

**SCI-CONF.COM.UA**

# **GLOBAL TRENDS IN SCIENCE AND EDUCATION**



**PROCEEDINGS OF VI INTERNATIONAL  
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE  
JULY 1-3, 2025**

**KYIV  
2025**

# **GLOBAL TRENDS IN SCIENCE AND EDUCATION**

Proceedings of VI International Scientific and Practical Conference

Kyiv, Ukraine

1-3 July 2025

**Kyiv, Ukraine**

**2025**

**UDC 001.1**

The 6<sup>th</sup> International scientific and practical conference “Global trends in science and education” (July 1-3, 2025) SPC “Sci-conf.com.ua”, Kyiv, Ukraine. 2025. 683 p.

**ISBN 978-966-8219-82-5**

The recommended citation for this publication is:

*Ivanov I. Analysis of the phaunistic composition of Ukraine // Global trends in science and education. Proceedings of the 6th International scientific and practical conference. SPC “Sci-conf.com.ua”. Kyiv, Ukraine. 2025. Pp. 21-27. URL: <https://sci-conf.com.ua/vi-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-global-trends-in-science-and-education-1-3-07-2025-kiyiv-ukrayina-arhiv/>.*

**Editor**

**Komarytskyy M.L.**

*Ph.D. in Economics, Associate Professor*

Collection of scientific articles published is the scientific and practical publication, which contains scientific articles of students, graduate students, Candidates and Doctors of Sciences, research workers and practitioners from Europe, Ukraine and from neighbouring countries and beyond. The articles contain the study, reflecting the processes and changes in the structure of modern science. The collection of scientific articles is for students, postgraduate students, doctoral candidates, teachers, researchers, practitioners and people interested in the trends of modern science development.

**e-mail:** [kyiv@sci-conf.com.ua](mailto:kyiv@sci-conf.com.ua)

**homepage:** <https://sci-conf.com.ua>

©2025 Scientific Publishing Center “Sci-conf.com.ua” ®

©2025 Authors of the articles

## TABLE OF CONTENTS

### AGRICULTURAL SCIENCES

1. **Huang Chaolin, Yaroshchuk R.** 15  
STUDY ON THE CHARACTERISTICS OF AGRICULTURE AND FORESTRY AFTER THE RESTORATION OF DEGRADED LAND IN GUANGDONG PROVINCE
2. **Olshanskyi O. I.** 19  
THE MULTIFUNCTIONAL “CALIFORNIA CAGE”: DESIGN AND APPLICATION FEATURES BY AMERICAN BEEKEEPERS
3. **Григор’єва О. М., Алмаєва Т. М.** 23  
УРОЖАЙНІСТЬ ОЗДОРОВЛЕНОГО В КУЛЬТУРІ *IN VITRO* НАСІННЄВОГО МАТЕРІАЛУ КАРТОПЛІ ЗАЛЕЖНО ВІД РЕГУЛЯТОРІВ РОСТУ РОСЛИН В УМОВАХ ПРАВОБЕРЕЖНОГО СТЕПУ УКРАЇНИ
4. **Зеленянська Н. М., Мавров В. Г.** 30  
ВПЛИВ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ ПРЕПАРАТІВ НА КАЛУСОГЕНЕЗ ПРИЩЕПНИХ КОМПОНЕНТІВ ВИНОГРАДУ
5. **Нестеренко С. А.** 36  
ЦИФРОВІЗАЦІЯ АГРОСЕКТОРУ
6. **Сотніченко А. О.** 39  
ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ЛИСТЯНОГО ПОКРИВУ І ЦВІТІННЯ *CARYA CORDIFORMIS* І *CARYA OVATA* НА ТЕРИТОРІЇ ВІННИЧЧИНИ ТА МІСТА УМАНЬ
7. **Шпак Н. П.** 46  
ОСОБЛИВОСТІ РОЗМНОЖЕННЯ *SORBUS TORMINALIS* L. В УМОВАХ *IN VITRO*

