



ISU

INTERNATIONAL SCIENTIFIC UNITY



**XXXVI INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL
CONFERENCE
«The Latest Trends and
Transformation of Modern
Scientific Research»**

**August 28-30, 2024
Porto, Portugal**

ISBN 978-617-8427-26-9



INTERNATIONAL SCIENTIFIC UNITY

**XXXVI INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND
PRACTICAL CONFERENCE**
«The Latest Trends and Transformation of
Modern Scientific Research»

Collection of abstracts

August 28-30, 2024
Porto, Portugal

UDC 01.1

XXXVI International scientific and practical conference «The Latest Trends and Transformation of Modern Scientific Research» (August 28-30, 2024) Porto, Portugal. International Scientific Unity, 2024. 133 p.

ISBN 978-617-8427-26-9

The collection of abstracts presents the materials of the participants of the International scientific and practical conference «The Latest Trends and Transformation of Modern Scientific Research».

The conference is included in the Academic Research Index ReserchBib International catalog of scientific conferences.

The materials of the collection are presented in the author's edition and printed in the original language. The authors of the published materials bear full responsibility for the authenticity of the given facts, proper names, geographical names, quotations, economic and statistical data, industry terminology, and other information.

The materials of the conference are publicly available under the terms of the CC BY-NC 4.0 International license.

ISBN 978-617-8427-26-9



© Authors of theses, 2024
© International Scientific Unity, 2024
Official site: <https://isu-conference.com/>

Глухий А., Митрофанова Г., Євтушенко О. ЕТАПИ ТА МЕТОДИ ПРОВЕДЕННЯ СПІВБЕСІДИ У ПРОЦЕСІ ДОБОРУ ПЕРСОНАЛУ ОРГАНІЗАЦІЇ.....	58
--	----

SECTION: MEDICINE

Tereshchenko A., Sukhonosov R., Halycha M., Nadozirna S. DRAINAGE SYSTEM OF THE FRONTAL FONTANELLE.....	61
---	----

Добронравова І.В., Тігаренко О.В. ВИПАДКИ ДИСФОНІЇ ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ. ВЛАСНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ.....	63
--	----

Хільчевська В. ВЕРИФІКАЦІЯ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ.....	66
--	----

Antoniuk O.P. THE PECULIARITIES OF STRUCTURE AND DIAGNOSIS OF VENOUS DUCT IN FETUSES OF HUMAN ONTOGENESIS.....	68
---	----

SECTION: MILITARY AFFAIR

Стоянова-Коваль С., Остапенко І., Захаров А. ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РЕАЛІЗАЦІЇ АКАДЕМІЧНОЇ МОБІЛЬНОСТІ У ВИЩИХ ВІЙСЬКОВИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ.....	72
--	----

SECTION: PEDAGOGY, PHILOLOGY AND LINGUISTICS

Baghici N. EXPRESSING COMMUNICATIVE AGGRESSION IN ONLINE PUBLICATIONS AND SPEECHES OF D. TRUMP.....	76
--	----

Șișianu A., Pușcașu A. TECHNOLOGICAL INTEGRATION IN ESL TEACHER PREPARATION.....	82
---	----

Țaulean M. PROMOTING INTERCULTURAL COMMUNICATION IN EFL THROUGH DRAMA-BASED ROLE-PLAYING ACTIVITIES.....	88
---	----

These lacunae are described in the literature under the name lacunae laterales seu venosae Trollardi. Most authors consider these formations as auxiliary venous systems that are either constantly filled with blood or periodically fill in cases of obstructed blood outflow through the sinuses. The assertion of their auxiliary role in venous circulation can be questioned based on the fact that, in our studies, we never observed blood in the lacunae. Even in cases where the death of a newborn resulted from hemorrhage into the brain and meninges, and the entire fontanelle tissue was saturated with blood, the lacunae remained free of blood. In our opinion, the shared structure and close connection of these lacunae, on the one hand, with the system of "juice" clefts and, on the other hand, with the venous sinuses of the dura mater, suggest that these formations are part of the general drainage system of the fontanelle.

Evidence that the frontal fontanelle performs a drainage function is the fact that, in cases of chronic hydrocephalus in children, the system of "juice" clefts in the fontanelle is particularly well-developed. The lacunae significantly enlarge and are so close to each other that the tissue of the fontanelle and adjacent areas of the dura mater take on a sieve-like appearance. In these cases, it is often possible to observe ruptures of individual lacunae, likely due to a sharp increase in intracranial pressure.

References

1. R. D. Sinelnikov, Y. R. Sinelnikov, «Atlas of Human Anatomy», 1996, V. 4, 320 p.
2. I. I. Bobryk, V. I. Minakov, «Atlas of Newborn Anatomy», 1990, 168 p.
3. E. M. Margorin, «Topographical and Anatomical Features of the Newborn», 1977, 280 p.
4. A. Andronescu, «Anatomy of a Child», 1970, 360 p.
5. A. M. Chernukh, P. N. Aleksandrov, O. V. Alekseev, «Microcirculation», 1984, 432 p.

