

**Міністерство охорони здоров'я України  
Харківський національний медичний університет**

**Громадське здоров'я в Україні:  
проблеми та способи їх вирішення**

матеріали II науково-практичної конференції  
з міжнародною участю

24 жовтня 2019 року

Харків  
2019

УДК 614.2(477)

Г86

**Редакційна колегія:** Огнєв В.А., Мельниченко О.А., Сокол К.М., Чухно І.А.

Затверджено вченою радою ХНМУ.

Протокол № від 19.12.2019 р.

**Г86 Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення:**  
матеріали II науково-практичної конференції з міжнародною участю,  
24 жовтня 2019 р. Харків, 2019. 146 с.

УДК 614.2(477)

© Харківський національний  
медичний університет

Наукове видання

**Громадське здоров'я в Україні:  
проблеми та способи їх вирішення**

матеріали II науково-практичної конференції  
з міжнародною участю

м. Харків, 24 жовтня 2019 року

Відповідальний за випуск проф. В.А. Огнев

Формат А5. Ризографія. Ум.-друк. арк. 9,8  
Тираж 100 прим. Зам. № 18-33665

---

Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022  
izdatknmu@mail.ru, izdat@knmu.kharkov.ua

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного  
реєстру видавництв, видавців і розповсюджувачів видавничої продукції  
Серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.

## ПРИВІТАННЯ

**ректора Харківського національного медичного університету, д.мед.н., професора, заслуженого працівника освіти України В.А. Капустника учасникам II науково-практичної конференції з міжнародною участю «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення»**

Шановні учасники конференції, науковці та студентство!

Щиро радий вітати Вас на науково-практичній конференції, присвяченій систематизації проблем забезпечення громадського здоров'я та розробці концептуальних підходів до вдосконалення способів їх вирішення.

Актуальність розробок за цією проблематикою зростає на тлі збільшення в Україні кількості хворих на різноманітні захворювання, що негативно позначається на стані здоров'я не лише окремих людей, а й становить загрозу для здоров'я нації, і з тим – ускладнює економічну та соціальну ситуацію в країні. Усвідомлюючи значущість цієї ситуації, Кабінет Міністрів України схвалив Концепцію розвитку системи громадського здоров'я (2016 р.), якою визначено засади, напрями, завдання, механізми та строки розбудови системи громадського здоров'я з метою формування та реалізації дієвої державної політики для збереження та зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості та покращання якості життя, попередження захворювань, продовження активного, працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства.

Медичний університет приймає активну участь у вирішенні цієї суспільно значущої проблеми. Провідні позиції у цьому процесі належать колективу кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, які успішно поєднують навчальний процес і наукову діяльність. До здобутків кафедри належать виконані й успішно захищені дисертації на здобуття наукового ступеню доктора/кандидата медичних наук і звіти за результатами госпрозрахункових та ініціативних науково-дослідних робіт, отримані об'єкти інтелектуальної власності, численні публікації, виступи на наукових комунікативних заходах й ін.

Означена науково-практична конференція є чудовий майданчиком для оприлюднення результатів раніше проведених досліджень, перевірки їх релевантності, обміну ідеями, пошуку нових варіантів співпраці як запоруки покращання громадського здоров'я в Україні.

Щиро вітаю всіх учасників конференції та бажаю творчого натхнення, конструктивних дискусій та результативної співпраці.

**Ректор ХНМУ**



**В.А. Капустник**

## **ПРИВІТАННЯ**

**голови Вченої ради Харківського національного медичного університету, д.мед.н., професора, члена-кореспондента Національної академії медичних наук України, лауреата Державної премії України, заслуженого лікаря України В.М. Лісового учасникам II науково-практичної конференції з міжнародною участю «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення»**

Шановні учасники конференції, науковці та студентство!

Радий вітати Вас на науково-практичній конференції, присвяченій теоретичним і практичним аспектам попередження захворювань, збільшення тривалості життя та зміцнення здоров'я населення шляхом організованих зусиль суспільства. Значна частина населення України, як і усього світу, потерпає від різних хвороб, на боротьбу з якими на індивідуальному рівні спрямована діяльність системи охорони здоров'я та клінічної медичної науки. Проте, актуальність боротьби з хворобами та зростання рівня здоров'я населення на популяційному рівні в останні десятиліття все більше зростає. В сучасних умовах зростає значення концентрації ресурсів і зусиль фахівців з громадського здоров'я на здійсненні загально популяційних заходів щодо сприяння здоров'ю, зокрема спрямованих на провадження активного способу життя, здорового харчування, дотримання гігієни та регулярних обстежень здоров'я тощо, завдяки чому можна уникнути чимало захворювань. Над вирішенням цієї суспільно значущої проблеми активно працюють вітчизняні науковці, серед яких провідні позиції належить представникам кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я. Її співробітники виконують науково-дослідну роботу за даною проблематикою («Стан автономної регуляції у студентів в процесі адаптації до соціальних, темпоральних і природних факторів»), а також виконують та захищають дисертаційні дослідження за цією тематикою. Вагомими результатами наукового пошуку колективу кафедри є численні об'єкти інтелектуальної власності, публікації, виступи на наукових комунікативних заходах та ін.

Для університета наука є одним із пріоритетних напрямів діяльності, а тому проведення цієї науково-практичної конференції є кроком до подальшого покращення свого іміджу та професійного розвитку співробітників, можливість як для знаних, так і молодих учених розширити професійні контакти, оприлюднити результати власних наукових досліджень, обмінятися науковими надбаннями задля розвитку та покращання громадського здоров'я в Україні.

Прийміть щирі вітання від Вченої ради університету та побажання наснаги для нових творчих успіхів, добробуту та цілеспрямованості.

**Голова Вченої ради**



**В.М. Лісовий**

# Секція 1 ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

## ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я: СТАНОВЛЕННЯ ТА ВИКЛИКИ СУЧАСНОСТІ

*Капустник В.А., Лісовий В.М., Огнєв В.А., ХНМУ, Харків*

На початку ХХІ ст. в медичній науці відбуваються значні зміни. З'явилась потреба у науковому обґрунтуванні і тлумаченні понять «здоров'я» та «хвороба» стосовно груп і спільнот, а також, у використанні накопичених знань не тільки для поліпшення та охорони здоров'я населення але й оптимальної організації превентивної медицини задля попередження захворювань [2]. Саме питаннями збереження та зміцнення здоров'я, збільшення тривалості та покращення якості життя, попередження захворювань, продовження активного, працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства і займається сучасне громадське здоров'я.

Історично систематичне накопичення й узагальнення знань в галузі громадського здоров'я пов'язують з добою Просвітництва (1700–1850). У Європі це була епоха розвитку демократії, громадянства, раціоналізму, соціальної цінності інтелекту та збирання інформації. Ці ідеї і стали підґрунтям для формування громадського здоров'я.

Розвиток соціально-медичних уявлень та положень сягає обґрунтування доцільності організації державної системи охорони здоров'я, яка б охопила усі верстви населення [1, с 83]. Першу подібну спробу у закінченому вигляді здійснив Йоган Петер Франк (1745–1821). Його основна праця «Система досконалої медичної поліції» мала шість томів і два томи додатків. Автор запропонував систему державних заходів з охорони здоров'я громадян.

На початку ХІХ ст. Джеремі Бентам (1748–1832), англійський філософ та його учні (теоретичні радикали) розвивали філософію утилітаризму, що фактично стало базою для розробки соціальної політики та політики в охороні здоров'я. Д. Бентам та його учні також досліджували тему стосовно зниження рівня захворюваності та покращання здоров'я як економічних цінностей для суспільства. Для Д. Бентама добробут заможних і бідних міг бути досягнутий більш ефективною діяльністю правлячих кіл.

Ліквідація кріпацтва в Російській імперії у 1861 р. позитивним чином вплинула на розвиток громадської медицини. На відміну від країн Західної Європи, в Росії вдосконаленням соціально-медичної сфери більше опікувалися органи місцевого самоврядування (земства), ніж держава. Створена земствами система громадської медицини фактично була продовженням і подальшим розвитком медичної

поліції, але це здебільшого була зона ініціативи та відповідальності громадських організацій. Саме земства створили дільничні лікарні, завданням яких було надання всім людям доступної медичної допомоги. Це сприяло становленню достовірної статистики здоров'я населення. Окрім того, земські санітарні організації ініціювали розробку цілої низки санітарних і протиепідемічних норм і правил [1, с. 101]. Накопичення даних про здоров'я людей, об'єднані зусилля державних і громадських медичних і санітарних установ і органів призвело до виокремлення спеціальної тематики досліджень і наукових знань, які сприяли подальшому розвитку соціально-медичного підходу до пізнання законів громадського здоров'я та впливу на нього. Отже, до початку ХХ ст. збереження та зміцнення здоров'я населення концентрувалося у трьох напрямках: через державну законодавчу активність (спрямовану на розробку та ухвалення медико-санітарних законів), через громадські заходи (шляхом розбудови медико-санітарних закладів різного призначення і спрямування), а також, через медичне страхування громадян, як різновиду соціального страхування [1, с. 102]. Наприкінці ХХ – початку ХХІ ст., завдяки активній позиції та діяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я розуміння громадського здоров'я значно поглиблюється та розширюється, а увага до його забезпечення з позицій окремих держав і міжнародних організацій зростає.

Все частіше у науковій літературі використовують терміни «громадське здоров'я», «громадська охорона здоров'я», «превентивна медицина». Це пов'язано з глобалізацією світу й активним обміном інформацією. Об'єктивні процеси сприяли тому, що у вищих медичних школах англomовних країн для студентів почали читати курси з вищезазначеними назвами. Значну кількість навчальних предметів, які частково розглядали питання організації та охорони громадського здоров'я для студентів-медиків викладали у медичних вищих навчальних закладах Східної Європи. Серед різних назв навчальної дисципліни були: «Соціальна гігієна», «Організація охорони здоров'я», «Теорія і організація охорони здоров'я», «Соціальна медицина», «Соціальна медицина та організація охорони здоров'я». В деяких республіках колишнього СРСР з 1999 р. почали викладати предмет «Громадське здоров'я і охорона здоров'я». В Україні 30 листопада 2016 р. Уряд ухвалив Концепцію розвитку системи громадського здоров'я. Концепція заклала засади переорієнтації фокусу системи охорони здоров'я від політики лікування до політики зміцнення та збереження здоров'я і запобігання захворювань. Автори характеризували головні ідеї Концепції таким чином: «Ми хочемо побудувати систему, яка змінить не тільки державні підходи, а й свідомість кожної людини. Для цього поширюватимемо знання та правдиву інформацію, наприклад, про продукти, які вони споживають, повітря, яким дихають, водойми, де відпочивають, і медичні послуги, які потрібні щоб зберегти здоров'я» [4]. Формування та розвиток системи громадського здоров'я в країні потребують належного кадрового забезпечення, тому в 2017 р. спеціальність «Громадське здоров'я» була введена до офіційного переліку галузей знань та спеціальностей нашої держави, а 12 грудня 2018 р. було підписано на-

каз № 1383 Міністерства освіти та науки України «Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» для другого (магістерського) рівня вищої освіти» [3].

У сучасній науковій літературі та документах міжнародних організацій є різноманітні визначення громадського здоров'я. Всесвітня організація охорони здоров'я визначає громадське здоров'я як «науку та практику попередження хвороб, продовження життя і зміцнення здоров'я за допомогою організованих дій, до яких вдається суспільство» (Acheson, 1988; ВООЗ). В Британській енциклопедії громадське здоров'я визначається як мистецтво і наука попередження хвороб, подовження життя, і промоції фізичного й ментального здоров'я, оздоровлення, персональної гігієни, запобігання поширенню інфекційних захворювань і організації служб підтримання здоров'я. Визнання важливості зусиль громад з промоції здоров'я, попередження і лікування хвороб, усе це і охоплює поняття «громадське здоров'я». Громадське здоров'я є медико-соціальним ресурсом і потенціалом суспільства, що забезпечує національну безпеку країни [5]. Громадське здоров'я визначають як здоров'я популяції, суспільства в цілому, а також, як науку і мистецтво профілактики захворювань, подовження життя та зміцнення здоров'я шляхом організованих зусиль та усвідомленого вибору суспільства, державних, приватних організацій, общин та індивідуумів [6].

Отже, громадське здоров'я є самостійною медичною наукою яка вивчає вплив соціальних чинників і умов довкілля на здоров'я населення і на цій основі розробляє профілактичні заходи з оздоровлення населення і вдосконалення його медичного забезпечення. Структурно навчальний предмет «Громадське здоров'я» в українських медичних вишах включає курси «Біостатистики», «Здоров'я населення» та «Організації охорони здоров'я» [2].

Метою системи громадського здоров'я згідно ВООЗ є дії, спрямовані на зміцнення потенціалу та послуг громадського здоров'я, забезпечення таких умов, при яких люди можуть залишатися здоровими, зміцнювати своє здоров'я і благополуччя або попереджати погіршення здоров'я. У центрі уваги охорони громадського здоров'я знаходиться весь спектр здоров'я та благополуччя, а не викорінення лише окремих хвороб. Багато заходів, такі як кампанії, спрямовані на зміцнення здоров'я, адресовані різним групам населення. Сучасне бачення громадського здоров'я полягає в сприянні поліпшенню здоров'я і благополуччя з дотриманням принципів стійкості, при зміцненні інтегрованих послуг громадського здоров'я та зменшення нерівностей відносно здоров'я.

Всесвітньою організацією охорони здоров'я було визначено десять основних оперативних функцій громадського здоров'я, які відображають основні напрями та перспективи його розвитку в світі в найближчій та стратегічній перспективі. До них належать:

1. Епіднадгляд та оцінка стану здоров'я та благополуччя населення.
2. Моніторинг і реагування на небезпеки для здоров'я і при надзвичайних ситуаціях в сфері охорони здоров'я.



3. Захист здоров'я, включаючи забезпечення безпеки навколишнього середовища, праці, харчових продуктів і ін.

4. Зміцнення здоров'я, включаючи вплив на соціальні детермінанти й скорочення нерівностей за показниками здоров'я.

5. Профілактика хвороб, включаючи раннє виявлення порушень здоров'я.

6. Забезпечення стратегічного керівництва в інтересах здоров'я і благополуччя.

7. Забезпечення сфери громадського здоров'я кваліфікованими кадрами достатньої чисельності.

8. Забезпечення організаційних структур і фінансування.

9. Інформаційно-роз'яснювальна діяльність (адвокація), комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я.

10. Сприяння розвитку досліджень у сфері охорони здоров'я для наукового обґрунтування політики і практики.

Для розуміння сутності громадського здоров'я та особливостей формування та забезпечення ефективної роботи системи громадського здоров'я слід навести класифікацію рівнів здоров'я: індивідуальне здоров'я – це здоров'я окремої людини; групове здоров'я – здоров'я певних соціальних та етнічних груп; здоров'я організації (підприємства); здоров'я громади – здоров'я населення адміністративних територій; здоров'я населення країни – популяційне здоров'я суспільства; здоров'я населення усього світу.

Громадське здоров'я займається питаннями забезпечення здоров'я саме на популяційному, а не індивідуальному рівні. Відповідно, спосіб мислення та оцінки ситуації лікаря-практика, клініциста й фахівця у сфері громадського здоров'я істотно відрізняються. Наприклад, якщо у людини передінсультний стан, серед нагальних завдань лікаря є діагностика, лікування, реабілітація хворого, а спеціаліст з громадського здоров'я прагне з'ясувати цілу низку причин, які спровокували виникнення цього стану: чому, як, коли (можливо, погане здоров'я, зір, перевтома від тривалої роботи, недосконалі закони щодо регулювання праці робітників, погані умови праці та відпочинку, житлові умови, недостатньо коштів для повноцінного харчування та забезпечення здорового способу життя, немає можливості отримати якісну освіту, а також, доступну і якісну медичну допомогу тощо).

Фахівець у сфері громадського здоров'я шукає зв'язок між здоров'ям і різноманітними факторами ризику на популяційному рівні (персональні характеристики, спосіб життя і поведінка; фізична, соціальна та економічна сфера, соціальні детермінанти здоров'я) і розробляє заходи з їх усунення. Ці заходи мають бути корисними для усього суспільства. Важливим питанням для розуміння сутності громадського здоров'я є підходи та методи до його оцінки. Так, за рекомендаціями ВООЗ для оцінки громадського здоров'я мають бути враховані такі показники: відрахування валового національного продукту на охорону здоров'я; доступність первинної медико-санітарної допомоги; охоплення населен-

ня медичною допомогою; рівень імунізації населення; ступінь обстеження вагітних кваліфікованим персоналом; стан харчування, включаючи дитяче населення; рівень дитячої смертності, в тому числі смертність немовлят; середня тривалість життя та гігієнічна грамотність населення.