### VETERINARY SCIENCES

8. **Тарасенко Л. О., Войцехівський В. Ю., Черков О.** 53  
ОЦІНКА ДОБРОБУТУ ТВАРИН СУЧАСНИМИ ЗАСОБАМИ МОНІТОРИНГУ
9. **Шульженко Є. О.** 60  
ПОВЕДІНКОВИЙ МОНІТОРИНГ ЯК ЧАСТИНА СИСТЕМИ РАНЬОГО ПОПЕРЕДЖЕННЯ ЕПІЗООТІЙ
10. **Шульженко Є. О.** 64  
СУДОВО-ВЕТЕРИНАРНА ЕКСПЕРТИЗА ПРИ ОТРУЄННЯХ ВИСОКОТОКСИЧНИМИ РЕЧОВИНАМИ

### BIOLOGICAL SCIENCES

11. **Ващенко Н. М., Розова К. В., Беликова М. В.** 69  
ОБГРУНТУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ МЕЛАТОНІНУ ЯК АНТИОКСИДАНТА ТА АНТИГІПОКСАНТА ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ МОДЕЛІ ІММОБІЛІЗАЦІЙНОГО СТРЕСУ У ЩУРІВ

12. **Приплавко С. О., Донець Н. В., Козленко Є. А.** 73  
ВПЛИВ КОМБІНАЦІЙ МЕТАБОЛІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН НА РІСТ ПРОРОСТКІВ ГОРОХУ ОВОЧЕВОГО СОРТУ ІМПУЛЬС
13. **Спрут О. В., Українець Ю. М., Спрут К. В.** 77  
НАЯВНІСТЬ ПАРАЗИТІВ У ДОМАШНІХ ТВАРИН ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ДЛЯ ЛЮДИНИ
14. **Тарабун М. О.** 79  
ТРАВ'ЯНИСТИЙ ПОКРИВ І РАРИТЕТНІ КОМПОНЕНТИ ФЛОРИ ГІДРОЛОГІЧНОЇ ПАМ'ЯТКИ ПРИРОДИ ЗАГАЛЬНОДЕРЖАВНОГО ЗНАЧЕННЯ «ОЗЕРО СВЯТЕ»

#### MEDICAL SCIENCES

15. **Бугро В. І., Соніна Д. Д.** 82  
ДИНАМІКА ФОРМУВАННЯ ЗАГАЛЬНОГО ЧИСЛА ЗАХВОРЮВАНЬ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ, РОЗЛАДІВ ХАРЧУВАННЯ, ПОРУШЕННЯ ОБМІНУ РЕЧОВИН, З ЯКИМИ ПАЦІЄНТИ ПЕРЕБУВАЮТЬ ПІД ДИСПАНСЕРНИМ НАГЛЯДОМ В ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ УСТАНОВАХ МВС УКРАЇНИ
16. **Гайдаш О. І., Янчевський О. В.** 86  
СТАН ПЕРЕКІСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ У ХВОРИХ НА ПОЗАЛІКАРНЯНУ ПНЕВМОНІЮ
17. **Гайдаш О. І., Янчевський О. В.** 88  
КИСЛОТНА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ЕРИТРОЦИТІВ У ХВОРИХ НА ПОЗАЛІКАРНЯНУ ПНЕВМОНІЮ
18. **Гончаров В. В., Павлова Т. М.** 90  
ВІДНОВЛЕННЯ РУХОМОСТІ Й МОБІЛЬНОСТІ В НИЖНІХ КІНЦІВКАХ ПРИ МІННО-ВИБУХОВИХ ТРАВМАХ
19. **Довга І. М., Носальська Т. М., Євсюкова В. Ю., Косілова О. Ю., Казмірчук В. В.** 94  
СУПОЗИТОРІЇ З ЕФІРНОЇ ОЛІЄЮ ХМЕЛЮ І ДИКЛОФЕНАКОМ НАТРІЮ – ОРИГІНАЛЬНИЙ ЗАСІБ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПРОКТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
20. **Жданов О. О., Павлова Т. М.** 99  
ОБСТЕЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПОРУШЕННЯМ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ
21. **Кіричук Я. А., Мазур О. О.** 106  
ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ЗД-ДРУКУ В РЕКОНСТРУКТИВНІЙ ЛОР-ХІРУРГІЇ
22. **Клигуненко О. М., Єхалов В. В., Миронов Д. В.** 112  
ДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ІНТЕРНІВ-АНЕСТЕЗІОЛОГІВ У ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ ТА ВІЙНИ
23. **Лебедюк Ю. В., Гайдаш І. С.** 116  
РІВЕНЬ КАЛЬЦИФЕРОЛУ У ПАЦІЄНТОК ІЗ ДОБРОЯКІСНИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

# ОБСТЕЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПОРУШЕННЯМ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

**Жданов О. О.**

Студент

Харківського національного медичного університету,  
4 медичного факультету, 4-22-091 групи

Керівник:

**Павлова Т. М.**

## **Вступ.**

Порушення опорно-рухового апарату займають одне з перших місць по поширеності серед людей різних вікових категорій незалежно від статусу місця проживання та тому подібних факторів. Діагностування та лікування порушень опорно-рухового апарату є дуже важливим завданням, про що свідчить статистика, згідно з якою подібні порушення є основною причиною інвалідності в усьому світі.

## **Актуальність.**

Статистика Всесвітньої організації охорони здоров'я свідче, що:

1. Приблизно 1,71 мільярда людей у всьому світі мають захворювання опорно-рухового апарату.

2. Захворювання опорно-рухового апарату є основною причиною інвалідності в усьому світі, причому біль у попереку є основною причиною інвалідності в 160 країнах.

3. Розлади опорно-рухового апарату значно обмежують рухливість і спритність, що призводить до раннього виходу з роботи, зниження рівня добробуту та зниження здатності брати участь у житті суспільства.

4. Через зростання населення та старіння кількість людей із захворюваннями опорно-рухового апарату та пов'язаними з ними функціональними обмеженнями швидко зростає.

Усе вищезазначене свідчить про актуальність порушеної проблеми й показує наскільки важкими та небезпечними бувають захворювання опорно-

рухового апарату, що ще раз доводить необхідність більш детального й фундаментального вивчення проблем опорно-рухового апарату.

### **Матеріали та методи.**

1. Аналіз існуючих методів обстеження пацієнтів з порушеннями опорно-рухової системи.
2. Вивчення процесу реабілітації пацієнтів з порушеннями опорно-рухової системи
3. Статистичні данні, такі як данні, що надає ВООЗ.
4. Аналіз історій хвороб пацієнтів, які пройшли лікування після перелома стегнової кістки.

### **Зміст.**

Детальне обстеження пацієнта і визначення його реабілітаційного діагнозу є ключовою основою для розробки індивідуальної програми відновлення.

Реабілітаційне обстеження охоплює аналіз скарг, історії хвороби та результати клінічних і інструментальних досліджень. Особливістю цього процесу є не лише оцінка фізичних дефектів, але й аналіз їх впливу на життєдіяльність пацієнта. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, слід враховувати як ступінь ураження органів і систем, так і рівень соціальних обмежень через хворобу чи травму.

Обстеження пацієнтів із патологіями опорно-рухового апарату базується на загальноовизнаних методах, серед яких:

- вивчення скарг пацієнта;
- ретельний збір анамнезу захворювання;
- об'єктивна оцінка життєво важливих систем організму;
- обстеження стану опорно-рухового апарату;
- додаткові методи дослідження (рентгенографія, лабораторні аналізи, інструментальні дослідження тощо).

### *Опитування пацієнта*

Особливу увагу слід приділити розмові з пацієнтом, оскільки суб'єктивна

оцінка стану здоров'я та якості життя часто стає відправною точкою для розробки подальших реабілітаційних заходів. При зборі скарг і анамнезу важливо не пропустити ключових аспектів, що стосуються розвитку хвороби та її наслідків для пацієнта. Рекомендується з'ясувати такі моменти:

- основні скарги (біль, скутість, проблеми з ходьбою, втомлюваність тощо);
- історію розвитку захворювання, ефективність отриманого лікування, наявність супутніх патологій;
- обмеження рухової активності (здатність вставати, пересуватися, виконувати повсякденні дії);
- можливість виконання побутових операцій (гігієна, одягання, приготування їжі, прибирання);
- рівень соціальної активності та обмеження у спілкуванні;
- потребу в допоміжних засобах (милиці, візки, протези);
- психологічні або сексуальні проблеми;
- ситуацію в сім'ї, допомогу з боку близьких, фінансове забезпечення.