ВИПАДКИ ДИСФОНІЇ ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ. ВЛАСНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ.

Добронравова І.В.

кандидат медичних наук, асистентка

Тігаренко О.В.

кандидат медичних наук, доцентка

Кафедра оториноларингології

Одеський національний медичний університет

Голос є дуже важливим компонентом життя. При афонії - повній втраті голосу, або при різних формах дисфонії, що проявляються захриплістю, підвищеною стомлюваністю, слабкістю голосу, появою тембральних та інтонаційних порушень, ускладнюється здатність до спілкування, страждає трудова діяльність осіб голосомовних професій, до яких належать артисти, співаки, викладачі, лектори, військовослужбовці, священнослужителі. Крім того,

через виникаючі обмеження в роботі, у спілкуванні, виникає емоційний дисбаланс, який, у свою чергу, посилює голосові порушення, тому що загальновідомо про нерозривний зв'язок їх зі станом психо-емоційної сфери.

Причини порушень голосу є різними. Це може бути як функціональні, так і органічні порушення голосоутворення. До останніх належить патологія рухливості гортані. Це парези й паралічі гортані, які бувають нейрогенними (центральні та периферичні) та міогенними. Центральні парези й паралічі виникають у разі ураження центральної ділянки, що регулює механізм голосоутворення. Периферичні - при ушкодженні поворотного нерва різної етіології (постгрипозні, посттравматичні після струмектомії, при об'ємних процесах у легенях і середостінні, збільшенні дуги аорти тощо). Парези внутрішніх м'язів, тобто міогенні парези гортані розвиваються найчастіше за місцевих причин: за великих голосових навантажень на тлі гострих і загострення хронічних ларингітів, на ґрунті крововиливів у м'язи, після ендоларингеальних операцій з приводу доброякісних утворень голосових складок, при деяких загальних інфекційних захворюваннях, у разі неадекватного голосового навантаження в період статевого созрівання, коли виражений мутаційний ларингіт. Але є і загальні причини міогенних парезів гортані. Вони виникають у разі вродженої слабкості гортанних м'язів, у разі міастенії або міастенічного синдрому. На жаль, у літературі небагато інформації про ці випадки.

Хотілося б поділитись нашими спостереженнями за кількома пацієнтами з порушеннями голосоутворення центрального генезу, пов'язаних з міастенією та міастенічним синдромом.

Ми спостерігали три випадки комбінованого міогенного парезу гортані (внутрішній щиточерпалоподібний м'яз, *m. vocalis, seu m. thyroarythenideus internus*, та бічний черпалоперстнеподібний м'яз, *m. cricoarytenoideus lateralis*), на фоні розсіяного склерозу. У всіх трьох випадках це були молоді жінки (25-34 р.), які звернулися зі скаргами на захриплість, швидко стомлюваність голосу, порушення його тембрального забарвлення. Робота у всіх випадках не була пов'язана з голосовим навантаженням, проте ці голосові проблеми порушували якість життя, вносили дискомфорт у спілкування. У всіх трьох пацієнток раніше було встановлено діагноз розсіяного склерозу. При лікуванні поряд з лікарськими препаратами, призначеними невропатологом з приводу основного захворювання, застосовувалася седативна терапія, вітамінотерапія, стимулююча терапія. Проводились фонопедія та дихальна гімнастика. Звертало на себе увагу затяжний перебіг захворювання, що важко піддавалося лікуванню, схильність до рецидивування. Можливо, додаткову роль грала психотравмуюча ситуація, пов'язана з тяжкістю основного захворювання, так як погіршення тону м'язів гортані передувало очікування чергового обстеження у невропатолога. Однак завдяки комплексному підходу до лікування та самостійним заняттям фонопедією пацієнтами протягом тривалого часу, вдалося покращити якість голосу, зменшити явища міогенного парезу гортані, підвищити тонус голосових складок та стабілізувати перебіг захворювання.

Також спостерігалось кілька випадків міогенного парезу гортані на тлі міастенії та міастенічного синдрому. В одному випадку дівчина 19 років звернулася зі скаргами на слабкість, швидку стомлюваність голосу, захриплість, парастезії у ділянці гортані, глотки. Діагностовано міогенний парез гортані (*m. vocalis*). Проводилося традиційне фоніатричне лікування. Однак, незважаючи на наполегливе лікування, було відзначено практично повну відсутність позитивної динаміки. Проведено додаткове обстеження пацієнтки. При комп'ютерній томографії органів грудної клітки та середостіння виявлено гіпертрофію вілочкової залози. Спрямована на хірургічне лікування. Після видалення вілочкової залози у найкоротші терміни за допомогою фонопедії, вітамінотерапії та стимулюючої терапії було повністю відновлено м'язовий тонус голосових складок.