В міжнародній практиці користуються різноманітними методами оцінки громадського здоров'я населення: комплексна оцінка; оцінка здоров'я на основі коефіцієнта життєстійкості; оцінка здоров'я на основі індексу розвитку людського потенціалу; метод заснований на оцінці якості життя; метод «Дельфі» та ін. У східноєвропейських країнах для оцінки громадського здоров'я зазвичай використовують метод комплексної оцінки, який включає наступні аспекти: медико-демографічні – народжуваність, смертність, природний приріст населення, дитяча смертність, частота народження недоношених дітей, очікувана середня тривалість життя; захворюваність – загальна захворюваність, інфекційна захворюваність, захворюваність найбільш важливими для суспільства захворюваннями, госпітальна захворюваність, захворюваність з тимчасовою втратою працездатності; показники фізичного розвитку – антропометричні, функціональні, фізіометричні, соматоскопічні; показники інвалідності – особи з інвалідністю внаслідок: загального захворювання, професійного захворювання; трудового каліцтва; аварії на ЧАЕС; несення військової служби; інвалідності з дитинства, до початку трудової діяльності та поширеність донозологічних станів. Всі критерії потрібно оцінювати в динаміці. Важливим критерієм оцінки здоров'я населення вважають індекс здоров'я, тобто частку тих, хто не хворів на момент дослідження (наприклад, протягом року).

Зазначимо також, що Європейське бюро ВООЗ серед основних викликів для громадського здоров'я цього регіону в XXI ст. визначило наступні: економічна криза; розширення нерівностей; старіння населення; підвищення рівнів хронічних хвороб; міграція та урбанізація; погіршення оточуючого середовища і зміни клімату. Відповідно, для європейського регіону та для нашої держави ці виклики мають визначати додаткові пріоритетні напрями роботи у сфері громадського здоров'я додатково до десяти основних оперативних функцій громадського здоров'я. Для вирішення проблем, пов'язаних з вищезазначеними викликами, Європейське регіональне бюро ВООЗ прийняло Європейський план дій по зміцненню потенціалу та послуг громадського здоров'я, а також відповідну резолюцію. Зокрема, цей План містить: керівні принципи; оцінку сучасного стану потенціалу та послуг громадського здоров'я в Європі: сильні та слабкі сторони і необхідність діяти; пропозиції по подальшій розробці Європейського плану дій; самооцінку вихідного стану основного потенціалу та послуг громадського здоров'я; а також напрями дій, що перетинаються з основними оперативними функціями громадського здоров'я та викликами регіону.

Метою Плану є надання підтримки 53 європейським державам членам ВООЗ в справі поліпшення здоров'я, скорочення нерівностей і в забезпеченні здійснення основних оперативних функцій громадського здоров'я і основного

набору доступних, високоякісних, ефективних послуг з охорони громадського здоров'я на індивідуальному, місцевому та популяційному рівнях, а також зміцнення потенціалу громадського здоров'я, як визначено в резолюції EUR / RC61 / R2, прийнятої Регіональним комітетом в Баку у вересні 2011 р.

Отож, загалом система громадського здоров'я забезпечує виконання *трьох головних функцій*: захист населення від зовнішніх факторів (запобігає виникненню екологічної небезпеки, контролює інфекційні захворювання, забезпечує управління при надзвичайних ситуаціях і т.ін.); промоція здоров'я населення (заохочує до здорового способу життя, покращення соціальних детермінант здоров'я і т.ін.); профілактика проблем здоров'я населення (забезпечення скринінгу, вакцинації тощо).

Необхідними умовами ефективної роботи системи громадського здоров'я є наступні: управління системою громадського здоров'я; пропаганда здорового способу життя серед населення та суспільства в цілому; забезпечення кадровими ресурсами (підготовка, підвищення кваліфікації, атестація та інше); наукове та інформаційне забезпечення системи громадського здоров'я.

Забезпечення громадського здоров'я є завданням не тільки системи охорони здоров'я, а і суспільства в цілому. Для цього необхідно об'єднати зусилля всіх секторів суспільства (державного, приватного, громадського) та зацікавлених сторін: органів управління у сфері охорони здоров'я, політичне та функціональне керівництво держави в цілому та всіх його секторів, приватні організації, громадськість на різних рівнях, міжнародні організації тощо. Всі вони мають прагнути досягти загальної мети – збереження та покращення здоров'я населення, підвищення якості його життя.

### **Список використаних джерел**

1. Голяченко О.М., Ганіткевич Я.В. Історія медицини. Тернопіль: Лілея, 2004. 248 с.
2. Громадське здоров'я. Вид 3-є / за ред. В.Ф. Москаленка. Вінниця: Нова книга, 2013. 560 с.
3. Наказ міністерства освіти та науки України. 2018. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/12/21/229-gromadske-zdorovya-magistr.pdf> (дата звернення: 01.10.2019)
4. Що таке громадське здоров'я. 2016. URL: <http://moz.gov.ua/article/news/scho-take-gromadske-zdorovja> (дата звернення: 01.10.2019)
5. John H. Bryant, Philip Rhode Public Health. URL: [Britannica.com/topic/public\\_health](http://Britannica.com/topic/public_health). (дата звернення: 01.10.2019)
6. Timothy V. Wilkinson. Community, Public Health and Resource Allocation. *Public Health Ethics*. 2010. Vol. 3. Is. 3. November. P. 267–271.

## СОЦІАЛЬНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ ТА ЙОГО РОЛЬ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

*М'ясоєдов В.В., Огнєв В.А., Чухно І.А., Мартиненко Н.М., ХНМУ, Харків*

В сучасному світі розвинена соціальна складова суспільного життя та успішна соціальна політика держави є невід'ємними і вкрай значущими напрямками діяльності соціальної держави. В світовій практиці питанням соціального благополуччя останнім часом надається все більша увага, що зумовлюється розвитком нашої цивілізації та посиленням уваги до підвищення рівня і якості життя населення, створення умов для соціальної реалізації та розвитку людей і формування на цій основі потенціалу розвитку як окремих країн так і людства в цілому. Відповідно до Конституції Україна є соціальною державою, що передбачає необхідність здійснення відповідної державної політики, спрямованої на поступальне покращення умов життя населення, зростання добробуту та благополуччя в суспільстві, формування задоволеності населення власним життям. Окрім того зауважимо, що починаючи з 2016 р. відбувається становлення системи громадського здоров'я в якій поняття соціального благополуччя та його досягнення займають значне місце. Зважаючи на це, дослідження проблеми соціального благополуччя, його складових, оцінка його стану в Україні та визначення її місця за даним показником серед інших держав є вкрай важливими та актуальними.

Нині соціальне благополуччя розглядається як одна з найвищих соціальних цінностей, з якою пов'язані життєво важливі інтереси людства, потенціал його розвитку та задоволеність населення власним життям. Прагнення до досягнення соціального благополуччя існувало в усі часи й формувало стійку мотивацію для активності соціальних суб'єктів. Сучасне розуміння сутності і змісту соціального благополуччя пов'язано з максимально ефективним використанням матеріальних і духовних ресурсів цивілізації.

Розуміння сутності та змісту соціального благополуччя пов'язується з таким розвитком суспільства, при якому задовольняються вітальні, соціальні і духовні потреби людей, максимально ефективно використовуються ресурси та блага суспільства, створюються сприятливі умови для повноцінного життя і всебічного розвитку кожної людини. У такому сенсі тотальне або загальне соціальне благополуччя являє собою суспільний ідеал, що надихає мислителів, науковців, митців, громадських та політичних діячів, усіх людей [4, с. 18].

Підходи до розуміння змісту соціального благополуччя змінювалися протягом людської історії в залежності від рівня розвитку матеріальних благ, релігійних та етичних норм, споживчих і соціальних стандартів суспільства. Спочатку це поняття розглядалося в контексті добробуту, тобто переважно економічної, матеріальної забезпеченості. Зокрема, вченими досліджувалося яким чином в суспільстві нерівності можна досягти добробуту для більшості за допомогою

більш рівномірного розподілу доходів. Основними шляхами та засобами для цього визначалися державне втручання в економічне та соціальне життя, раціональне оподаткування та бюджетно-податкова політика [6; 7].

Зважаючи на значимість соціального благополуччя для суспільства в цілому, держави та життя окремих людей, це явище і шляхи його дослідження та покращення вивчаються наразі в рамках різних наук, як то економічних, політичних, соціальних, медичних, юридичних, філософських та ін. При цьому увага до цієї проблеми все більше зростає.

Протягом кінця ХХ – на початку ХХІ ст., розуміння сутності соціального благополуччя значно розширилося, а коло проблем і складових, які до нього належать було окреслено більш чітко. Так, крім матеріального добробуту в соціальне благополуччя вченими були включені і такі характеристики життя суспільства, як здоров'я населення, освіта, безпека, свобода, соціальна згуртованість, суб'єктивне відчуття благополуччя і т.д., або ж, за іншими підходами, наступні три фундаментальні фактори: матеріальний добробут, здоров'я та безпеку, кожен з яких включає більш деталізовані складові. Змістилися й акценти в розгляді соціального благополуччя в бік вивчення його на рівні конкретного індивіда як виробника та споживача благ і послуг.

Загалом, соціальне благополуччя можна вважати інтегральним показником відображення ефективності функціонування соціальної сфери держави, рівня добробуту та якості життя населення, а також самосприйняття їх населенням. Таким чином, в певній мірі, можна говорити про те, що показники соціального благополуччя є одним із критеріїв результативності державної політики та розвитку держави [5, с. 14].

Слід вважати, що соціальне благополуччя слід розуміти на двох рівнях:

- *соціальне благополуччя людини;*
- *соціальне благополуччя суспільства.*

При цьому, існує два різних підходи до визначення їх первинності та значення, які зародились ще в межах економічних вчень. Перший з них визначає, що досягнення загального благополуччя можливо лише через досягнення благополуччя окремого взятого індивіда, що переслідує свої егоїстичні цілі у вільній конкуренції на ринку, заснованому на поділі праці. Таким чином, якщо всі люди прагнуть до індивідуального благополуччя і діють з метою власного збагачення, то і суспільство в цілому процвітає (А. Сміт, Д. Рікардо, Т. Мальтус). Відповідно до іншого підходу досягнення соціального благополуччя вбачається неможливим в умовах економічної нерівності, що породжується егоїстичними діями окремих індивідів на нерегульованому ринку. З цієї точки зору соціальне благополуччя суспільства є можливим тільки на основі суспільного володіння власністю та регулювання економіки в інтересах всього суспільства, а індивідуальне соціальне благополуччя буде наслідком його суспільного рівня (К. Маркс).

Слід зазначити, що *індивідуальне визначення соціального благополуччя людини* досить складне, адже в структурі особистості людини присутні три

елементи: фізичне, соціальне та духовне самосприйняття. Їх неможливо відри- вати один від одного у вивченні суб'єктивного благополуччя. Саме єдність їх стає фактором суб'єктивного благополуччя.

Основами ж *соціального благополуччя суспільства* можна вважати такі елементи, як рівень життя, обумовлений показниками сукупного доходу і про- житкового мінімуму, поняття якості життя, що встановлюються поняттями про стан здоров'я та санітарного благополуччя населення, ймовірністю отримання обов'язкової медичної допомоги та забезпечення соціальної захищеності. Соці- альне благополуччя суспільства визначається не лише зовнішніми по відно- шенню до людини або соціальної групи заходами соціальної політики держави, станом економіки держави та економічною політикою, матеріальними, соціаль- но-побутовими та культурними умовами життя, багато в чому це також суб'єктивна оцінка самими індивідами і групами ступеня задоволення їх соціа- льних, економічних і культурних потреб. Саме тому, останнім часом дослідни- ки все більше поєднують розуміння поняття соціального благополуччя з понят- тям щастя.

В сучасному розумінні *соціальне благополуччя людини* є суб'єктивним поняттям, яке одночасно ґрунтується на *соціальному благополуччі суспільства*, проте визначається особистісною оцінкою людиною свого добробуту і задово- леності життям в порівнянні з власними життєвими умовами в минулому або життєвими умовами інших людей.

При вивченні соціального благополуччя важливо розуміти з чого воно складається. В сучасній науці та практиці існує кілька дещо суперечливих під- ходів до визначення його складових. Зокрема, Том Рат (*Rath Tom*) і Джеймс Хар- тер (*Harter James K.*) («П'ять елементів благополуччя: Інструменти підвище- ння качества жизни») в якості елементів *загального благополуччя* виділяють професійне, соціальне, фінансове, фізичне і благополуччя в середовищі прожи- вання. При цьому, під *професійним благополуччям* вони розуміють задоволення від того, що ми робимо щодня, виконуючи свої професійні обов'язки, не залеж- но від того працюємо ми на підприємстві, в установі, аудиторії, на заводі й т.д. *Соціальне благополуччя* пов'язується ними з перебуванням в межах цивілізації, максимально ефективним використанням її благ, оптимальним здійсненням життєдіяльності в умовах високих темпів розвитку постіндустріальної, інфор- маційно-освітньої епохи. *Фізичне благополуччя* включає міцне здоров'я і доста- тню кількість сил, щоб справлятися з повсякденними справами. При цьому фі- зичне благополуччя тісно пов'язується з фінансовим благополуччям індивіда, яке визначає його матеріальні можливості в виборі здорового способу життя та щоденної активності. *Благополуччя в середовищі проживання* означає наяв- ність, належну якість і безпечність житла, повітря, води, продуктів харчування та соціуму – їх відповідність нашим потребам та уявленням. Люди з високим рівнем добробуту в середовищі проживання живуть, відчуваючи себе в безпеці й прагнуть зробити свій внесок в суспільний розвиток.

Хоча рівень матеріального або фінансового добробуту значною мірою визначає рівень соціального благополуччя людини, адже цілком логічно, що заможне життя створює кращі умови для організації життя людини й забезпечення нею своїх потреб, надає більше можливостей, ніж незабезпечене, та що наявність комфортабельних умов для життя викликає більше задоволення, ніж життя в аскетичних умовах, проте, існують дослідження, що доводять, що такий зв'язок не є обов'язковим і прямим. При цьому, досягнення в одній із сфер не можуть компенсувати невдачі в іншій, оскільки ми не можемо відчувати, що отримуємо від життя все, не досягнувши успіху у всіх 5 сферах. Автори вважають, що ніколи не пізно почати життя спочатку й зробити його щасливим і гармонійним. Водночас, М. Аргайл визначив, що рівень індивідуального щастя і задоволеності життям не залежить від розвиненості матеріально-побутових елементів цивілізації і багатства людини: ці показники виявилися рівними у обстежених осіб з Франції та Чаду, Нігерії і США та ін.

Формування відчуття соціальної безпеки має велике значення як для стабільності і розвитку в державі, так і для сприйняття людьми свого індивідуального соціального благополуччя та управління формуванням соціального благополуччя на рівні суспільства. Адже відчуття безпеки є однією із базових потреб людей, що визначає і їх мотивацію, і їх поведінку, і саме сприйняття. Соціальну безпеку в найширшому сенсі можна розуміти як стан суспільства і соціальних інститутів, при якому забезпечуються гарантований захист національних інтересів, соціально спрямований розвиток країни в цілому, достатній потенціал соціально-економічного та соціально-політичного розвитку навіть в несприятливих умовах протікання внутрішніх і зовнішніх процесів.

Цікавим і корисним підходом є виділення в структурі як особистого, так і суспільного соціального благополуччя таких компонентів, які б відповідали ключовим сферам життєдіяльності людини та суспільства: економічної, соціальної, політико-правової та культурно-духовної. При цьому до економічної складової соціального благополуччя можна віднести матеріальний добробут і його суб'єктивну оцінку (відсутність або мінімальний рівень як абсолютної, так і відносної депривації будь-яких значущих для індивіда благ), доходи, рівень споживання, житло, безпеку і свободу діяльності як підприємця або найманого працівника, працю та зайнятість й ін. До безпосередньо соціальних компонентів соціального благополуччя відноситься, в першу чергу, соціальний капітал людини, його соціальні ролі та статуси, суб'єктивна задоволеність ними. Також сюди можна віднести професію людини. Політико-правові компоненти соціального благополуччя можуть бути представлені політичними правами і свободами, наявністю законодавчого їх закріплення та фактичного виконання, суб'єктивними оцінками власних прав і свобод. Культурно-духовна складова соціального благополуччя пов'язана з широким спектром явищ: свободою волі, свободою віросповідання, доступністю досягнень світової і національної культури, можливістю духовно-морального розвитку, сферою дозвілля.

Західні вчені Кейз (1998), а також Кіз і Лопес (2002), розглядаючи благополуччя як соціальне явище, стверджують, що воно складається з п'яти соціальних вимірів, включаючи: соціальне прийняття (прийняття інших такими, якими вони є); соціальна актуалізація (позитивний рівень комфорту з суспільством); соціальний внесок (відчуття, що можна внести свій внесок у суспільство); соціальну узгодженість (розуміння соціального світу як передбачуваного і зрозумілого); соціальну інтеграцію (відчуття себе як частини громади) [8; 9].

Поширеною є класифікація складових соціального благополуччя, яка використовується при підрахунку індексу благополуччя *Gallup-Healthways* (*Gallup-Healthways Well-Being Index*) і за якою виділяють п'ять аспектів благополуччя: фізичне здоров'я, доходи і добробут, соціальні відносини, відсутність депресії, робота і вільний час.