Для зручності процедури опитування застосовують спеціальні анкети, які дозволяють оцінити рівень життєдіяльності пацієнта. Основним критерієм виступає ступінь незалежності особи у повсякденному житті.

#### *Основні скарги*

Найчастішою скаргою є біль у суглобах (артралгія), інтенсивність якого оцінюють за 4-бальною шкалою:

- **0 балів** – відсутність болю;
- **1 бал** – незначний біль, що не впливає на працездатність і сон;
- **2 бали** – помірний біль, який знижує активність, але добре контролюється анальгетиками;
- **3 бали** – сильний біль, що погано піддається лікуванню та заважає повсякденній активності;
- **4 бали** – інтенсивний біль, що повністю знерухомлює пацієнта.

Також можуть використовуватися візуально-аналогові шкали (ВАШ) для

оцінки болю. Інші часті скарги включають скутість суглобів, почервоніння, припухання, обмеження рухів і хруст при русі. Важливо з'ясувати, чи раніше спостерігалися ознаки запалення суглобів (артриту).

#### *Характеристика больового синдрому*

При вивченні болю уточнюють:

- Локалізацію, інтенсивність та іррадіацію болю.
- Тип ураження: моноартрит, олігоартрит або поліартрит.
- Симетричність ураження.
- Ознаки запалення (набряк, підвищення температури, почервоніння).
- Ритм болю (ранішній, нічний, залежність від рухів).
- Фактори, що зменшують або провокують біль.

Ці аспекти допомагають встановити діагноз і розробити оптимальний план лікування та реабілітації.

#### *Збір анамнезу захворювання*

При опитуванні пацієнтів важливо детально уточнити початок захворювання. Слід визначити, у якому віці з'явилися артралгії або артрит і які фактори могли спричинити їх виникнення (наприклад, попередні носоглоткові, кишкові чи сечостатевої інфекції, алергічні реакції, вакцинації, травми, стресові ситуації, переїдання, зловживання алкоголем, пологи або викидні). Важливим є також вплив фізичних факторів, таких як перегрівання, переохолодження, значні фізичні навантаження, вплив вібрації чи професійні шкідливості. Слід звернути увагу на наявність супутніх захворювань, серед яких ожиріння, цукровий діабет або злоякісні новоутворення. Особливу увагу варто приділити сімейному анамнезу, зокрема щодо спадкових захворювань опорно-рухового апарату.

Необхідно також визначити фактори, які зменшують або посилюють больовий синдром. Якщо пацієнт тривалий час страждає від захворювання суглобів, слід уточнити характер перебігу хвороби, частоту рецидивів, час і особливості змін суглобового синдрому, момент появи деформацій і дефігурацій. Важливо з'ясувати наявність ремісій, їх тривалість і чинники, які

сприяли їх досягненню. Також необхідно оцінити характер і ефективність попереднього лікування та реабілітаційних заходів.

У реабілітаційній практиці для оцінки стану хворих з порушеннями опорно-рухового апарату широко застосовуються спеціальні шкали. Найбільш поширені шкала повсякденної життєдіяльності Бартела (Barthel Index) і шкала функціональної незалежності FIM (Functional Independence Measure), розроблена Американською Академією Фізичної терапії і Реабілітації.

За шкалою Бартела рівень побутової активності визначається за сумою балів, які відповідають виконанню певних функцій. Максимальна кількість балів, що свідчить про повну незалежність у повсякденному житті, становить 100.

У деяких випадках застосовується метод Аускультатії, (вислуховування з допомогою фонендоскопа) який проводиться тільки під час рухів у суглобах. Фонендоскоп встановлюють на рівні суглобової щілини і просять хворого здійснити згинання й розгинання. Визначають час появи шуму і оцінюють його тривалість і характер. У нормі шуми не вислуховуються, однак при патологічному процесі у суглобі можуть з'являтися шуми різного характеру.

