентерит. Відкриття ротавірусу пов'язано з ім'ям Рут Бішоп, якій 1973 року вдалося виявити вірусні частинки в епітеліальних клітинах дванадцятипалої кишки пацієнтів.

Майже кожна дитина у світі до 5-річного віку заражається ротавірусом принаймні один раз. Ротавірус є найбільш поширеною причиною діареї в дітей віком від 6 місяців до 4–5 років у всьому світі. Проте хворіти можуть і дорослі. У них захворювання зазвичай протікає в легкій формі з менш вираженими симптомами. До того ж це захворювання може мати епідемічний характер.

В Україні частота захворюваності на діарею ротавірусної природи серед гострих кишкових інфекцій коливається від 35 до 73% і має стійку тенденцію до зростання. Спалахи ротавірусної інфекції у дітей раннього віку характеризуються значною кількістю тяжких маніфестних форм захворювання, швидким розвитком ексикозу з метаболічними порушенням.

Ротавірус дуже заразний, захворіти можна після потрапляння до організму менше 100 вірусних частинок. Можливі випадки повторного інфікування після перенесеного захворювання.

#### **Мета.**

➤ дослідити клінічну ефективність раннього призначення пробіотиків у комплексному лікуванні ГКІ ротавірусної етіології.

#### **Матеріали та методи.**

Матеріалами дослідження стали:

- *опитування батьків;*

Методи дослідження:

- *статистичні та інформаційні.*

#### **Результати дослідження та їх обговорення.**

Для того, щоб визначити клінічну ефективність призначення пробіотиків у комплексному лікуванні ротавірусної інфекції студенти - гуртківці провели ряд опитувань у дитячому відділенні КНП «Чортківська міська лікарня» ЧМР.

За період дослідження (вересень-січень 2025-2026 рр.) було опитано батьків 44 дітей віком від 6 місяців до 3 років, які знаходилися на лікуванні з приводу ротавірусної інфекції. Захворювання на ГКІ перебігало у середньотяжкій формі у 28 (64%) дітей, тяжкій - у 16 (36%). Загальними для всіх форм захворювання були прояви інтоксикаційного синдрому (42 дитини -

95,5% випадків діарейного синдрому (41 – 93,2%). При середньотяжкому перебігу хвороби тривалість проявів інтоксикації складала 4-6 днів в середньому, а порушення кишкового тракту спостерігалось протягом 3-8 днів. Тяжкий перебіг хвороби характеризувався вираженим інтоксикаційним синдромом, який утримувався 5-9 днів. Тривалість діарейного синдрому в тяжких формах достовірно відрізнялась від такої при середньотяжкому перебігу і складала 4-10 днів.

Усі діти одержували однакову базисну терапію, що включала дієтотерапію, регідратаційну терапію (оральну та/або інфузійну), сорбенти, ферментні препарати та антидіарейні мікробні препарати (Ентерожерміна, Лінекс, Пробіс Кідс) віковим дозуванням. Залежно від термінів включення до схеми лікування пробіотичного препарату дітей було розподілено на дві групи, які порівнювалися за віком та тяжкістю перебігу ротавірусної інфекції. Діти І групи (23 дитини) отримували препарати вже з першого дня лікування, ІІ групу спостереження складали діти, яким було призначено пробіотик з 3-4 доби лікування (21 дитина).

Аналіз отриманих результатів дозволив констатувати, що раннє включення пробіотика сприяло скороченню вираженості проявів діарейного та інтоксикаційного синдромів у дітей. Динаміка інтоксикаційного синдрому у дітей І групи проявлялась більш швидкою нормалізацією температури тіла (за 2,5 дні проти 4 днів у ІІ групі спостереження), появою апетиту, покращенням емоційного стану дитини, швидшою нормалізацією періодів сну та бадьорості. Тривалість діарейного синдрому була достовірно меншою у дітей І групи – 4 дні порівняно з ІІ групою – 6 днів. У дітей, які почали лікування пробіотиком з першого дня перебування в стаціонарі, зареєстровано зменшення кратності стільця вже у перші дні хвороби. У дітей І групи на тлі лікування вже на 3-4 добу захворювання суттєво зменшувались патологічні домішки у випорожненнях (слиз, піна, неперетравлені грудки калу).

## **Висновки.**

Таким чином, проведене дослідження обґрунтувало доцільність використання пробіотиків при лікуванні гострих кишкових інфекцій ротавірусної етіології і

дозволило стверджувати, що раннє включення пробіотиків до схеми лікування ГКІ сприяє прискоренню клінічного одужання дітей та скорочує тривалість стаціонарного лікування.

### **Список літератури:**

1. Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики: підручник / С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрко, Л.В. Беш та ін.; за ред. С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрко. -6-е вид., переробл. і доп. – К.: ВСВ «Медицина», 2015.
2. Волосовець О. П., Кривопустов С. П., Чернишов В. П. Інфекційні хвороби у дітей : підручник. 2-ге вид. Київ : Медицина, 2023.
3. Інфекційні хвороби / За ред. проф. О.А. Голубовської. — К.: ВСВ «Медицина», 2018. — С. 312–325.