Складним питанням при вивченні соціального благополуччя є його оцінка та порівняння рівня соціального благополуччя в різних країнах світу. На сьогодні для цього використовуються різноманітні інтегральні, системні, комплексні показники, що відображають всі аспекти соціального благополуччя. Зокрема, до них належать Індекс людського розвитку (ІЛР), Міжнародний індекс щастя (*Happy Planet Index*), показник соціального благополуччя за версією *Gallup World Poll*, рейтинг «Індексу кращого життя» («*OECD Better Life Index*»), Австралійський Індекс благополуччя HALE (*Herald/Age Lateral Economics Index of Wellbeing*), Індекс якості життя від Economist Intelligence Unit, а також ряд не так відомих підходів до оцінювання соціального благополуччя, що використовуються в різних країнах і різними дослідниками і також мають право на життя.

Найбільш поширеним і популярним серед них є Індекс людського розвитку, що був розроблений та впроваджений ООН в 1990 р. (до 2013 р. мав назву Індекс розвитку людського потенціалу). Індекс людського розвитку – це інтегральний показник, що розраховується щорічно для міждержавного порівняння і вимірювання рівня життя, грамотності, освіченості і довголіття, як основних характеристик людського потенціалу досліджуваної території. При підрахунку ІЛР враховуються 3 види показників:

- 1) очікувана тривалість життя;
- 2) рівень грамотності населення країни (середня кількість років, витрачених на навчання) та очікувана тривалість навчання;
- 3) рівень життя, оцінений через ВНД на душу населення за паритетом купівельної спроможності в доларах США.

Розроблена і науково обґрунтована узагальнена система показників, що характеризує кількісні та якісні характеристики соціально-економічної диференціації соціального розвитку, що включає: коефіцієнт диференціації індексу розвитку людського потенціалу, що характеризує ступінь відмінності в соціально-економічному розвитку аналізованих країн, регіонів усередині країни, соціальних груп; коефіцієнт диференціації індексу здоров'я (довголіття), що показує, наскільки стан здоров'я в одній країні, регіоні краще, ніж в іншому; коефіцієнт



диференціації індексу освіти. Такий показник визначає ступінь перевищення рівня освіти населення в одній країні (регіоні або іншому об'єкті дослідження) над рівнем освіти (грамотності) населення іншої країни; коефіцієнт диференціації індексу доходу, що визначає ступінь економічної диференціації аналізованих країн або регіонів; коефіцієнт диференціації індексу смертності, як показник відмінностей у стані здоров'я порівнюваних країн або регіонів; коефіцієнт диференціації рівня професійної освіти, що відображає відмінності в ступені охоплення навчанням другої і третьої ступені освіти в досліджуваних країнах або регіонах. У 2010 р. індекс піддався суттєвому коригуванню. На додаток до використовуваного ІЛР, який є зведеним показником, що спирається на середні статистичні дані і не враховує внутрішньої нерівності, були введені три нові індикатора: Індекс людського розвитку, скоригований з урахуванням соціально-економічної нерівності (ІЛРН), Індекс гендерної нерівності (ІГН) та Індекс багатомірної бідності (ІББ) [3]. Зазначимо, що за рейтингом Індексу розвитку людського потенціалу у 1990 р. СРСР мала 26 місце з показником 0,920. У 2017 р. рейтинговий список за ІЛР відкрили країни Норвегія, Швейцарія, Австралія (0,939–0,953). Україна в цьому рейтингу отримала 88 місце з показником індексу 0,751; завершив список Нігер (189 місце – 0,354) [2; 10]. Завдяки об'єктивним оцінкам соціального благополуччя суспільства на основі ІЛР люди мають можливість доволі легко проаналізувати його стан та спрямувати свою діяльність на подальше підвищення добробуту суспільства і його соціального благополуччя. Таким чином, показники Індексу людського розвитку є основними індикаторами соціального благополуччя людини та суспільства.

Міжнародний індекс щастя був запропонований Фондом нової економіки (*New Economics Foundation*) в 2006 р. та відображає рівень добробуту населення та стан навколишнього середовища. Головним завданням індексу є відображення «реального», дійсного добробуту націй. Для порівняння рівня життя в різних країнах використовується значення ВВП на душу населення або ІРЛП, але ці індекси не завжди можуть відобразити реальний стан речей. Зокрема порівняння значення ВВП вважається недоречним, оскільки кінцева мета більшості людей не бути багатими, а бути щасливими та здоровими. Для розрахунку індексу використовуються три показники: суб'єктивна задоволеність життям людьми, очікувана тривалість життя і «екологічний слід». За розрахунками Міжнародного індексу щастя, що були здійснені в 2018 р. найкращі показники мали Фінляндія, Норвегія, Данія, Ісландія, Швейцарія, Нідерланди, Канада. Україна посіла 138 сходинку з поміж 156 країн у яких проводилося дослідження [11].

В 2013 р. Інститут Геллапа спільно з організацією *Healthways* представили Глобальний індекс благополуччя (Індекс благополуччя *Gallup-Healthways*). Він складається з п'яти компонентів: індивідуальні досягнення, включаючи наявність роботи (*purpose*), соціальні зв'язки та особисте життя (*social*), дохід, контроль над власними фінансами (*financial*), фізичне здоров'я і життєва енергія (*physical*), наявність житла в безпечному та приємному оточенні (*community*) [1,

с. 26]. До його складу включаються наступні показники: індекс правопорядку; індекс харчування та крівлі над головою; індекс особистої економічної ситуації; індекс особистого здоров'я; індекс громадянської залученості; індекси благополуччя: процвітання, труднощів, страждань; індекси благополуччя: позитивні події; індекси благополуччя: негативні події; індекс довіри до національних інститутів (армія, правосуддя, система виборів та ін.); індекс корупції; індекс розвитку молоді; індекс базових потреб суспільства; індекс різноманіття; індекс оптимізму; індекс використання респондентами електронних засобів комунікації; індекс насилля; індекс релігійності. Дослідження базується на національних опитуваннях, які використовують базовий набір питань.

Австралійський центр якості життя (ACQOL, 2005) розробив австралійські показники благополуччя, що визнають, що для нього існують два аспекти: особистий та контекстуальний. Відповідно, було розроблено два окремих набори показників (індексів):

– Індекс особистого благополуччя (*Personal Wellbeing Index*), який включає рівень життя, особисте здоров'я, досягнення життя, особисті відносини, особиста безпека, зв'язок із громадою, майбутнє безпека;

– Національний індекс добробуту (*The National Wellbeing Index*), який об'єднує економічну ситуацію, навколишнє середовище, соціальні умови, уряд, бізнес, національну безпеку [8, с. 4–5].

У 1988 р. «*Economist Intelligence Unit*» (EIU) провела дослідження з метою визначення рейтингу країн світу за кращими умовами для життя та народження дітей (було охоплено 48 країн та використано 11 економічних та соціально-політичних показників статистичного та соціологічного характеру). Перша десятка найкращих країн для життя включила США, Францію, ФРН, Італію, Канаду, Японію, Гонконг, Велику Британію, Швецію та Нідерланди. У 2005 та 2013 рр. компанія «*Economist Intelligence Unit*» відновила дослідження за Індексом якості життя [4]. Дослідження використовує 9 факторів якості життя для визначення оцінки країни, отримані з окремих досліджень, а саме: здоров'я – очікувана тривалість життя (в роках); сімейне життя – рівень розлучень (на 1 тис. осіб); громадське життя – рівень відвідуваності церкви або профспілкового членства; матеріальне благополуччя – ВВП на душу населення, паритет купівельної спроможності; політична стабільність і безпека – рейтинги політичної стабільності та безпеки; клімат і географія – широта, для розрізнення холодних та жарких кліматів; гарантія роботи – рівень безробіття (у %); політична свобода – середній індекс політичної та громадянської свободи; статеві рівності – вимірюється шляхом ділення середньої зарплати чоловіків на зарплату жінок. Даний індекс об'єднав статистичні та соціологічні показники та охопив у 2005 р. 111 країн, у 2013 р. – 80 країн. У 2013 р. перші місця отримали Швейцарія, Австралія, Норвегія, останні – Україна, Кенія, Нігерія.

Цікаво розглянути результати кількох національних досліджень соціального благополуччя, що проводились в Україні. Київський Міжнародний інсти-

тут соціології (КМІС) у своїх національних дослідженнях 2012–2014 рр. використав два індекси, розроблених Левада-Центром: індекс соціального благополуччя та індекс індивідуального благополуччя, які відповідно включають три та чотири питання. Дослідження показало, що найнижчу оцінку респонденти дають економічній ситуації в країні (у рамках індексу соціального благополуччя), найвищу – рівню свого особистого щастя (в рамках індексу індивідуального благополуччя). При цьому дистанція між індексами дуже значна – індекс соціального благополуччя на декілька порядків нижчий за індекс індивідуального благополуччя. За два роки обидва індекси значно знизилися за значенням, що засвідчує падіння рівня загального благополуччя українського населення. У 2016 р., за даними дослідження КМІС, 26 % опитаних респондентів вважають себе щасливими, 28 % – скоріше щасливими, ніж нещасливими. Отже, більшість респондентів відчувають себе щасливими людьми. У 2013 та 2016 рр. компанія «*Research & Branding Group*» провела омнібусні національні опитування на тему «Щастя українців». Як показали результати даного дослідження, більшість жителів України вважають, що щастя існує (у 2013 р. – 91 %, у 2016 р. – 80 %). Дві третини українців (66 %) вважають себе щасливими людьми, кожен четвертий (25 %) опитаний у 2016 р. респондент не вважає себе щасливою людиною. Порівняно з 2013 р. кількість щасливих українців зменшилася на 9 %, а нещасливих – зросла на 5 %. Для українців найважливішими підставами вважати себе щасливими є сімейне благополуччя, здоров'я власне та близьких (58 %), наявність дітей і онуків (46 %), а також наявність коханої людини (25 %). До нещастя спонукають невпевненість у завтрашньому дні (36 %), бідність/нестача грошей (34 %) та проблеми зі здоров'ям (18 %) [4].

Отже, соціальне благополуччя є комплексним складним показником, що включає в себе різні аспекти життєдіяльності людини та суспільства й базується як на об'єктивних статистичних даних щодо соціально-економічного розвитку країни, такі і на суб'єктивному сприйнятті людьми свого життя, стану здоров'я, можливостей розвитку тощо.

Слід зазначити, що практично всі дослідники визначають однією із складових соціального благополуччя здоров'я населення, в тому чи іншому контексті. Такий підхід є повністю виправданим, оскільки здоров'я населення є одним із стратегічних ресурсів для формування потенціалу розвитку країни, її економічного зростання. З іншого боку, на індивідуальному рівні здоров'я є одним із ключових факторів для досягнення інших складових соціального благополуччя (зокрема фінансового та соціального), і призмою для сприйняття власного життя й задоволеності ним.

З огляду на це, роль створеної в нашій державі системи громадського здоров'я, метою якої є формування та реалізації ефективної державної політики для збереження та зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості та покращення якості життя, попередження захворювань, продовження активного, працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єд-

нання зусиль усього суспільства є вкрай значною. Проте, забезпечити ефективне управління соціальним благополуччям та його постійне зростання лише з позицій громадського здоров'я чи, тим більше, системи охорони здоров'я просто не можливо. Зважаючи на залученість до розуміння соціального благополуччя та його оцінки практично всіх сфер життя людини (фізичного самопочуття, матеріального стану та добробуту, професійної та соціальної реалізації), що, з точки зору держави та державного управління, реалізується через забезпечення економічного і соціального зростання, підвищення рівня та якості життя населення, забезпечення стабільності та безпеки в державі, забезпечення зростання соціального благополуччя населення має бути однією з ключових ідей державного управління та державної політики, над досягненням якої необхідно працювати у всіх сферах державного управління та суспільного життя [5, с. 14]. Однак роль координуючого органу в системі громадського здоров'я – Центру громадського здоров'я при Міністерстві охорони здоров'я не можна применшувати. Й з цих позицій, робота щодо сприяння розвитку громадського здоров'я, зокрема і організація між секторальної взаємодії та налагодження співпраці між різними сферами й галузями економічного та соціального життя в країні, є одним із важливих напрямів для покращення державної політики в цілому, виведення України на новий рівень соціально-економічного розвитку та підвищення її рейтингових позицій, зростанню соціального благополуччя і, як його елементу, щастя людей.

#### **Перелік використаних джерел:**

1. Гоффе Н.В., Монусова Г.А. Социальное благополучие: восприятие реалий. *South-Russian Journal of Social Sciences*. 2018. № 19. С. 21–36.
2. Доклад ООН о человеческом развитии 2015 г. «Труд во имя человеческого развития». URL: [http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr15\\_standalone\\_overview\\_ru\\_0.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr15_standalone_overview_ru_0.pdf). (дата звернення: 01.10.2019)
3. Індекс людського розвитку. Вікіпедія. URL: <https://uk.wikipedia.org> (дата звернення: 01.10.2019)
4. Кириленко О.М. Благополуччя людей як об'єкт соціологічних досліджень: феліцитарний підхід. *Вісник Національного університету «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого»*. 2016. № 3. С. 18–33.
5. Огнєв В.А., Чухно І.А. Соціальне благополуччя в контексті забезпечення соціального розвитку держави та громадського здоров'я. *Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики сьогодення і перспективи розвитку*: матеріали І міжнар. укр.-нім. симп. з громад. здоров'я, 25–26 вересня 2019 р. Тернопіль: ТНМУ, 2019. С. 11–14.
6. Современные теории социального благополучия: учебно-методическое пособие / А.А. Власова, Е.В. Дворникова, А.В. Кошелева. Ярославль: ЯрГУ, 2017. 48 с.
7. Современные теории социального благополучия: учебное пособие / Л.М. Билалова, З.К. Гареева, О.М. Иванова, Т.А. Черникова. Москва: Академия Естествознания, 2016. 128 с.

8. Daniel Teghe Social Wellbeing: A Literature Review / Daniel Teghe, Kathryn Rendell. – School of Social Work & Welfare Studies, CQU: Rockhampton. 2005. 20 p.

9. Marcela Muratori Psychological and Social well-being: the mediated role of values / Marcela Muratori, Maite Beramendi et Elena Zubieta. URL: <http://lodel.irevues.inist.fr/cahierspsychologiepolitique/index.php?id=2816> (дата звернення: 01.10.2019)

10. Human Development Indicators and Indices: 2018 Statistical Update Team. Published for the United Nations Development Programme. 123 p.

11. World Happiness Report 2018 Editors: John F. Helliwell, Richard Layard, and Jeffrey D. Sachs Associate Editors: Jan-Emmanuel De Neve, Haifang Huang and Shun Wang. URL: [https://s3.amazonaws.com/happiness-report/2018/WHR\\_web.pdf](https://s3.amazonaws.com/happiness-report/2018/WHR_web.pdf) (дата звернення: 01.10.2019)

## **МЕДИЦИНА ГРАНИЧНИХ СТАНІВ – ІННОВАЦІЙНИЙ НАПРЯМ РОЗВИТКУ ВІТЧИЗНЯНОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

*Коробчанський В.О., Резуненко Ю.К., Герасименко О.І., ХНМУ, Харків*

Нині реформування вітчизняної галузі охорони здоров'я є невідкладною не тільки медичною, але ж і соціальною проблемою, яка потребує негайного вирішення. Останніми роками в Україні проводилась активна робота з визначення державної політики у сфері реформування охорони здоров'я, однак залишаються до сих пір не вирішеними частини загальної проблеми. Це зумовлено складністю процесу реформування, коли впровадження «західної» моделі охорони здоров'я повинно будуватися з рахуванням вітчизняного досвіду медичної науки та практики. Останніми роками на державному рівні в розвинених країнах стали визнавати міжгалузевий характер охорони здоров'я громадян [1, с. 2–3]. Насамперед це стосується узагальнення та осмислення медичного досвіду у сфері профілактичної медицини з метою впровадження дієвих інноваційних заходів по збереженню здоров'я населення.

Як відомо, під парадигмою охорони здоров'я розуміється сукупність прийнятих суспільством і професійним співтовариством знань і методологічних підходів до вирішення проблем здоров'я. У зв'язку з необхідністю реформування існуючої системи охорони здоров'я перегляд сьогоденної парадигми охорони здоров'я повинен базуватися на сучасних концепціях медичної науки, таких як, наприклад, медицина граничних станів, яка розглядає первинну профілактику як домінуючий напрям у збереженні індивідуального й популяційного здоров'я населення [2, с. 49–52]. Виявлення причинно-наслідкового зв'язку між дією несприятливих чинників різного походження (професійно зумовле-

них, навчального процесу, екологічних й ін.) з визначенням діючої сили (речовина, енергія, інформація) та вірогідністю уражень організму відповідної етіології, є передумовою планової корекції функціонального стану людини.

Результати багаторічних наукових досліджень, які були проведені у ХНМУ, привели до нового розуміння закономірностей патогенезу, і дозволили розглянути здоров'я і хворобу як критичні прояви одного процесу – саногенезу, між якими лежить широка область донозологічних станів та процесів, що мають граничний (межовий) характер [3, с. 30–36]. За результатами даної роботи знайшов теоретичне обґрунтування та практичне підтвердження принципово новий науковий напрямок – медицина граничних станів, усвідомлення методології якої призвело до перегляду донині існуючої парадигми охорони здоров'я.