*Лікування порушення опорно-рухового апарату наприкладі перелома стегнової кістки*

Переломи стегнової кістки становлять приблизно чверть усіх випадків переломів у цій зоні. Такі травми здебільшого характерні для жінок літнього віку. Вони виникають через падіння, під час якого відбувається удар в ділянці великого вертлюга стегнової кістки. Залежно від локалізації ушкоджень, розрізняють медіальні (внутрішньосуглобові), латеральні (позасуглобові) та вбиті переломи.

Консервативні методи лікування використовуються переважно при вбитих переломах. Як правило, спочатку застосовують скелетне витягання за бугристість великогомілкової кістки, яке через два місяці замінюють на клейове або манжетне витягання з тягою в 2-3 кг через гомілковостопний суглоб.

Фізичні вправи (ЛФК) починають виконувати вже на 2-3 день після

травми. Основними завданнями є відновлення нормального лімфо- та кровообігу, покращення роботи серцево-судинної та травної систем, а також профілактика застійних явищ у легенях і утворення пролежнів. Серед рекомендованих вправ:

- Активні рухи пальцями ніг і в гомілковостопному суглобі.
- Ізометричні напруження м'язів стегна і гомілки з акцентом на м'язи, що відводять і пронують стегно (з утриманням напруження 2-3 секунди).
- Ідеомоторні вправи.
- Підняття таза за допомогою здорової ноги.
- Піднімання верхньої частини тіла в ліжку за підтримки балканської рами.
- Починаючи з другого-третього тижня, додаються активні рухи у колінному суглобі.
- Вправи для зміцнення м'язів плечового поясу та здорової кінцівки.

На другому етапі ЛФК завдання та методика нагадують реабілітацію після переломів діафіза стегнової кістки, але осьові навантаження допускаються пізніше – приблизно через 3-4 місяці (спочатку часткові, а повні – через 5-6 місяців).

У випадках медіальних та латеральних переломів шийки стегнової кістки, особливо за наявності зміщення, зрощення зазвичай ускладнене. Це зумовлено такими факторами, як: порушення кровопостачання через облітерацію артерії круглої зв'язки, відсутність окістя на шийці стегна, зменшення шийково-діафізарного кута, остеопороз, супутні захворювання та наявність синовіальної рідини в зоні перелому.

У таких випадках вдаються до оперативного втручання із застосуванням металевих конструкцій, наприклад, трилопатевого цвяха Сміта-Петерсона. Після операції проводять іммобілізацію за допомогою шини Белера або піщаних мішечків для запобігання зовнішній ротації стегна. Видалення цвяха здійснюють не раніше, ніж через рік після травми, хоча в деяких випадках він може залишитися на все життя.

## **Висновок.**

Комплексний підхід до обстеження пацієнтів із захворюваннями опорно-рухового апарату є ключовим для визначення діагнозу та розробки індивідуального плану лікування й реабілітації. Важливими складовими цього процесу є детальний збір анамнезу, оцінка функціонального стану пацієнта за допомогою спеціальних шкал, таких як індекс Бартела або FIM, а також врахування факторів, які впливають на фізичну активність і якість життя.

Особлива увага приділяється збору скарг, вивченню історії розвитку захворювання, оцінці больового синдрому та аналізу соціальних і психологічних обмежень, які виникають унаслідок хвороби. Окремо підкреслюється значення фізичних вправ і фізіотерапії на всіх етапах реабілітації, а також використання сучасних хірургічних методів у складних випадках, зокрема при переломах стегнової кістки.

Такий цілісний підхід сприяє більш ефективному відновленню пацієнтів, поліпшенню їхньої рухової активності, адаптації до побутових потреб і соціального життя.

## **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:**

1. Фізична реабілітація, спортивна медицина : підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / В. В. Абрамов, В. В. Клапчук, О. Б. Неханевич [та ін.] ; за ред. професора В. В. Абрамова та доцента О. Л. Смирнової. – Дніпропетровськ, Журфонд, 2014. – 456 с. : іл. 79
2. World Health Organisation (WHO) <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
3. Фізична реабілітація: підручник / В. М. Мухін – 3-тє видання, перероблене та доповнене – Київ: Олімпійська література, 2009. – с. 17-104