Жінка 58 років звернулася на консультацію із клінікою двостороннього парезу гортані, компенсованого стенозу гортані. Проведено ретельне комплексне обстеження, за якого невропатологом було встановлено діагноз: міастенія. Відповідно було зроблено висновок про помилковість діагнозу нейрогенного парезу гортані. Очевидно, порушення рухливості обох половин гортані було пов'язане з парезом заднього перстнечерпалоподібного м'яза - *m. cricoarytenoideus post, s. posticus*. Таким чином, мав місце міогенний парез гортані. Жінка отримала лікування у невропатолога щодо міастенії. Паралельно проводилась стимуляція м'язів гортані, фонопедія та дихальна гімнастика. Отримано позитивну динаміку, просвіт гортані збільшився.

Також відмічені три випадки, коли міогенний парез гортані (*m.vocalis*) виник на тлі міастенічного синдрому. Пацієнтами були двоє чоловіків (28 та 31 рік) та одна жінка (42 роки). Звернулися зі скаргами на погіршення якості голосу, його швидку стомлюваність, захриплість, зміну тембру голосу. Робота у всіх трьох випадках не була пов'язана із голосовим навантаженням. Наявність стресу пацієнти заперечували. Проведене фоніатричне лікування давало дуже слабкий терапевтичний ефект. Після дообстеження невропатологом у всіх трьох випадках було встановлено діагноз міастенії. Проведено відповідне лікування під наглядом невропатолога. Загальне самопочуття пацієнтів покращало, проте якість голосу залишала бажати кращого. Проведено курс фонопедії та дихальної гімнастики у поєднанні зі стимуляцією м'язів гортані. В результаті відновилися координація дихання та мови, покращилася якість голосу. Проте слід зазначити, що мали місце рецидиви захворювання, що вимагало повторних курсів терапії.

На підставі приведених спостережень ми дійшли висновків, що:

1. При тривалих, затяжних течіях дисфоній, що важко піддаються лікуванню, необхідно до комплексу обстеження пацієнтів включати обстеження у невропатолога;

2. Для покращення якості життя пацієнтів з міастенією, міастенічним синдромом, розсіяним склерозом, до лікування основного захворювання додавати лікування під наглядом фоніатра з наступним спостереженням та профілактичними протирецидивними курсами лікування.

Список використаних джерел

1. Шидловська Т.А. Функціональні порушення голосу. – К.: Логос, 2011. – 523 с.
2. А. А. Лайко, Д.І. Заболотний, Ю. В. Гавриленко, О. І. Яшан, Д. Д. Заболотна, А. Л. Косаковський, Т.А. Шидловська, К.Ю. Куреньова, В. В. Синяченко, І. А. Косаківська, А.В. Ткаліна, Т.М. Осадча, Л.А. Шух. Гострі неспецифічні хвороби гортані. Монографія. – Вінниця, ТОВ «Меркьюрі-Поділля», 2021. – 235 с.

ВЕРИФІКАЦІЯ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ

Хільчевська Вікторія

к.мед.н., доцент

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Буковинський державний медичний університет

м. Чернівці, Україна

Надзвичайно актуальним залишається диференційна діагностика функціональних та запальних захворювань товстого кишечника шляхом аналізу анамнестичних та клінічних показників, що дозволяє визначати оптимальний обсяг подальших досліджень та своєчасну верифікацію захворювання [1]. Серед функціональних гастроінтестинальних захворювань найчастішим за поширеністю є синдром роздратованого кишечника (СРК). Справжня частота СРК у дітей недостатньо вивчена, проте епідеміологічні дослідження показують, що характерні для нього скарги притаманні більше ніж половині дітей з рецидивним абдомінальним синдромом [2,3].

Метою дослідження було вивчення клінічно-анамнестичних показників під час верифікації СРК у дітей.

Під наглядом перебувало 35 пацієнтів віком від 3 до 16 років із СРК, пролікованих у гастроентерологічному відділенні Чернівецької обласної дитячої клінічної лікарні. Серед обстежених дітей дещо переважали хлопчики (54,3%) та мешканці сільської місцевості (55,4%). Більшість дітей (85,7%) були у віці 6-12 років, що відповідає молодшому та середньому шкільному віку і, можливо, пов'язано зі зміною способу життя та характеру харчування при вступі до загальноосвітнього закладу, труднощами адаптації у перші роки навчання та підвищеним фізичним і психічним навантаженням у наступні періоди.

Для верифікації СРК використовували збір анамнезу, фізикальне обстеження, виключення симптомів «тривоги», оцінку психологічних та соціальних чинників. Аналізувалися загальноклінічні аналізи, біохімія крові, реакція Грегерсена, бактеріологічний аналіз випорожнень, УЗД органів черевної порожнини, ендоскопічне дослідження (ректороманоскопія) за показаннями, рентгенографічне дослідження (іригографія) за показаннями. Іригографія у двох дітей зі стійкими запорами виявила зміни, властиві долихосигмі. Діти з