Медицина граничних станів являє собою область медичної науки, яка вивчає загальні закономірності формування донозологічних станів і перехідні процеси їх перетворень. Метою медицини граничних станів є попередження соматичних і психічних захворювань різного генезу, шляхом встановлення і мінімізації (усунення) ризиків їх виникнення, з цілеспрямованою індивідуальною та (або) груповою корекцією функціонального стану організму.

Розроблений нами алгоритм практичної реалізації принципів медицини граничних станів у сфері охорони психічного здоров'я включає гігієнічну донозологічну психодіагностику, а саме визначення показників функціонального стану організму, які належать до критеріїв донозологічного стану, на підставі виміру рівня реалізації та сталості психофізіологічних і фізіологічних функцій, параклінічних показників гомеостазу, а також психодіагностичних показників, які належать до ознак станів і періодів підвищеного ризику порушень психічного здоров'я. З використанням отриманих даних розробляються та впроваджуються профілактичні заходи, спрямовані на попередження захворювань, які включають індивідуальні та групові заходи психогігієнічного, адаптогенного, саногенного та режимно-організаційного характеру. І на заключному етапі, базуючись на принципі зворотного зв'язку, повинна бути оціненою ефективність впроваджених заходів на підставі аналізу динаміки стану здоров'я та функціонального стану досліджуваних за критеріями донозологічної діагностики.

Таким чином, нами розроблена нова перспективна для впровадження у практичну діяльність парадигма охорони здоров'я, яка базується на теорії медицини граничних станів і передбачає зміщення акцентів від понять норми й патології до поняття «дононологія». В основу її покладена концепція, згідно до якої розвитку клінічних форм соматичних і психічних захворювань передують певні дисфункціональні порушення, що носять донозологічний характер і можуть бути виміряні, оцінені й систематизовані. При цьому своєчасне виявлення даних пограничних станів, виявлення та усунення чинників ризику їх виникнення і їх медична корекція сприяють збереженню й зміцненню здоров'я. Очевидно, що витрати на донозологічну діагностику суттєво нижчі, ніж на весь комплекс лікувально-діагностичних і реабілітаційних заходів у разі розвитку

захворювання. Крім того, і це, мабуть, найважливіше, нова парадигма охорони здоров'я орієнтована не на хворого, а на здорову людину, що наповнює реальним змістом термін «охорона здоров'я».

### **Перелік використаних джерел**

1. Здоровье 2020: Основа европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. URL: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020> (дата звернення: 01.10.2019)

2. Лесовой В.Н., Капустник В.А., Коробчанский В.А. Медицина пограничных состояний: теория и практика донозологической диагностики. Науковий журнал МОЗ України. 2013. № 2. С. 49–52.

3. Богачова О.С. та ін. Медицина граничних станів: 30-річний досвід психогігієнічних досліджень: монографія / за ред. В.М. Лісового, В.О. Коробчанського. Одеса: Прес-кур'єр, 2016. С. 30–36.

## **ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОЧОГО НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ**

*Щербина М.О., Курічова Н.Ю., Скорбач О.І., ХНМУ, Харків*

Репродуктивне здоров'я жінки є чинником формування здоров'я в дитячому і підлітковому віці, підтримує відтворення і створює основу здоров'я майбутніх поколінь. Нами було проведено вивчення показників гінекологічної захворюваності жіночого населення України за період 2008–2018 роки [1, с. 63; 2, с. 47]. Найбільше медико-соціальне значення для збереження і реалізації репродуктивного потенціалу жіночого населення мають розлад менструальної функції, сальпінгіти та оофоріти, ерозія та ектропіон шийки матки, безпліддя та ендометріоз. Проведений аналіз показав, що найбільш низькі значення показників поширеності даних нозологій були в 2008–2010 рр. Після чого відзначалося їх зростання і в 2016 р. було найвище за останні 10 років.

Аналіз середнього показника загальної захворюваності на 1 млн дорослого жіночого населення показав, що найбільш поширеною є ерозія та ектропіон шийки матки (19640,1). На другому місці – сальпінгіти та оофоріти (17360,7). Намічена в даний час тенденція зниження їх захворюваності за прогнозом буде зберігатися і до 2020 року складе 6,6% для ерозії та ектропіону шийки матки і 18,1 % – для сальпінгіту та оофориту. Рівень диспансеризації жіночого населення з приводу даних нозологій з 2016 р. залишається без змін.

Поширеність однієї з причин порушення дітородної функції жінок – ендометріозу має тенденцію до збільшення з 1122,0 (2008 р.) до 1252,0 (2016 р.), й незважаючи на зниження до 1183,1 (2017 р.) прогнозується її збільшення до

1211,6 (на 15,6%) в 2020 році [1, с.57]. В Україні первинно звертається з приводу ендометріозу понад 22,5 тис. жінок репродуктивного віку на рік.

Іншою значущою патологією для розвитку безпліддя є порушення менструального циклу жінок, щорічно з приводу якого первинно звертається близько 19000 жінок репродуктивного віку. Однією з причин цього є неблагополучна ситуація з даної патології вже в дитячому віці. У 2010 р. відзначався більш ніж 4-кратний підйом як загальної, так і первинної захворюваності розладами порушення менструальної функції серед дівчаток [2, с. 45]. Особливо насторожує факт збільшення за останні 10 років поширеності жіночого безпліддя в 5 разів. Щорічно кількість жінок, які вперше звернулися з приводу безпліддя, становить близько 15000. В цілому зростання первинної та загальної захворюваності на ендометріоз, розладів менструального циклу і безпліддя призвело до збільшення рівня диспансеризації жіночого населення України з приводу даних патологій в 4–5 разів. Збільшення показників гінекологічної захворюваності в Україні в деякій мірі пов'язане з поліпшенням організаційно-методичної роботи служби планування сім'ї. Отримані нами результати і прогнози показників будуть використані при розробці заходів з управління репродуктивним здоров'ям жіночого населення.

#### **Перелік використаних джерел:**

1. Веропотвелян П.Н., Веропотвелян Н.П., Горук П.С. Жіноча статева дисфункція і оральна контрацепція. *Международный журнал педиатрии, акушерства и гинекологии*. 2015. Т 8. С. 55–66.

2. Свенцицький В.С., Приймак В.В. Актуальність застосування неоад'ювантної хіміотерапії в лікуванні раку шийки матки. *Український медичний часопис*. 2018. № 4. Т. 2. VII/VIII. С. 44–48.

## **НЕОБХІДНІСТЬ НАЛЕЖНОЇ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ УЧАСНИКАМ БОЙОВИХ ДІЙ: НАГАЛЬНА ВИМОГА ДЛЯ СУЧАСНОЇ УКРАЇНИ**

*Мельниченко О.А., Образцова Н.О., ХНМУ, Харків  
Пономаренко О.В., Вупперталь (Німеччина)*

Ще за первинної доби людство усвідомило, що війна є одним зі швидких і порівняно легких способів збагачення, а тому час від часу на різних територіях мали місце бойові дії. При цьому, зазвичай, мова йшла переважно про трофеї, значно менше – про людські втрати. Зазвичай бойові дії супроводжуються втратами: одні її учасники – гинуть, інші – зазнають поранень, контузій та/чи бойових травм, решта – не мають явних негативних змін власного здоров'я. Проте війна – не лише, загиблі й поранені, а й неповні сім'ї, неможливість за-



бути загиблих товаришів, недовіра до суспільства, сумніви щодо адекватності допомоги та відношення громади. Більше того, участь у бойових діях – потужний стрес для людини, що обумовлений безпосередньою загрозою життю, а також; «необхідністю» вбивати людей, які почасти не відрізняються мовою та релігією. Відтак, учасники бойових дій можуть страждати не лише від поранень і бойових травм, а й психічних розладів (депресій, тривожних станів), на мінімізацію негативних проявів яких й спрямована медико-соціальної допомога. В новітній історії територія сучасної України доволі тривалий час (зокрема, після Другої світової війни (1939–1945 рр.)) не була «майданчиком» для прямого збройного конфлікту. Водночас, окремі її мешканці (у складі військових контингентів в Афганістані, Боснії та Герцеговині, Конго, Косово, Ліберії та ін.) набули статусу «учасник бойових дій», проте (передусім, через політичні причини й «розрив» між територіями проживання та військового конфлікту) своєю більшістю не отримували належної медико-соціальної допомоги, спрямованої на ресоціалізацію таких осіб, що забезпечується за рахунок відновлення їхнього фізичного, психічного та соціального здоров'я. Проте початок (2014 р.) «гібридної війни» на частині Донецької та Луганської областей змусив владу та громадськість істотною мірою змінити ставлення до даної проблеми, а з тим – забезпечити належну медико-соціальну допомогу учасникам бойових дій (нині таких налічується більше 300 тис. осіб). За час перебування на території проведення бойових дій учасник ООС «стикається зі значною кількістю ризиків, що в подальшому житті можуть призвести до розладів психічної діяльності, існує загроза проявів неадекватного сприйняття навколишнього середовища через «військову призму дійсності», замкнутості в собі, відчуття тривоги за свою сім'ю і своє життя» [3, с. 127–128]. До того ж, значна частина з них страждає від наслідків поранень/травм (особливо, якщо це пов'язано зі втратою кінцівок й інших форм проявів інвалідності). Означене, зрештою, й обумовлює актуальність даного дослідження.

Передусім слід зазначити, що учасники бойових дій потребують належної медико-соціальної допомоги на всіх етапах життєдіяльності: і перебуваючи на «передовій», і під час лікування та реабілітації після поранення та/чи бойової травми, і при ресоціалізації (адаптації до мирного («цивільного») життя). Способи, засоби та міра такої допомоги залежать як від «місця» перебування таких осіб, так і від стану їхнього фізичного та психічного здоров'я.

Особи, що перебувають на «передовій», потребують таке: належне матеріальне забезпечення (не лише озброєння, боєприпаси, амуніція, харчі, питна вода, а й індивідуальні медичні комплекти); облаштування безпечних і зручних місць перебування; моральна підтримка, патріотичне виховання; профілактика «цивільних» захворювань і побутових травм, а також надання первинної медичної допомоги у разі їх настання інструктором-санітаром; ротація (відпустка), можливість комунікації з рідними та друзями; надання інструктором-санітаром первинної невідкладної медичної допомоги тим, хто отримав поранення та/чи

бойову травму; організація безпечного транспортування поранених/травмованих до найближчої медичної санітарної частини.

Особи, що перебувають в медичних закладах, потребують таке: діагностування важкості поранення/травми й визначення медичного закладу, де постраждалі отримають необхідну медичну допомогу: низької та середньої складності – медична санітарна частина, медичний пункт полка, шпиталь, найближча районна лікарня; важкі поранення/травми – військовий медичний клінічний центр північного регіону (Харків), обласні клінічні лікарні (Дніпро, Київ, Одеса, Харків); застосування необхідних способів і засобів надання спеціалізованої медичної допомоги пораненим/травмованим задля стабілізації їхнього стану, оперативного втручання за участю висококваліфікованих військових лікарів-хірургів, а також післяопераційного відновлення тощо.

Загалом, «при легкому пораненню/травмі прогноз по відношенню до життя, збереження життєдіяльності, соціального статусу та відновленню працездатності зазвичай позитивні. У випадку поранення/травми середньої тяжкості часто вдається досягти повного відновлення трудової та соціальної активності пацієнтів, проте можливі також й описані вище наслідки, що в тій чи іншій мірі обмежують життєдіяльність хворих. При тяжкому пораненні/травмі смертність досягає 30–50 %. Майже у половини осіб, що вижили після травми проявляється значна соціальна недостатність, тяжка інвалідність. Практичне видужування спостерігається приблизно у 30 % осіб, що перенесли поранення/травму» [2]. Результативність лікування поранених/травмованих залежать від таких факторів: «важкість поранення/травми; вік постраждалого на момент її отримання; топіка ураження, характер клінічних проявів і синдромів; кваліфікація та своєчасність медичної допомоги постраждалим в гострому та проміжному періодах травми тощо» [4, с. 27].

Прийняття Розширеною військовою лікарською комісією рішення про «подальшу долю» таких осіб: визнання їх годними для продовження військової служби й направлення до військових частин (у т.ч. «на передову»); направлення до шпиталю ветеранів війни для подальшого лікування й відновлення за участю висококваліфікованих лікарів, реабілітологів, психологів; демобілізація осіб, які визнано інвалідами «не тільки у фізичному, а й у психологічному плані» [3, с. 127]; направлення до реабілітаційних центрів, для відновлення/набуття навичок самообслуговування у разі тяжкого поранення/травми, втрати функцій частини тіла, чи повернення до соціального життя у разі психічного розладу; забезпечення постраждалих необхідними протезами (механічними пристроями та апаратами, які замінюють втрачені сегменти кінцівок або інших частин тіла, що служать для якнайбільшої компенсації функції ушкодженого органу чи виправлення косметичного дефекту), інвалідними візками та іншими технічними засобами, спроможними полегшити соціалізацію учасників бойових дій, а з тим – покращити якість їхнього життя; проведення ерготерапії – відновлення повсякденної діяльності людини із урахуванням наявних фізичних обмежень; надання

понад 20 різних видів пільг, найбільш важливими з яких є такі: «безкоштовне одержання лікарських засобів за рецептами, першочергове безкоштовне зубопротезування, безкоштовне санаторно-курортне лікування; першочергове обслуговування в лікувально-профілактичних закладах і першочергова госпіталізація в стаціонари; виплата допомоги з тимчасової непрацездатності в розмірі 100 % від середньої заробітної плати та ін.» [1]; допомога в працевлаштуванні, а також надання можливості перекваліфікації/придбання нової кваліфікації у разі завершення військової служби; правова допомога учасникам бойових дій в ООС, пораненим військовослужбовцям, членам їх сімей під час лікування та подальшої реабілітації;

**Висновки.** Учасники бойових дій потребують належної медико-соціальної допомоги на всіх етапах життєдіяльності. Подальші наукові розвідки мають бути присвячені розробці практичних рекомендацій, спрямованих на забезпечення подальшого вдосконалення медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій – комплексу заходів, спрямованих на ресоціалізацію таких осіб, що забезпечується за рахунок відновлення їхнього фізичного, психічного та соціального здоров'я.

#### **Список використаних джерел:**

1. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту: Закон України від 22 жовтня 1993 р. № 3551-XII. URL: <http://www.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi> (дата звернення: 11.11.2019)

2. Черненко І.І. Особливості проявів клінічної картини наслідків перенесеної бойової черепно-мозкової травми. *Вісник наукових досліджень*. 2011. № 4. С. 142–145.

3. Черненко І.І., Чухно І.А. Медико-соціальне значення та організація психологічної допомоги та соціальної адаптації учасників бойових дій та членів їх сімей у сучасних умовах. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2017. № 6. С. 127–131.

4. Черненко І.І., Чухно І.А. Медико-соціальні наслідки перенесеної бойової черепно-мозкової травми. *International Journal of Innovative Technologies in Social Science*. 2018. № 1. С. 26–29. постраждали

## **НООСФЕРНИЙ РОЗВИТОК ЯК ШЛЯХ ПОДОЛАННЯ ЕКОЛОГІЧНОЇ ТА ДЕМОГРАФІЧНОЇ КРИЗИ**

*Сокол К.М., Сидоренко М.О., Дмуховська Т.М., ХНМУ, Харків*

Початок нового тисячоліття відзначився «глобальними» загрозами: екологічною, демографічною, енергетичною, ресурсною, економічною, геополітичною та іншими кризами. З'явилася спеціальна наука «глобалістика», предме-

том якої стали закономірності загальнопланетних процесів: пошуки шляхів подолання криз. На останніх світових форумах: щорічному економічному форумі в Давосі, форумі сімки керівників найбільших розвинутих держав на першому місці стало питання екологічної кризи і, особливо, питання глобального потепління, від яких залежить виживання людства [1; 2].

Учасники названих форумів, і форумів, що відбувалися раніше і, в першу чергу, учасники екологічного форуму в Ріо-де-Жанейро (1992 р.), прийшли до висновку, що всі заходи, які впроваджувалися з метою подолання екологічної та інших криз, в тому числі програми сталого розвитку, були неефективними. Причиною неефективності всіх заходів стала деградація свідомості людства. Це на сьогодні є головний чинник усіх кризових явищ.

Пошуки виходу з глобальної кризи привели до вчення В.І. Вернадського та французьких вчених Е. Перуа і П. Тейяра де Шардена про ноосферу – сферу Розуму. Головною справою їхнього життя стала розробка вчення про біосферу та еволюцію її в ноосферу, в якій людський розум і наукова думка стають визначальними факторами розвитку. Вчення Вернадського про взаємозв'язок природи і суспільства справили значний вплив на формування сучасної екологічної свідомості. П. Тейяр де Шарден і Е. Леруа писали про вчення Вернадського, що починаючи з людини, еволюція здійснюється чисто психічним засобами і таким чином біосфера переходить в ноосферу [3]. У своїх працях «Біосфера», «Область життя», «Біосфера и космос» Вернадський окреслив кордони біосфери, виключивши в неї всю гідросферу, земну поверхню і частину атмосфери до рівня тропосфери. Біосфера є цілісною системою. Якщо один з її елементів гине, то біосферна оболонка руйнується. Характеризуючи біосферу, Вернадський окреслив наступні положення:

- біосфера є організованою системою;
- живі організми є домінуючими факторами на планеті і вони сформували сучасний стан нашої планети;
- на Земне життя впливає космічна енергія [4].

