

Оцінку важкості праці оператора ми здійснили за показниками та критеріями «Гігієнічної класифікація праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу» (ГКП) № 248 затвердженою МОЗ від 08.04.2014 .

Нами було встановлено, що оператор за один робочий цикл переносить фільтр масою 6 кг на відстань 9 м 2 рази, сировину масою 200 гр на відстань 15 м 1 раз, ємкість для продукту масою 300 гр на відстань 15 м 2 рази та ємкість з готовим продуктом масою 500 гр на відстань 15 м 1 раз. Зовнішнє фізичне динамічне завантаження при загальному навантаженні (за участю м'язів рук, тулуба, ніг) становить 127,3 кг\*м. Згідно додатку 15 ГКП, пункту 11.1 глави 11 розділу II воно відповідає 1 класу – оптимальний, легке фізичне навантаження (до 22000 кг\*м).

Кількість стереотипних робочих рухів за зміну при локальному навантаженні становить 85-90. Відповідно до додатку 15 ГКП дана кількість відповідає 1 класу – оптимальний, легке фізичне навантаження (до 20000).

Кількість стереотипних робочих рухів за зміну при регіонарному навантаженні становить 15-20. Згідно додатку 15 ГКП дана кількість відповідає 1 класу – оптимальний, легке фізичне навантаження (до 10000).

Час спостереження за роботою приладу в робочій позі «стоячи» займає у оператора 51% тривалості робочої зміни. Згідно з додатком 15 ГКП дана кількість відповідає 2 класу – допустимий, середнє фізичне навантаження (до 60%).

Також під час виконання своїх завдань оператор проходить відстань 1,5 км по горизонталі. Відповідно до додатку 15 ГКП дана кількість відповідає 1 класу – оптимальний, легке фізичне навантаження (до 4 км).

**Висновки.** Оцінка умов праці оператора за критеріями ГКП 248 свідчить, що важкість праці відповідає класу 2 (допустимий, середньої важкості) за робочою позою.

## **ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ РІВНЯ ФАКТОРА НЕКРОЗУ ПУХЛИН У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРВИННОЮ ВІДКРИТОКУТОВОЮ ГЛАУКОМОЮ** **Салата П.М.**

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

Проведення імуногенетичних досліджень з метою виявлення факторів, що впливають на виникнення та прогресування глаукомної оптичної нейропатії є необхідними на сучасному етапі розвитку офтальмології.

Мета роботи: підвищити ефективність діагностики хворих на первинну відкритокутову глаукому.

Методи дослідження. На базі очного відділення Центральної міської (Олександрівської) клінічної лікарні м. Києва було обстежено 80 хворих (134 ока) з первинною відкритокутовою глаукомою. Вік хворих становив від 37 до 84 років. Середній вік чоловіків – 67 років. Середній вік жінок – 70 років. Контрольну групу склали 70 здорових (140 очей) людей віком від 49 до 85 років.

У сироватці крові хворих на ПБКГ здійснювали визначення імунологічного показника - цитокіну: фактора некрозу пухлин. Кількість фактора некрозу пухлин визначали в культурі клітин лінії L-929 (фібробласти мишей) за індексом цитотоксичності (ІЦ,%) за допомогою спектрофотометрії.

Результати дослідження.

Аналіз отриманих даних свідчить про більшу продукцію фактора некрозу пухлин при прогресуванні захворювання. У прооперованих хворих із другою та третьою стадією глаукоми рівень продукції ФНП лейкоцитами крові збільшувався суттєво, як у порівнянні з показниками у контролі, так і у хворих після терапевтичного лікування. При цьому індекс цитотоксичності у чоловіків ( $19,02 \pm 1,94\%$  при 2 стадії та  $22,44 \pm 2,83\%$  при 3 стадії) після терапевтичного лікування був меншим ніж у жінок ( $23,46 \pm 3,10\%$  при 2 стадії та  $27,96 \pm 3,91\%$  при 3 стадії). Після хірургічного лікування індекс цитотоксичності був більшим у чоловіків ( $32,85 \pm 3,09\%$  при 2 стадії та  $36,47 \pm 4,80\%$  при 3 стадії) ніж у жінок ( $29,14 \pm 3,98\%$  при 2 стадії та  $33,54 \pm 4,10\%$  при 3 стадії).

Визначено, що значне збільшення рівня ФНП спостерігається в підгрупі із прогресуванням глаукомного процесу ( $36,62 \pm 2,68\%$ ) та нестабільним рівнем внутрішньоочного тиску ( $35,08 \pm 2,43\%$ ) серед хворих, яким були проведені хірургічні втручання. У підгрупі хворих із стабільним перебігом глаукоми, які отримували лише гіпотензивне лікування, рівень фактора некрозу пухлин підвищувався незначно – ( $19,19 \pm 1,54\%$ ), у порівнянні з контролем ( $14,31 \pm 0,40\%$ ,  $p < 0,05$ ).

Висновок. Визначення рівнів фактора некроза пухлин у хворих на первинну відкритокутову глаукому дозволить прогнозувати перебіг глаукомного процесу, особливо після проведення антиглаукомних операцій, а також ефективності терапії хворих.

## **ПСИХОГІГІЄНА ТА ЇЇ МІСЦЕ В СИСТЕМІ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ У СУСПІЛЬСТВІ З ВИСОКИМ РІВНЕМ УРБАНІЗАЦІЇ (на прикладі оцінки властивостей характеру осіб з різним рівнем здоров'я)**

**Сергея І. В.**

*Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова*

Важливе місце у структурі наукових досліджень, присвячених проблемам визначення особливостей перебігу адаптаційних процесів та розроблення, на підставі застосування адаптаційно-орієнтованого підходу, заходів профілактики захворювань у суспільстві з високим рівнем урбанізації, займають питання щодо проведення порівняльної оцінки не лише особливостей перебігу процесів психофізіологічної і психічної адаптації загалом, але й особливостей протікання зазначених процесів серед окремих контингентів досліджуваних осіб з різним рівнем здоров'я, зокрема, серед учнівської молоді, яка відзначається високим на підставі проведення комплексу клініко-діагностичних досліджень рівнем здоров'я, та серед учнівської молоді, структурний розподіл представників яких відповідно до рівня здоров'я цілком адекватно відображує реальну обстановку,