Проте з кожним роком проблем з навколишнім середовищем стає все більше, що ставить під загрозу існування біосфери. Вчення про ноосферу стало особливо актуальним в наш час, після усвідомлення необхідності виходу із глобальної кризи, яка стала на початку ХХІ ст. проблемою величезного навантаження на біосферу хімічним забрудненням, демографічною проблемою, геополітичною кризою. Якщо людство зуміє побороти сьогоднішні протиріччя, то воно може вийти з глобальних криз. За даними Міжнародної організації харчування, вже при нинішньому розвитку технологій планета може прохарчувати не менше 25 млрд. людей. Динаміка зростання людства дозволяє передбачити стабілізацію населення в мережах 10–15 млрд. людей [5].

Критична ситуація, в якій знаходиться сьогодні наша планета, характеризується надзвичайним розривом між технічними можливостями людини і її моральним розвитком. Розрив між розумом і інтелектом – головна перешкода на

шляху формування ноосфери. Світогляд Вернадського виходить із того, що наука, релігія і філософія є три фундаментальні і незалежні форми Розуму, кожна з яких вирішує свої завдання. Ноосферний світогляд вимагає поряд з правами людини признати і його обов'язки по відношенню до світу, в якому вона живе.

На самому початку історії людства Бог поселив його в саду Едемському, щоб він обробляв, беріг його (Бут. 2:15) спершу сад, потім планету, а потім весь фізичний Всесвіт, який без людини приречений на загибель, як це стало відомо фізикам, які відкрили в середині XIX ст. друге начало термодинаміки – закон зростання ентропії в замкнутих системах. Життя людини, згідно «антропного принципу» виводить його на шлях служіння Творцю. Завдання людини полягає вже не тільки збереженні Едемського саду, але і всього Всесвіту, провідника Божественного Логосу в світ, який без нього приречений на «Теплову смерть». Глобальний світ, не дивлячись на всі центробіжні сили, які розділяють людей повинен усвідомити свою цілісність і необхідність переходу на ноосферний шлях розвитку. На думку А.П. Назаретян [6] нас чекає надзвичайний фазовий перехід якого ні людство, ні біосфера Землі ще не переживала. Повинен здійснитися прорив до якісно нового стану, або почнеться зворотна планетарна еволюція (інволюція) і наступні зміни в суспільстві та природі будуть незворотно направлені в сторону термодинамічної рівноваги – зникнення життя.

Таким чином, людство прийшло до нової межі своєї історії, на якій стихійний розвиток виробничих сил, неконтрольований ріст населення, відсутність дисципліни індивідуальної поведінки можуть поставити людство як, біологічний вид *homo sapiens* на край загибелі. Ми стоїмо перед проблемами нової організації життя, нової організації суспільства, нового світопредставлення. Щоб вижити ми повинні сформувати систему заборон, мінімізувати розвиток негативних дій на навколишнє середовище, розробити і впровадити ноосферну програму сталого розвитку з акцентом на розвиток морально-справедливого гуманізованого та екологізованого розуму, прогнозування безпечного сталого розвитку за допомогою становлення ноосферного колективного інтелекту на базі засобів інформації.

#### **Список використаних джерел:**

1. URL: <https://abctv.kz/ru/news/v-davos-obsudili-nasushnye-ekologicheskije-problemy>. (дата звернення: 20.09.2019)
2. URL: <https://zn.ua/ECONOMIC/-davose-nachalsya-vsemirnyi-ekonomicheskij-forum-online-translyacia-306367.html> (дата звернення: 20.09.2019)
3. Le Roy, E. L'exigence idealiste et le fait evolutin. Paris, 1927. P. 195–196.
4. URL: <https://ecoportal.info/uchenie-Vernadskogo-o-biosfere/> (дата звернення: 20.09.2019)
5. Капица С.П. Феноменологическая теория роста населения Земли. *Успехи физических наук*. 1996. Т. 166. № 1. С. 63–80.
6. Назаретян А.П. Нелинейное будущее и проблемы жизненных смыслов. *Историческая психология и социология истории*. 2012. Т. 5. № 2. С. 148–180.

# ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРЯННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

*Іващенко Р.О., Власенко О.В., Харченко Е.А., ХНМУ, Харків*

Дослідженнями ВООЗ було встановлено, що професія лікаря є однією з найбільш вразливих для синдрому емоційного вигоряння. Переважно це пов'язано з відповідальністю за життя пацієнтів. Слід відзначити, що цьому синдрому схильні не лише спеціалісти зі стажем, а й «новачки», котрі прийшли в медицину. Це пов'язано з розчаруванням у виборі професії через невідповідність реальності очікуванням таких осіб [2, с. 43–45]. Також, наявні випадки, коли досвідчені спеціалісти, ще недавно успішні і упевнені в своїх силах і можливостях, раптово помиляючись, втрачають віру в себе, й починають сумніватися в своїх професійних компетентностях, почувають себе геть нездатними і безграмотними. Занижена самооцінка своєї діяльності й досягнень ще більше ускладнює негативні тенденції в емоційній сфері людини, приводячи його в стан безвиходя та депресії. До групи підвищеного ризику розвитку емоційного вигоряння належать медичні працівники, які доглядають за онкологічними хворими, пацієнтами з вторинним імунодефіцитом, працівники реанімаційних бригад – що пов'язано з існуючими емоційними навантаженнями, хронічним стресом [3, с. 130–132]. Виділяють 5 ключових груп симптомів, які характерні для синдрому емоційного вигоряння: фізичні, емоційні, поведінкові, інтелектуальний стін і соціальні симптоми. До *фізичних симптомів* належать втома, фізичне виснаження, порушення сну, хвороби серцево-судинної системи тощо. *Емоційні симптоми*: емоційний дефіцит, емоційна відчуженість, цинізм і байдужість в роботі та особистому житті. *Поведінкові симптоми*: під час роботи з'являється втома та бажання відпочити; байдужість до їжі; малі фізичні навантаження. Зміни інтелектуального стану знаходять свій прояв у падінні інтересу до нових теорій та ідей до роботи, падіння інтересу до життя. *Соціальні симптоми*: низька соціальна активність; падіння інтересу до дозвілля, скудне ставлення на роботі та вдома [4, с. 337].

Отож, синдром емоційного вигоряння є характерним для лікарів і впливає на якість лікування пацієнтів, життя лікарів і їх працездатність.

## **Список використаних джерел:**

1. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. Санкт-Петербург.: 2001. 288 с.
2. Башенкова Л.А., Кухарская Е.В. Диагностика синдрома эмоционального выгорания и мероприятия, направленные на его предупреждение. *Среднее профессиональное образование*. 2015. № 11. С. 43–45.
3. Пасечник И.П., Пасиешвили Л.М. Аспекты реабилитации врача при смерти пациента. *Семейная медицина*. 2013. № 46. С. 130–132.
4. Gude T., Tyssen R., Aasland O.G. Counselling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study. *BMJ*. 2008. С. 337.

## МОЗКОВІ ІНСУЛЬТИ – АКТУАЛЬНА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА СУЧАСНОЇ СВІТОВОЇ СПІЛЬНОТИ

*Міщенко М.М., ХНМУ, Харків*

Проблематика мозкових інсультів як в Україні, так і в усьому світі нині є однією з найбільш актуальних і сучасних світових проблем усієї медичної спільноти [1]. Медико-соціальне значення захворювань на інсульти підтверджується їх великою розповсюдженістю; невинним зростанням; високим рівнем захворюваності та смертності; необхідністю втручання на всіх рівнях надання допомоги (первинному, вторинному, третинному) зі залученням усіх структурних підрозділів сфери охорони здоров'я та й соціального захисту; потребою проведення для таких хворих цілої низки лікувально-відновлювальних, реабілітаційно-психологічних і соціальних заходів на протязі всього періоду їх активного життя [2–5]. Означене надає цим захворюванням значної медико-соціальної вагомості та інтегрує дану проблематику на перші шпальта серед соціально-значущих світових проблем, першочерговість вирішення якої потребує залучення всіх доступних ресурсів.

За даними багатьох епідеміологічних досліджень, мозкові інсульти посідають друге місце в світовому рейтингу за рівнями поширеності після ішемічної хвороби серця. За показниками ВООЗ, саме ці хвороби займають друге місце серед головних причин інвалідності та смертності [6]. Ішемічна хвороба серця та мозкові інсульти забирають найбільшу кількість людських життів – 15,2 млн (2016 р.). До того ж, щороку у світі відзначається до 30 млн нових випадків мозкових інсультів, у т.ч. понад 1,1 млн. – у розвинених країнах Європи [7]. Високими є й показники смертності від цих захворювань. При цьому, за даними ВООЗ, в Європі летальність від мозкового інсульту становить 37–47 випадків на 100 тис. населення. Невпинне зростання захворюваності на мозкові інсульти експерти пов'язують зі «старінням» населення, урбанізацією та розповсюдженням шкідливих звичок (тютюнопаління, вживання алкогольних напоїв тощо). Так, за прогнозами ВООЗ, якщо зараз не будуть задіяні кардинальні механізми у відношенні боротьби з цими хворобами на популяційному рівні, до 2030 р. кількість первинних мозкових інсультів і летальних випадків через них зросте, відповідно, до 23 і 7,8 млн. Кожні чотири із п'яти нових випадків захворювання будуть реєструватися у країнах з низьким і середнім рівнем доходів.

В Україні епідеміологічні показники мозкових інсультів є ще більш невтішними [8]. За даними Міністерства охорони здоров'я України, в 2014 р. було офіційно зареєстровано 94014 мозкових інсультів (266,5 на 100 тис населення), в 2015 р. – вже 96319 (274,1), а в 2016 р. – 97805 (279,6) і в 2017 – 96978 (278,7). Отож, щороку реєструється до 150 тис нових випадків цього захворювання й близько 40–45 тис летальних наслідків через нього [9]. При цьому серед усіх нових зареєстрованих мозкових інсультів близько 40 % закінчуються летально

на протязі перших тридцяти діб; 50 % – за перший рік хвороби; а 20–40 % серед осіб, що не померли, отримують повну залежність від сторонньої допомоги й лише близько 10 % – майже повністю відновлюються та повертаються до активного повноцінного життя [10]. Особливе занепокоєння викликає той факт, що останніми роками відбувається збільшення тягара цих захворювань серед осіб працездатного віку, при чому, більш ніж 50 % з хворих, які перенесли мозковий інсульт, ніколи не повертаються до активного життя [11; 12]. Означене викликає занепокоєння, оскільки біль як третина таких осіб належать до працездатного віку. При цьому, згідно з експертними висновками, в майбутньому, один із п'яти мешканців України або помре через мозковий інсульт, або буде мати інвалідність внаслідок цього захворювання. Наслідками такої невтішної картини є грандіозні економічні витрати провідних країн світової спільноти, які сягають (за різними відомостями) близько 4–5 % бюджетів охорони здоров'я.

Вищевказане доводить, що захворюваність мозковими інсультами наразі залишається досить значною медико-соціальною проблемою, вирішення якої потребує впровадження нагальних заходів на усіх рівнях (регіональному, державному, популяційному). Дані хвороби на світовому рівні не тільки негативно впливають на практично усі показники здоров'я населення, але й значно скорочують терміни активного життя та характеристики якості життя цих хворих.

#### **Перелік використаних джерел:**

1. Анисимова А.В., Гунченко А. С., Иконникова А. Ю. и др. Клинико-генетический анализ факторов риска развития острой и хронической ишемии головного мозга. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019. № 119. С. 62–67.
2. Norrving B., Kissela B. The global burden of stroke and need for a continuum of care. *Neurology*. 2013. № 80. P. 5–12.
3. Vaartjes I., O'Flaherty M., Capewell S. et al. Remarkable decline in ischemic stroke mortality is not matched by changes in incidence. *Stroke*. 2013. Vol. 44. P. 591–597.
4. Ветров А.В., Бодрова И.В., Борисова А.В. и др. Медицинская реабилитация больных, перенесших ишемический инсульт, в восстановительном периоде в условиях реабилитационного отделения. *Медицинская профилактика, реабилитация и курортная медицина на рубеже III-го тысячелетия*: сб. статей междунар. науч.-практ. конф.; под общей ред. В.И. Кошель. Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2016. С. 104–105.
5. Марцияш А.А. Ранний восстановительный период реабилитации больных, перенесших мозговой инсульт. критерии эффективности. *Медицинская профилактика, реабилитация и курортная медицина на рубеже III-го тысячелетия*: сб. статей междунар. науч.-практ. конф.; под общей ред. В.И. Кошель. Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2016. С. 178–179.
6. Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2016. Geneva, World Health Organization; 2018. URL:



<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (дата звернення: 01.10.2019)

7. Kissela B.M., Khoury J.C., Alwell K. et al. Age at stroke: temporal trends in stroke incidence in a large, biracial population. *Neurology*. 2012. Vol. 79. P. 1781–1787.

8. Теренда Н.О., Голяченко О.М., Шульгай А. Г. та ін. Основні епідеміологічні закономірності хвороб системи кровообігу і гіпертонічної хвороби в Україні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2010. № 4. С. 9–15.

9. Мищенко Т.С. Эпидемиология цереброваскулярных заболеваний и организация помощи больным с мозговым инсультом в Украине. *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25, Вип. 1. С. 22–24.

10. Бабак О.Я., Дроздова В.І., Бабець А.А. та ін. Хвороби системи кровообігу в Україні як одна з характеристик суспільного здоров'я. *Український терапевтичний журнал*. 2017. № 1. С. 4–11.

11. Мищенко Т.С., Овсянникова Н.В., Лебединец В.В. Факторы риска и клинические особенности у больных с различными подтипами ишемического инсульта. *Международный медицинский журнал*. 2011. № 3. С. 27–32.

12. Теренда Н.О. Смертність від серцево-судинних захворювань як державна проблема. *Вісник наукових досліджень*. 2015. № 4. С. 11–13.

## **ОЦІНКА СТИГМАТИЗАЦІЇ ХВОРИХ ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ**

*Усенко С.Г., Кобилинська Л.І., ХНМУ, Харків*

Під час навчання у вищому навчальному закладі (далі – ВНЗ) у студентів необхідно виховати найкращі суспільні, особистісні та професійні якості. У зв'язку зі значним підвищенням рівня хворих ВІЛ-інфекцією на території України (станом на 2018 р. за даними Центру громадського здоров'я МОЗ України було зареєстровано 18098 нових випадків ВІЛ-інфекції (порівняно з 18193 випадками 2017 р.), з них 2428 дітей до 14 років) особливої уваги потребують психологічні та деонтологічні аспекти навчання майбутніх медиків. Дослідження різних соціологів показують, що толерантність працівників медичної сфери до вказаних хворих є недостатньою.

Методи: дослідження базується на анкетуванні 100 студентів ВНЗ, різної статі віком від 18 до 21 року. Для дослідження було використано авторську анкету в форматі Google form, яка включала запитання та ситуаційні завдання. Анкетування було анонімним та добровільним.

Результати: 80 % опитаних студентів вважають за доцільне розповсюдження інформації щодо ВІЛ-статусу пацієнта; 45 % опитаних вважають, що

необхідно ізолювати ВІЛ-інфікованих; 62 % опитаних студентів впевнені, що усі мед послуги пацієнтам з ВІЛ-статусом мають надаватися лише у спеціалізованих установах; при спілкуванні з ВІЛ-інфікованим колегою лише 7 % не змінили б своєї поведінки, 65 % намагалися б обмежити робочі контакти, 20 % повністю припинили б спілкування, інші не змогли надати відповідь; в ситуації з родичам, який має ВІЛ-інфекцію, лише 10 % визнали, що припинили б спілкуватися з ним, 50 % віддавали б перевагу телефонному спілкуванню, решта не змогли відповісти на питання; у ситуації з близьким другом з ВІЛ-інфекцією, 13 % намагалися б припинити спілкування, 42 % планували б лише спілкування в соціальних мережах, 39 % виявили б підтримку своєму другу, інші не мали відповіді; у виникненні ситуації, де надання послуг здійснює людина з позитивним ВІЛ-статусом (пекар, вчитель, майстер татуажу) 67 % відповіли, що перестали б користуватися послугами; 23 % знайшли привід для відмови від надання послуг; 7 % відповіли, що спілкуватися б у звичному режимі, інші не мали відповіді на питання.

Отож, серед студентів спостерігається високий рівень стигматизації хворих ВІЛ-інфекцією. В майбутньому це зможе призвести до знижень рівнів толерантності, підвищення дискримінації та порушень конфіденційності хворих з позитивним ВІЛ статусом. Тому необхідно надавати студентам ВНЗ сучасну наукову інформацію стосовно збудників, шляхів передачі, груп ризику хворих, діагностичних, лікувальних і профілактичних методів ВІЛ-інфекції. Оволодіння такими знаннями має стати запорукою формування професійної поведінки.

#### **Перелік використаних джерел:**

1. Демченко І.Л., Сосідко Т.І., Костючок М.М. та ін. Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс Стигми. Київ: Інжиніринг, 2011.
2. Голенков А.В., Щербаков А.А Сфери дискримінації ВИЧ-інфіцированих (по результатам опроса медицинских работников). *Вестник Чувашского университета*. 2011. № 3. С. 327–334.

## **МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА ПОШИРЕНOSTІ ХВОРОБ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

*Трегуб П.О., ХНМУ, Харків*  
*Трегуб В.Л., КНП "Міська поліклініка № 26" ХМР, Харків*

Дослідження захворюваності та поширеності хвороб підшлункової залози є актуальним завданням, оскільки отримані результати дозволяють організувати надання медичної допомоги населенню, провести профілактичну роботу з метою зниження даних показників, що в свою чергу призведе до покращення

показника якості життя пацієнтів, зниження показників смертності, інвалідизації, непрацездатності населення.

В Харківській області захворюваність хворобами підшлункової залози за 2017 р. склала 186,67 на 100 тис. населення, при цьому в місті Харкові була вища – 216,3  $\text{‰}$ , а в районах області – 153,39  $\text{‰}$ . Особливо високий рівень захворюваності був виявлений в Борівському (400,42  $\text{‰}$ ), Сахновщинському (371,89  $\text{‰}$ ) та Золочівському (315,28  $\text{‰}$ ) районах.

Водночас, серед жінок Харківської області захворюваність хворобами підшлункової залози склала 222,51, відповідно в м. Харків – 272,14, в районах області – 166,89 на 100 тис. жіночого населення. При цьому, серед чоловічого населення була найбільш високою в м. Харків 151,80 випадки на 100 тис. чоловічого населення порівняно з відповідними показниками в Харківській області та в районах області (145,17  $\text{‰}$  і 137,74  $\text{‰}$ , відповідно).

При вивченні поширеності хвороб підшлункової залози серед дорослого населення в 2017 р., були отримані такі дані: в Харківській області показник склав 2025,43, в м. Харків – 2072,75, в районах області – 1972,38 на 100 тис. населення. Найвища поширеність виявлена в Борівському (4728,54  $\text{‰}$ ), Шевченківському (3647,96  $\text{‰}$ ) та Лозівському (3232,53  $\text{‰}$ ) районах.

Серед жінок в Харківській області за 2017 р. поширеність хвороб підшлункової залози була на рівні 2291,99, при цьому в м. Харків – 2283,15, в районах області – 2301,88 на 100 тис. жіночого населення. Серед чоловіків в Харківській області показник поширеності хвороб підшлункової залози був на рівні 1716,87, в м. Харків – 1829,33, в районах – 1590,70 на 100 тис. чоловічого населення.

Отже, в результаті проведеного дослідження отримані дані, що відображають високий рівень захворюваності та поширеності хвороб підшлункової залози в Харківській області, а з тим актуалізації проведення заходів по оптимізації надання медичної допомоги та реабілітації хворих з даною патологією.

## **INTRODUCTION OF CLINICAL PROTOCOLS BASED ON EVIDENCE-BASED MEDICINE**

*Chorna D., KhNMU, Kharkiv*

Scientific advisor: *associate prof. Chovpan H.*

Evidence-based medicine uses technologies and drugs whose daily effectiveness is proven in pharmacological and epidemiological studies using mathematical estimates of risk and success probability [1, p. 187]. An important issue is the issue of access to evidence-based clinical protocols for healthcare professionals. The purpose of the research is to analyze the implementation of clinical protocols based on evi-

dence-based medicine. On April 28, 2017, Ministry of Health of Ukraine Order № 1422 of December 29, 2016, which allows the use of international clinical protocols by Ukrainian doctors during its work, came into force [2]. Nearly thousands of evidence-based clinical protocols are currently available in English online at [guidelines.moz.gov.ua](http://guidelines.moz.gov.ua) for registered users. Due to the cooperation of the Ministry of Health of Ukraine with the company of the Finnish medical-scientific society Duodecim Medical Publications Ltd, it became possible to give access to these protocols. This company specializes in comprehensive solutions in the field of evidence-based medicine. The Ministry of Health is currently working on the translation of evidence-based clinical protocols.

Evidence-based clinical protocols play a leading role in the healthcare system. They have significant benefits for all parties: patients, doctors and the health care system of the state as a whole. International treatment protocols are focused on the needs of the patient, so their implementation will help improve their health. Prescribing ineffective treatment is virtually impossible because the protocols involve the use of diagnostic and treatment methods that are effective and based on evidence-based medicine. The protocols guarantee that each patient will receive an equally high level of care, regardless of the hospital and the care provider. Thus, it leads to a reduction in mortality and morbidity rates and an improved quality of life. Treatment protocols offer clear guidelines to physicians and improve the quality of clinical decisions. Healthcare professionals can enhance their professional knowledge through this online platform. Promoting patient care consistency at all levels is a major benefit of clinical protocols. The importance of implementing clinical protocols for the healthcare system is related to improving the effectiveness of treatment and optimizing its value. Provision of quality and effective health services creates a positive perception in society of both the provider system and the state that guarantees them. Therefore, the implementation of protocols can help to increase the level of trust in the health care system and the state as a whole. As a summary of the analysis of introduction of clinical protocols based on evidence-based medicine, we note that clinical protocols based on evidence-based medicine is first and foremost a clear algorithm of action for all physicians. The implementation of international protocols contributes to the consistency of patient care at all levels and ensures that every patient receives a high level of care. One of the most important ways of introducing evidence-based medicine in Ukraine is to use new clinical protocols in medical practice.

#### **References:**

1. Бабанов С.А. Парадигма доказательной медицины. *Медицинский альманах*. 2010. № 2. С. 187–192.
2. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 р. № 751 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0530-17> (дата звернення: 21.09.2019).

## KEY MEASURES TO ENSURE HEALTHY NUTRITION AND PROPER PHYSICAL ACTIVITY AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS

*Pomogaibo K., Sharma Twinkle, KhNMU, Kharkiv*

In the countries with poor economy, children are more at risk of inadequate nutrition during pre-natal development, infancy and early childhood. At the same time, children in these countries eat foods that are high in fat, sugar and salt, with high energy density and low in micronutrients. Such food is usually cheaper, but has a lower nutritional value. In combination with a low level of physical activity, this leads to a sharp increase in the prevalence of childhood obesity. [1, p. 62].

Overweight and obesity, as well as associated noncommunicable diseases, are largely preventable. Ensuring healthy eating and promoting regular physical activity are key factors in combating this epidemic among children. Parents can influence their children's behavior by purchasing healthy food and drink, as well as providing, supporting and encouraging physical activity. At the same time, parents are encouraged to lead and promote healthy lifestyles, as children's behavior is often shaped by observation and adaptation. At the same time, it is very important for infants and young children to ensure exclusively breastfeeding, regulating energy consumption; consumption of proper nutrients required for optimal development, and the exclusion of sugars and starches when feeding baby dry mixtures. For children and adolescents, it is necessary to: provide healthy food, limit the consumption of high-calorie foods with low nutrients (for example, ready snacks in packages); promoting the consumption of fruits and vegetables; limiting the consumption of sugary soft drinks; organizing lunches and dinners in the family circle; limiting the impact of marketing (such as restricting television viewing), providing information and training in healthy food choices [1, c. 25]. To stimulate physical activity, it is advisable to: make physical activity part of the daily life of the family, allocating time for family walks or joint active games, and reduce the time of inactive activities (for example, the time spent in front of electronic devices).

The major worldwide trends in childhood obesity, namely prevalence and risk factors were confirmed by the results of a study among children and adolescents 6–17, living in the city of Kharkov. It was found that overweight or obesity was diagnosed in every seventh child and the biological and socio-hygienic factors were identified as main risk factors for disease formation. Among biological factors it is possible to focus attention on the peculiarities of the baby's nutrition in the first year of life (artificial, mixed feeding or / and early feeding) ( $\eta - 3\%$ ;  $p < 0,001$ ; OR = 2,4; CL = 1,7–3,3)). The leading socio-hygienic factors were poor nutrition (daily consumption of foods containing easily digestible carbohydrates and fats ( $\eta - 7\%$ ;  $p < 0,001$ ; OR = 3,0; Cl = 2,2–4,0)), impaired diet (no certain time and frequency of meals or meals less than 3 times a day ( $\eta - 7\%$ ;  $p < 0,001$ ; OR = 3,0; Cl = 2,2–3,9)) and decreased motor activity ( $\eta - 5\%$ ;  $p < 0,001$ ; OR = 2,6; Cl = 2,0–3,5). Thus, the

recommendations rewritten above must be implemented at the level of primary care of medical care and educational institutions

### **References:**

1. Токарчук Н.І., Тимчук Є.В. Рациональне харчування дітей раннього віку – крок до профілактики надмірної маси тіла та ожиріння. *Перинатологія та педіатрія*. 2010. № 3. С. 61–62.
2. Чайченко Т.В. Современные подходы к организации питания и физической активности детей с нормальной и избыточной массой тела: учебное пособие. Харьков, 2016. 100 с.

## **OBESITY AS ONE OF THE MOST IMPORTANT RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF NON-INFECTIOUS DISEASES**

*Pomogaibo K., Sharma Twinkle, KhNMU, Kharkiv*

Currently, many low-and middle-income countries have a double burden of disease. While they continue to fight with infectious diseases and malnutrition, they face a rapid increase in risk factors for NIDs, the most significant of which are obesity and overweight, especially in urban areas. An alarming situation is an increase in the number of overweight children and adolescents, and the risk of developing the most NIDs associated with obesity partially depends on the age at which obesity appeared and on how long a person suffers from this pathology [1, с. 133]. According to a study of a representative sample of children (4789 persons) living in the city of Kharkov, it was found that the general prevalence rate of overweight and obesity was  $151 \pm 5,2 \%$ , with the highest prevalence rates for both boys and girls observed in the age group of 6–9 years ( $189,9 \pm 9,6 \%$ ), which, in its the queue poses a growing threat to the health of the next generation. To date, it has been proven that the cause of such a double burden is the poor nutrition of the mother during pregnancy and the infant and subsequent years, compounded by the consumption of high-calorie foods with high fat content and low nutritional content of micronutrients with insufficient physical activity as they develop further.

Overweight and obesity, as well as associated noncommunicable diseases, are largely preventable. Prevention is considered to be the most appropriate way of curbing the epidemic of obesity among children, since existing techniques are, to a large extent, aimed at establishing control over the problem rather than treating it. The goal of combating the obesity epidemic among children is to achieve the right energy exchange that can be maintained throughout life [2, p. 87]. For this purpose, it is necessary to transit to a healthier diet and regular physical activity, namely at the individual level it is necessary to limit the caloric content of your diet by reducing the amount of fats and sugars consumed, increasing the consumption of fruits and vegetables, as

well as legumes, whole grains and nuts, and also maintain regular physical activity. Formation of a responsible attitude to health will only take place if people are given the opportunity to lead a healthy lifestyle. Therefore, at the level of society at large, it is important to support people in adhering to the above recommendations through continuous implementation of factual and demographic-based policies to ensure that regular physical activity and healthy eating are affordable and practicable for all, especially for the poorest layers of the population. The food industry can greatly contribute to the transition to healthy eating by reducing the fat, sugar and salt content of processed foods, ensuring the sale of healthy products at an affordable price to all consumers, and limiting the promotion of foods high in sugar, salt and fat, especially those that are targeted at children and adolescents.

#### **References:**

1. Родионова Т.И., Тепаева А.И. Ожирение – глобальная проблема современного общества. *Фундаментальные исследования*. 2012. № 12. С. 132–136.
2. Morley B., Martin J., Niven P., Wakefield M. Public opinion on food-related obesity prevention policy initiatives. *Health Promotion J. Aus* 2012; 23: 86–91.

## **THE ROLE OF EDUCATIONAL INSTITUTIONS IN COMBATING THE OBESITY EPIDEMIC AMONG CHILDREN**

*Pomogaibo K., Sharma Twinkle, KhNMU, Kharkiv*

Over the decades, scientists have seen an increase in the number of overweight children. Physicians and nutritionists attach particular importance to this serious problem, as obesity leads to severe consequences from virtually all organs and systems [2, c. 11]. In accordance with the results of a study of risk factors among children and adolescents living in Kharkiv, it was found that 22 factors had a significant effect on the development of obesity and overweight. In this case, the leading factors were poor nutrition (daily intake of foods containing easily digestible carbohydrates and fats ( $\eta - 7\%$ ;  $p < 0,001$ ; OR = 3,0; CI = 2,2–4,0)) and reduced motor activity ( $\eta - 5\%$ ;  $p < 0,001$ ; OR = 2,6; CI = 2,0–3,5).

Thus, in order to effectively combat the epidemic of obesity among children, it is necessary to promote healthy eating and physical activity. These activities are manageable and are based mainly on basic rules for healthy lifestyles. In this regard, clear guidelines on the nature of nutrition and adequate physical activity should be developed [1, c. 133]. Due to the fact that children and adolescents spend a large part of their lives at school, it is an ideal environment for acquiring knowledge and skills regarding healthy choices and increased levels of physical activity. Being a role model, a teacher can have a lasting impact on pupils' lifestyles. Thus, the recommendations for healthy school nutrition are: health education to acquire the knowledge, atti-

tudes, beliefs and skills needed to make informed decisions, select healthy behaviors, ensure greater access to healthy school foods within school food programs (for example, breakfasts, lunches and / or snacks at discounted prices); installation of vending machines only when selling healthy foods such as water, dairy, juices, fruits and vegetables, sandwiches and low-fat snacks. Recommendations for stimulating physical activity in schools are daily physical education, taking into account the maximum number of needs, interests and abilities of students; public events: school sports and non-competitive school programs (for example, active lessons in breaks between lessons); the promotion of safe, non-motorized means of transportation to school and other public events; providing pupils with access to properly equipped physical education facilities; promoting the physical activity of students, teachers, and their parents.

#### **References:**

1. Nechyaylo Y.M., Kovtyuk N.I. Overweight and obesity in school-age children. *Буковинський медичний вісник*. 2016. Т. 20, № 3. С. 132–135.
2. Joan C.H., Debbie A.L., Sue Y.S. Ожирение у детей. *Український медичний вісник (Therapia)*. 2010. № 12. С. 10–17.

## **AN INTERDISCIPLINARY APPROACH IN THE MENTAL HEALTH SYSTEM**

*Gryshnjaeva O., KhNMU, Kharkiv  
Shapovalova T., Svatov Regional Psychiatric Hospital, Svatovo*

The phenomenon of physical and mental health of a person is one of the most pressing problems of modern science, being the most important value in people's lives. Mental health – according to the definition of the World Health Organization, it is a state of well-being in which a person can realize his personal potential, coping with ordinary life stresses, work productively and fruitfully, and also benefit his society. In the prevailing socio-political, economic, environmental and socio-cultural conditions, it is becoming increasingly difficult to maintain the psychological and psychological stability of society, regardless of age group. Medical, social and pedagogical workers need to create a multidisciplinary vision of the problem in society and look for ways to solve problems taking into account the multidisciplinary approach. It is necessary to consider each person taking into account existing problems that are exacerbating in society [1]. Educational institutions should create a course of lectures and practical classes that would cover the general issues of stress, its effect on the human body, the basic concepts of psychosomatic pathology and issues of psychoeducation. This should be an interdisciplinary course.

But this is only one of the areas of specialist training that should be experts in preserving the mental health of the nation. Another important area of work is the



training of supervisors to work with specialists in the field of mental and psychological health. These include not only medical professionals, but also psychologists, educators, social workers and law enforcement officials. These people get not only general stress, but also professional stress, and after it comes professional burnout with different consequences [2]. Therefore, speaking of an interdisciplinary approach in the system of protecting psychological health, we must form multidisciplinary teams with special skills in the following areas: emergency medical – psychological – social assistance; in the direction of psychoeducation; work with the consequences of re-traumatization. The last 5 years of the unstable political and economic situation in Ukraine have clearly shown that issues of the mental and psychological health of the nation are priority interdisciplinary directions of state policy.

#### **References:**

1. Скуднова Т.Д. Психологическое здоровье человека: междисциплинарный подход. *Ученые записки РИИХ. Государственное и муниципальное управление*. 2018. № 3. С. 217–222.
2. Зеленин В.В. Между величием и травмой: Трактат о селективной психодиагностике в коучинге: монография. Київ: Люта справа, 2015. Т.1. 272 с.

## **ALCOHOLISM AS A MEDICO-SOCIAL PROBLEM**

*Orel O., Babicheva C., KhNMU, Kharkiv*

According to the World Health Organization (WHO), about 2,5 million deaths worldwide are linked to alcohol abuse annually. To draw public attention to this serious problem, outline ways to solve it, every year on October 3, initiated by WHO in various countries, marks the Day of Temperance and Alcoholism. The impact of alcohol consumption annually takes the lives of three million people. This is more than all deaths from domestic violence and AIDS (including tuberculosis) combined. Unfortunately, this trend is not decreasing from year to year: yes, in 2012 3,3 million people died from the effects of alcohol consumption, and these figures remain unchanged in 2018. Among the deadly diseases caused by alcohol addiction are cardiovascular diseases (19 %), cancer, infectious diseases, diabetes and other gastrointestinal disorders (21 %), and road accidents (27 %), acts of violence and suicide. Alcohol consumption leads to death and disability at earlier stages of life. Among people aged 20–39, approximately 13,5% of all alcohol related deaths. Alcohol is the leading cause of death and disability for people aged 15–49 and the seventh cause for all age groups in the world. Worldwide, in 2016 2,8 million deaths were related to alcohol, about 10 % for people aged 15–49. According to the 2016 statistics, Ukraine ranked fourth in the number of alcohol-related deaths among women – 25,375 deaths, and among men in the sixth – 53,380 deaths. In 2016 25000 women and 53000 men were

killed in alcohol-related causes in Ukraine. This represents 8,5 % of all deaths for women and 18,0 % for men. In addition to health consequences, the harmful use of alcohol inflicts significant social and economic losses to individuals and society as a whole. The problem of alcoholism in Ukraine is one of the most pressing health and social problems. Ukraine is among the ten countries with the highest mortality rate from alcohol. The number of deaths among men, it ranks seventh (53 thousand people), and among women – fourth (25 thousand people). The American sociologist L. King drew attention that Ukraine has entered the «zone of mortality» (from Estonia to the Black sea) with a reduction in life expectancy of the population in 6 years due to alcohol poisoning. According to Ukrainian doctors, now in Ukraine there are 700 thousand only officially registered people with alcohol dependence. The national death rate from alcohol leads to premature the loss of about 30 % of men. 6 men who drink alcohol have 1 woman.

Socio-demographic survey «Youth of Ukraine» has shown that 96,1 % of the Ukrainian respondents aged 15 to 34 years of age drink alcohol, and only 3,9 % of respondents reported that they never consumed alcohol. The Director of the UN population Fund in Ukraine Nuzhat the Eskhan said: young people in Ukraine die from alcohol poisoning is 16 times more often than in Europe. To improve the quality and duration of life of the society one has to radically reconsider its attitude to alcohol, to develop advanced control methods, to attract the masses to creative activity, development of advertising that shows the consequences of alcohol consumption.

#### **References:**

1. Kostiuchenko T., Martsenyuk T. Alcohol in Independent Ukraine. *The SAGE Encyclopedia of Alcohol. Sage Reference*, 2015.
2. King L., Stalker Etc. Mass privatisation and mortality. *Sociology. Ethnology*. 2007. № 3. S. 112.
3. Lett Yu. The anti-alcohol campaign. *Questions of history of Ukraine*. 2010. Vol. 13. P. 76–80.
4. <https://onpress.info/ukraina-voshla-v-pyaterku-po-kolichestvu-alkogolikov-44780> (дата звернення: 01.10.2019)

## **PROBLEMS OF SEXUAL EDUCATION IN UKRAINE**

*Yaremenko A., Lubyanova E.-O., KhNMU, Kharkov*

Problems associated with the lack of sexual education in Ukraine lead to many medical and socio-economic problems. At present, Ukraine ranks 2nd in Europe in terms of the scale of the HIV / AIDS epidemic. Every year 5,2 % of new infections are recorded among people aged 15–24, with three quarters of them contracting HIV as a result of sexual contact. By the number of abortions, Ukraine is also one of the leaders. According to experts, annually more than 30000 girls under the age of

18 terminate an unwanted pregnancy. Girls, who are in the age group from 15 to 19 years, account for the largest number of criminal, spontaneous abortions and premature births. All these problems are a direct result of insufficient sex education in Ukraine. In 2009, UNICEF, together with UNAIDS and UN Women, developed, and in 2018 revised the «International Technical Guide for Sexual Education», which addressed all relevant issues of sexuality education and developed recommendations for a high-quality and comprehensive approach to this issue.

In European countries, standards for sexual education are prescribed according to the age categories of children, and this education begins with kindergarten and continues at school. Nevertheless, the introduction of such practices in Ukraine runs into the problem of the perception of this topic by certain segments of the population. Various organizations – both parent and religious, in some cases exert pressure on the school, considering the coverage of these topics unacceptable for children and adolescents. Another problem in our country is the lack of personnel properly trained to educate children about reproductive and sexual health.

Based on this, it can be concluded that sexual education should be an integral part of education in Ukraine and education on this topic should not be limited to only one subject at school, but should have a comprehensive and professional approach to building a healthy nation.

#### **References:**

1. International Sexual Education Technical Manual ed. UNESCO 2018.
2. <https://www.phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/statistika-z-vilsnidu> (дата звернення: 01.10.2019)
3. [https://ipress.ua/en/news/yaboyusskazati\\_zachem\\_ukrayne\\_seksualnoe\\_obrazovanye\\_232804.html](https://ipress.ua/en/news/yaboyusskazati_zachem_ukrayne_seksualnoe_obrazovanye_232804.html) (дата звернення: 01.10.2019)
4. <https://www.google.com.ua/amp/s/osvitoria.media/ru/experience/kak-proyshodyt-polovoe-obrazovanye-za-rubezhom/amp/> (дата звернення: 01.10.2019)
5. <https://moz.gov.ua> (дата звернення: 01.10.2019)

## **REASONS OF CHILDHOOD MORTALITY AND METHODS TO REDUCE IT**

*Yaremenko A., Gorbunova I., KhNMU, Kharkov*

At the moment, infant mortality is an urgent issue. Since 1990, there has been an active decrease in this ratio. The number of deaths of children under five years of age worldwide has decreased from 12,6 million in 1990 to 5,4 million in 2017, which means that 15000 deaths occur daily, compared with 34000 in 1990. Since 1990, the global mortality rate for children under the age of five has decreased by 58 % – from 93 deaths per 1000 live births in 1990 to 39 in 2017 [1]. Despite progress in reducing mortality among children under five years of age, there is an imbalance between

countries in this indicator. The southern countries of Africa occupy first places in terms of mortality among children under five: here, every thirteen children die before they reach their fifth birthday, which is 14 times higher than in high-income countries. Inequality remains within countries, due to geographical location or socio-economic status [2]. Most child deaths are caused by illnesses that must be prevented and treated with simple and affordable interventions. Strengthening health systems to ensure that all children have these interventions will save many children's lives. Some of the deadliest childhood diseases, such as measles, polio, diphtheria, tetanus, whooping cough, pneumonia caused by *Haemophilus influenzae* type B and *Streptococcus pneumoniae*, and diarrhea caused by rotavirus have vaccines that can protect children from illness and death [3].

In 2017, the probability of death among children aged 5 to 14 years amounted to 7,2 deaths per 1000 children of five years of age, which is approximately 18 % of the mortality rate among children under five years of age observed in 2017. About 2500 children die daily in this age group. Globally, the deaths of children aged 5–9 years accounted for 61 % of the total deaths of children in the age group from 5 to 14 years. Injuries (including road traffic injuries, drowning, burns and falls) are among the main causes of death and persistent disability among children aged 5–14 years. Mortality trends in older children and adolescents reflect the basic distribution of risks in these age groups, in which infectious diseases are less common among older children and young adolescents and accidents and injuries more often occur, especially drowning and road traffic injuries. The United Nations Sustainable Development Goals adopted in 2015 aim to ensure a healthy lifestyle and promote the well-being of all children. The goal of sustainable development is to put an end to preventable mortality in newborns and children under five by 2030. This includes two tasks: reduce mortality of newborns to 12 per 1000 live births in each country; reduce mortality of children under the age of five to 25 per 1000 live births in each country.

To achieve the goal of reducing mortality among children under five by the Sustainable Development Goals by 2030, it is necessary to accelerate progress in more than a quarter of countries. Fulfillment of this objective within the framework of the sustainable development goals will mean a reduction in the number of deaths of children under five by 10 million between 2017 and 2030. Targeted efforts to reduce these cases by 80 % are still required in sub-Saharan Africa and Southeast Asia. The World Health Organization calls on Member States to achieve health equity by ensuring universal health coverage so that all children have access to basic health services without undue financial hardship. The transition from a familiar approach to innovative, multilateral, individual methods aimed at expanding access and coverage, as well as improving the quality of child health services, will require strategic leadership and the optimal combination of assistance in the community and in healthcare facilities [4]. It is also necessary that the health sector and other sectors make efforts to eliminate inequalities and impact on the social determinants of health.

## References:

1. Child mortality. URL: [https://ru.wikipedia.org/wiki/Children's\\_mortality](https://ru.wikipedia.org/wiki/Children's_mortality). (дата звернення: 01.10.2019)
2. The rating of the countries of the world in terms of infant mortality. 2018. URL: <https://gtmarket.ru/ratings/child-mortality-rate/info>. (дата звернення: 01.10.2019)
3. Child mortality. URL: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/child/mortality/ru/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/mortality/ru/). (дата звернення: 01.10.2019)
4. Children: mortality reduction. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>. (дата звернення: 01.10.2019)

## VACCINATION, ONE OF THE MAIN METHODS OF POPULATION PROMOTION

*Yaremenko A., Gorbunova I., KhNMU, Kharkov*

Despite the grandiose victory over infections, one should not forget – medicine does not deal with populations in general, but with specific people. As a rule, all treatment strategies have a long list of conditions under which the effect will be maximum in most cases. But there are exceptions to any statistical pattern, and in some cases, the doctor may not take into account hidden contraindications for treatment. In addition, patients themselves often do not adhere to their prescribed treatment rules. This leads to the fact that any medicine can become a poison, and vaccines are no exception. Infectious and parasitic diseases in the world annually cause more than 15 million death person. According to the World Health Organization (WHO), in Ukraine in 2016, infectious morbidity amounted to 43,195 cases, including infections controlled by specific prophylaxis agents (diphtheria, pertussis, tetanus, measles, polio, tuberculosis) account for 89,2 %. Immunization can prevent two to three million deaths per year from diphtheria, tetanus, whooping cough, and measles.

Since vaccine prophylaxis remains the main way to reduce the level of managed infectious diseases, the development and implementation of new generations of vaccine preparations is a strategic area of modern healthcare. Vaccination options are far from exhausted. Currently, 19,3 million children are not fully vaccinated. These children represent a risk group for the risk of contracting infectious diseases against which there are vaccines. WHO believes that this century is the century of vaccination (immunization). Vaccination is carried out taking into account demographic factors, genotypic characteristics of the population, natural and climatic conditions, epidemiological situation, social factors and financial capabilities of the country. A differentiated approach is used when vaccinating certain groups of people at increased risk, among them: medical workers, catering staff; contingents of nursing homes, orphanages, boarding schools; pregnant women, newborns; traveling abroad to endemic

regions, refugees. Groups of children at particular risk, to which it is first necessary to apply the differentiated method, include premature and weakened children; with immunodeficiencies; patients with acute and chronic diseases.

In Ukraine, as in many other countries, the anti-vaccination movement is gaining strength. The promotion of the benefits of vaccination at all levels should be strengthened and every opportunity should be taken for such promotion. The number of vaccine refusals will increase until the parents themselves realize the clear benefits of vaccination. In the case of personalization, parents will receive the results of an analysis of their child's immunity status. If the tests indicate a lack of protection in the child, the parents themselves will take the initiative and will require him to be vaccinated. In the near future, each of us will have the opportunity to repeatedly check the state of our immunity. It will be as simple as performing a blood test.

Thanks to the achievements of modern fundamental immunology, molecular biology, virology, and human genetics, there are a large number of developments to create new vaccines, new technologies for the production of existing preventive drugs, and methods for their use. We can say that vaccines are promising preventive agents for modern health care.

#### **References:**

1. Abrosimova N. Medical immunobiological preparations. Swag: IPXS, 2006. 101 s.
2. Baryshnikov A. Nanostructured liposomal system as a delivery vehicle anti-cancer drugs Oncology: current issues. *West. RAMS*. 2012. № 3. P. 34–39.
3. Borisov L. Medical Microbiology, Virology, immunology. M.: Institute of Medical information Agency, 2015. 736 p.
4. The global plan of action in vaccine. The Sixty-fifth session of the world Assembly health. Tenth plenary meeting. 2012. A65/VR/10. Paragraph 13.12. URL: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA65/A65\\_22-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_22-ru.pdf) (дата звернення: 01.10.2019)
5. Zverev V. Vaccines: from Jenner and Pasteur to the present day. *Science and life*. 2006. № 3. S. 5–13.
6. Kanyshkova T. Specific immune prophylaxis and immunotherapy of infectious diseases. Minsk: Belarusian state medical University, 2009. 84 p.

Секція 2  
**ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА, СУЧАСНА ЕПІДЕМІОЛОГІЯ  
ТА БІОЛОГІЧНА СТАТИСТИКА**

**СУЧАСНА ЕПІДЕМІОЛОГІЯ: ВИПАДКОВІ ТА СИСТЕМАТИЧНІ ПО-  
МИЛКИ ТА ШЛЯХИ УСУНЕННЯ ЇХ ВПЛИВУ**

*Огнєв В.А., Чухно І.А., ХНМУ, Харків*

*Дослідник не любить помилятися,  
але деякі статистичні помилки просто  
неминучі і слід прагнути усунути їх вплив!*

При проведенні епідеміологічних досліджень, вимірювання одиниці спостереження здійснюється за допомогою шкал вимірювання, які описують, як правило, не істинне значення досліджуваного явища, а спостережуване, так як воно містить різні статистичні помилки. Спостережуваний вимір буде в повній мірі відповідати істинному значенню, тільки в тому випадку, якщо дослідник зведе до нуля дані помилки, але необхідно пам'ятати, що всі помилки, з якими зустрічається дослідник не перелічити, їх кількість прямує до нескінченності і звести їх до нуля практично неможливо, в зв'язку з чим стоїть завдання максимально звести їх до мінімуму. В епідеміологічних дослідженнях можна виділити два види таких помилок – систематичні та випадкові.

Випадкові помилки (*Random error*) це помилки відхилення спостережуваного результату дослідження, отриманого в популяції від істинного значення, обумовлене виключно випадковістю. Випадкові помилки можуть мати місце, наприклад, при одиничних випадках неправильного накладення манжети тонометра, вимірюванні температури, інших вимірах, які носять незакономірний характер. Основним напрямком, зменшення впливу випадкових помилок, є збільшення кількості спостережень, так як при цьому спрацьовує «Закон великих чисел» і випадкові помилки зменшуються по ймовірнісним законам, тобто вони «розбавляються» і зводяться нанівець.

Систематичною помилкою (*Bias error* – помилка зміщення) називаються стійкі відхилення результатів дослідження від справжніх показників і це пов'язано з недосконалістю методики дослідження на будь-якій його стадії. Систематична помилка є значно небезпечніша, ніж випадкова помилка, оскільки її неможливо оцінити, вона не зменшується зі збільшенням кількості спостережень (вибірки). Систематичну помилку можна усунути, змінюючи дизайн дослідження. Дослідження з хорошим дизайном, великою вибіркою, виразно складеним протоколом, адекватно обраними вимірювальними шкалами та повністю

публікованими результатами наближає частку таких помилок до нуля. Систематичні помилки можуть бути найчастіше обумовлені не досконалим відбором одиниць спостереження, дією факторів втручання, не оптимальним застосуванням вимірювальних шкал і т.д. Систематичні помилки – це власне помилки, з якими має боротися доказова медицина завдяки рандомізованим контрольованим клінічним випробуванням (РКВ) і мета-аналізам.

Класичним прикладом краху дослідження через систематичні помилки є передвиборче опитування, проведене Літерірі Дайджест в 1936 р. За його результатами на виборах президента США повинен був перемогти Альфред Лендон. Показовим є те, що для дослідження проведеного Літерарі Дайджест було відібрано велику кількість респондентів (понад 2 млн). На самих же виборах переміг Теодор Рузвельт, перемогу якого передбачали Геллап і Роупер на основі опитування в 500 разів меншої вибірки (всього 4000 чоловік). Помилка Літерарі Дайджест полягала в тому, що основою вибірки (частина генеральної сукупності з якої відбиралися респонденти) виступили телефонні книги. Телефони ж в 1936 р. мали переважно заможні верстви населення США, більшість яких збиралося голосувати за Альфреда Лендона. Отже, отримана вибірка відображала не всіх виборців США, а лише їх специфічну групу. Очевидно і те, що збільшення вибірки одержуваної таким способом ніяк би не допомогло, тому що нові респонденти точно так же представляли б заможних американців. Вибірка ж Геллапа і Роупера була невеликою, але носила випадковий характер і відображала все населення США, що дозволило їм зробити правильний прогноз.

Серед підходів подолання систематичних помилок найчастіше рекомендують рандомізацію (*random* – випадок), стратифікацію (*stratum* і *facio*, буквально – «розшарування») і стандартизацію (*standardization*). Рандомізація передбачає розподіл пацієнтів по групах порівняння таким чином, щоб кожен пацієнт мав рівний шанс потрапити в основну або контрольну групи.

Стратифікаційний аналіз ґрунтується на принципі виділення страт (підгруп), однорідних з точки зору наявних змінних. Наприклад, формуючи вибірку сукупність з числа осіб, які перенесли інфаркт міокарда, можна, попередньо, в сукупності сформувати кілька страт (підгруп) за віковими групами: хворі до 30 років, хворі від 31 до 50 років і хворі старше 50 років. Надалі володіючи інформацією про частоту захворюваності в цих вікових групах, дослідники випадковим методом відбирають певну кількість пацієнтів з кожної групи, дотримуючись пропорційного розподілу хворих.

Стандартизація передбачає математичне коригування вихідних значень будь-якої однієї або декількох змінних таким чином, щоб зрівняти підгрупи по вихідній ризику. Серед даних методів, особливе місце займає дотримання принципу рандомізації, її основна мета – виключити будь-яку упередженість або упередження в оцінці порівнюваних методів. *Досягти це можливо при: випадковому, ненавмисному розподілі хворих за групами: якщо кількість обстежуваних велике, то можна прийняти, що втручаються фактори, розподіляючись в*



обох спостережуваних групах випадковим чином, і будуть взаємно ліквідуватися (нейтралізуватися, погашатися); *відстеження результатів застосування* досліджуваних методів у всіх хворих, включених в дослідження (що дозволяє вивчити не тільки результати використання методу, але й причини відмови від лікування або неможливості його завершення); *«сліпий» оцінці результатів*, коли хворий не знає, в яку групу порівняння він був включений (експериментальну або контрольну); *подвійному «сліпому» методі*, коли також про це не знає лікар; *потрійному «сліпому» методі*, коли крім хворого, дослідника, але і статист не має даної інформації; *чіткому визначенні кінцевого етапу* або результату дослідження (наприклад, п'ятирічне виживання, післяопераційна летальність) – це дозволяє виключити можливість двоякого трактування отриманих даних. В даному випадку рандомізація дає рівний шанс кожній одиниці спостереження з генеральної сукупності потрапити до вибірки або групу, що знижує небезпеку ненавмисного перекручування складу вибірки або групи.

Виконання принципу рандомізації забезпечується різними способами формування вибірки. Вибір способу залежить від дизайну дослідження, передбачуваної точності результатів, обсягу сукупності, можливості використання найточнішого методу та інших об'єктивних і суб'єктивних причин. В даний час ідеальним способом забезпечення рандомізації вважається використання для вибірки одиниць спостереження таблиць випадкових чисел, або аналогічні їм комп'ютерні програми. Цей спосіб забезпечує випадковий неповторний відбір, при якому одиниця спостереження вибирається з генеральної сукупності тільки один раз. Такий спосіб рандомізації є обов'язковим для формування основної та контрольної групи при проведенні більшості клінічних рандомізованих досліджень, що сприяє дотриманню принципу неупередженості дослідження і мінімізації ненавмисного перекручування складу груп. Це своєю чергою значною мірою, при дотриманні дизайну дослідження, забезпечує надійні висновки.

Рандомізація зрівнює ймовірність впливу на пацієнта не тільки тих чинників, які, як передбачається, можуть впливати на прогноз, а й тих, про існування яких дослідник не знає. Завдяки випадковому розподілу відмінності між двома групами зникають і, таким чином, знижується ймовірність систематичної помилки в клінічних дослідженнях внаслідок відмінностей груп з яких-небудь ознак. Рандомізація захищає від невірних висновків щодо прогностичних факторів. Рандомізовані контрольовані дослідження є «золотим» стандартом якості наукових досліджень. Найбільш висока вірогідність результатів випробування досягається лише в разі добре спланованого рандомізованого дослідження, яке дозволяє зводити до мінімуму випадкові і систематичні помилки.

#### **Список використаних джерел:**

1. Біостатистика / За загальною редакцією члена кореспондента АМН України, проф. В.Ф.Москаленка. Київ: Книга плюс, 2009. 184с.
2. Епідеміологічні методи вивчення неінфекційних захворювань: навчальний посібник / В.М. Лехан, Ю.В. Вороненко, О.М. Максименко та ін. Київ: Сфера, 2005. 204 с.

3. Общая эпидемиология с основами доказательной медицины: руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. В.И. Покровского, Н.И. Брико. 2-е изд., испр. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 496 с.

4. Jekel's Epidemiology, Biostatistics, Preventive Medicine and Public Health. USA, PA: Elsevier Saunders, 2014. 405 p.

5. Modern epidemiology / by Kenneth J. Rothmann and Sander Greenland: [additional contributions by James W. Buehler et al.]. 2<sup>nd</sup> ed. USA, PA: Lippincott-Raven Publishers, 1998. 738 p.

## **ВИКОРИСТАННЯ ЕЛЕКТРОННИХ ТЕХНОЛОГІЙ В УМОВАХ РОЗВИТКУ ЕЛЕКТРОННОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

*Грузєва Т.С., Сорока І.М.,*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ*

Розвиток електронної охорони здоров'я є стратегічним напрямом реформування медичної сфери. Електронні технології є важливим механізмом модернізації системи охорони здоров'я завдяки високому потенціалу з надання дистанційної діагностики, консультативної медичної допомоги, збільшення доступності медичної допомоги населенню, підвищення кваліфікації медичних працівників, вдосконалення управління охороною здоров'я, вирішення широкого кола організаційних питань тощо. За визначенням ВООЗ, електронна охорона здоров'я передбачає використання інформаційно-телекомунікаційних технологій в конкретному місці та на відстані, охоплює систему медичного обслуговування, громадського здоров'я, управління, освіти, наукові дослідження тощо.

Інвестиції в інформаційно-комунікаційні технології найчастіше здійснюються в процесі реформування систем охорони здоров'я, впровадження інноваційних форматів послуг та ефективних шляхів доступу до інформації, обміну нею. Перехід до електронної охорони здоров'я стає завданням стратегічної важливості для керівників, які визначають політику медичної сфери.

Політика Здоров'я-2020 передбачає необхідність інвестицій у зміцнення здоров'я та профілактику хвороб і підвищенню добробуту людей через забезпечення доступу до медичних послуг. З огляду на завдання досягнення загального доступу до медичної допомоги електронна охорона здоров'я має фундаментальне значення для стабільності та подальшого зростання національного сектору охорони здоров'я. Інноваційні електронні технології сприяють розширенню спектра послуг, охопленню раніше важкодоступних груп населення, скороченню нерівностей відносно здоров'я і модернізації національних інформаційних систем і медичних служб, удосконаленню методів збору, обробки та використання інформації. Аналіз наукових джерел свідчить про значні масштаби

використання електронної охорони здоров'я в Європі. В багатьох країнах створюються загальнонаціональні служби розвитку електронної охорони здоров'я. У доповіді ВООЗ про стан справ у сфері електронної охорони здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ (2016) наголошується, що подальшому прогресу сприятимуть позитивні зрушення в розвитку моделей сталого фінансування, законодавства, оцінок та освіти в електронній охороні здоров'я.

Більшість наукових робіт з проблем електронного здоров'я стосуються теоретичних і методологічних основ розвитку телемедицини, тобто дистанційного надання послуг охорони здоров'я. Проте масове впровадження методів електронного здоров'я в повсякденну роботу закладів охорони здоров'я залишається недостатнім через низку причин. Ускладнюють цей процес відсутність чітко регламентованого механізму фінансування та нормативного забезпечення телемедичної діяльності, науково обґрунтованого алгоритму застосування електронних технологій, дефіцит технічного оснащення і кваліфікованих кадрів.

Експерти ВООЗ наголошують, що в сучасних умовах успішне інвестування в електронну охорону здоров'я вимагає набагато більше, ніж простий розвиток технологічних засобів. Вони акцентують увагу на необхідності цілісного бачення ефективності системи електронного здоров'я, на потребі в зміні організаційних процесів, структур, функцій, стандартів і законодавства. При цьому, важливим є врахування специфіки кадрових ресурсів, вирішення питань навчання, відшкодування витрат, а також врахування культурних традицій людей, які будуть використовувати послуги електронної охорони здоров'я.

З огляду на багатокомпонентну композиційну структуру та динамічну складність системи охорони здоров'я актуальним завданням є формування єдиного інформаційного простору для забезпечення безперебійної діяльності медичної сфери, оперативного обміну даними, ефективного прийняття управлінських рішень та контролю їх виконання тощо. В даному контексті важливого значення набуває визначення причин, які позначаються на ефективності інформаційного забезпечення управлінських процесів, які впливають на використання наявних ресурсів, на якість медичного обслуговування. Враховуючи стратегічний вектор розвитку національної системи охорони здоров'я в напрямі розбудови електронного здоров'я, потребують вирішення питання застосування сучасних медичних інформаційних систем (МІС), орієнтованих на споживача, розробки електронних баз даних, створення сучасних баз знань, формування у фахівців медичної сфери необхідних компетентностей для використання у повсякденній роботі широкого спектру електронних технологій тощо.

Однак, в Україні відсутні наукові роботи щодо комплексного вирішення проблем удосконалення організації електронної охорони здоров'я в умовах реформування медичної сфери. З огляду на вказане, розбудова електронної охорони здоров'я в Україні відповідно до пріоритетів державної політики, рекомендацій ВООЗ, сучасних європейських і світових трендів потребує вирішення низки проблем для подальшої успішної реалізації реформ в охороні здоров'я.

# ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МОНІТОРИНГУ СТАНУ СПОРТСМЕНІВ ЗА ДОПОМОГОЮ СТАТИСТИЧНОГО АНАЛІЗУ

*Подрігало О.О., Подрігало Л.В.,  
Харківська державна академія фізичної культури, Харків  
Сокол К.М., ХНМУ, Харків*

Нині заняття спортом за рахунок значних часових витрат та кратності тренувань стали професійною діяльністю. Це обумовлює необхідність дослідження та аналізу умов спортивної діяльності, вивчення можливих «професійних загроз», динаміки функціонального стану спортсменів, прогнозування їх спортивної майстерності. Виконання всіх зазначених завдань найбільш ефективно в межах здійснення моніторингу функціонального стану атлетів. Високі спортивні результати залежать переважно від обґрунтованості системи відбору й прогнозування індивідуальних рухових можливостей, а також педагогічних, медико-біологічних і психологічних критеріїв та методів відбору.

Проблема моніторингу функціонального стану атлетів займає одне з провідних місць у спорті. Зростання фізичної працездатності та вдосконалення фізичних якостей багато в чому пов'язані з використанням індивідуальних тренувальних навантажень, оптимальних за інтенсивністю та тривалістю. Моніторинг потребує простих способів оперативного контролю, вибір яких обумовлений конкретними педагогічними завданнями, які розв'язуються в процесі занять фізичною культурою і спортом.

Одним із центральних етапів моніторингу є проведення статистичного аналізу інформації щодо функціонального стану атлетів та організації їх підготовки. Незалежно від використаної моделі, цей етап є важливим й особливо складним в організації моніторингу. В процесі проведення моніторингу реєструються численні та різноманітні дані, що характеризують як стан здоров'я спортсменів, виразність факторів довкілля та спортивного середовища, що можуть впливати на здоров'я спортсменів. Ці дані містять вихідну інформацію, яка після математичної обробки й подальшого аналізу повинна дати можливість вирішити завдання, що стоять перед дослідником. Таким чином, етап математичної обробки є обов'язковим в структурі моніторингу й від якості його реалізації залежить ефективність самого дослідження.

Велика кількість методів статистичної обробки обумовлює певну складність вибору їх для застосування в моніторингу. Як свідчать наявні літературні відомості, переважна більшість дослідників обмежується розрахунком показників описової статистики (середні величини, середні квадратичні відхилення та помилки середніх величин) і практично єдиним показником для порівняння цих критеріїв залишається критерій Стьюдента. Це не є правильним, оскільки критерій Стьюдента повинен використовуватися у випадках, коли розподіл даних має симетричний характер. При здійсненні моніторингу стану спортсменів,

особливо вищого рівня майстерності, такого практично не буває. Крім того, розрахунок середніх величин може приводити до нівелювання наявних індивідуальних розбіжностей стану атлетів. Тому правильний вибір методів обробки є центральним моментом спортивного моніторингу, оскільки невірні відомості не дозволяють зробити обґрунтовані пропозиції на подальших етапах.

При моніторингових дослідженнях виділяють наступні основні завдання і відповідні їм методи статистичної обробки:

- оцінка взаємозалежності (зв'язку) чинників спортивного середовища та показників стану атлетів виконується за допомогою кореляційного, регресійного або кластерного аналізу;

- для виявлення вірогідності впливу того або іншого чинника (або його градацій) на функціональний стан необхідно використовувати статистичні критерії відмінності або дисперсійний аналіз;

- оцінку стану спортсменів, особливо в динаміці необхідно проводити із використанням непараметричних критеріїв;

- кількісну оцінку ступеню впливу окремого чинника (його частки) розраховують за допомогою дисперсійного аналізу;

- ступінь впливу окремого фактора в обмеженій їх сукупності можливо розрахувати із застосуванням регресійного, дискримінантного або кореляційного аналізу;

- для дослідження залежності показників здоров'я від чинників навколишнього середовища використовується однофакторний і багатфакторний регресійний аналіз;

- прогноз здійснення того або іншого результату виконується дискримінантним, регресійним або послідовним аналізом;

- для розрахунку прогнозу кількісних змін показників стану спортсменів при змінах рівня або часу дії факторів служить регресійний (динамічний) аналіз.

На підставі проведених розрахунків можна порівняти відповідні дані, причому як у подовженому (зміни здоров'я та спортивного середовища, які проходять із часом), так і у поперечному (одночасне порівняння окремих об'єктів, адміністративних територій тощо) напрямках. Такий аналіз дозволяє виділити особливості організації підготовки та найважливіші особливості стану атлетів. До них відносяться показники фізичного розвитку, фізіологічні, психофізіологічні, біохімічні та інші показники гомеостазу, донологічні стани здоров'я, що виникають внаслідок нераціональної організації підготовки, а також чинники організації тренувального процесу.

Таким чином, адекватне використання методів статистичної обробки в моніторингу функціонального стану спортсменів дозволяє отримати вірогідну інформацію щодо організації підготовки та динаміки основних показників стану атлетів. Це суттєво підвищує можливість обґрунтування, розробки та апробації заходів превентивного та ергогенного характеру для підвищення спортивної майстерності та надає підстави для прогнозу успішності атлетів.

## ВИКОРИСТАННЯ ПРИНЦИПІВ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ ПРИ ВИРІШЕННІ ЕКСПЕРТНИХ ЗАВДАНЬ

*Бондаренко В.В., ХНМУ, Харків*

Серед головних принципів правосуддя є доказування – встановлена законом діяльність, що спрямована на збирання та оцінку доказів, які мають значення для вірного вирішення справ. Відповідно до Кримінально-процесуального кодексу України (ст. 84), висновок експерта належить до переліку доказів в кримінальному судочинстві. Доказова медицина (далі – ДМ) – це технологія пошуку, аналізу, узагальнення та застосування медичної інформації, яка дозволяє прийняти оптимальні клінічні рішення (А.Р. Уваренко та співавт., 2009). Судова медицина – це галузь медицини, яка спрямована на вирішення питань медико-біологічного характеру, що виникають у правовій практиці. Судова медицина у своїй діяльності завжди використовувала сучасні досягнення у галузі медицини. Доказова медицина ґрунтується на принципах доказовості, передбачає добросовісне та обґрунтоване використання найкращих сучасних рекомендацій під час лікування кожного пацієнта. Практика ДМ пропонує поєднання клінічного досвіду та оптимальних доказів, одержаних шляхом систематизованих досліджень (D.J. Sackett та співавт., 1996).

ДМ у своїй практиці широко використовує рандомізовані дослідження, що передбачають випадковий розподіл об'єктів на окремі групи порівняння, які були б еквівалентними за віком, статтю, результатами клінічного дослідження з іншими групами випадкового принципу формування. Відсутність рандомізації підвищує ризик небажаних систематичних та випадкових помилок. Рандомізація має три основні переваги: 1) зводиться до мінімуму виникнення систематичної помилки; 2) існує маскування втручань від дослідників і осіб, що здійснюють контроль; 3) стає можливим статистично показати ступінь правдивості того, що різниця у частоті клінічних наслідків між групами носить випадковий характер. Рандомізоване дослідження отримало назву «золотий стандарт» і така технологія є єдиною, що відповідає вимогам ДМ.

ДМ також широко використовує мета-аналіз, який вважається методикою інтеграції результатів окремих наукових досліджень. Мета-аналіз дозволяє узагальнити інформацію, яка одержана з різних джерел і різного гатунку за ступенем стандартизації обробки, навіть статистично недостовірних та, як сумарний результат, може дати статистично достовірні дані. Це вимагає постійного спілкування з колегами, які проводять дослідження, з метою визначення їх думок про публікації, що аналізуються. Мета-аналіз формує інформаційні зв'язки між публікаціями та дослідженнями, дозволяє одержати дані, які будуть покладені у створення найновішої, найефективнішої, найбезпечнішої та економічно вигідної медичної технології, формує термін використаного «золотого стандарту». У своїй практичній діяльності судово-медичний експерт дає відповіді на питан-

ня правоохоронних органів не тільки за допомогою власного досвіду та об'єктивних даних, отриманих у ході експертного дослідження, але й за допомогою найбільш вірогідної інформації, яка одержана з якісних попередніх досліджень і систематичних оглядів джерел літератури. Відповідно до цього, використання методів рандомізації та мета-аналізу цілком відповідає вимогам судової медицини. Отож, запропонований алгоритм дій судово-медичного експерта при вирішенні завдань, що сформовані через один експертний випадок:

1. Правильно оцінити ситуацію, сформулювати експертне завдання та визначити його тип (причина смерті, ступінь тяжкості тілесних ушкоджень, ідентифікація тощо).

2. Ефективно провести пошук релевантної наукової медичної інформації з доказовими фактами вирішення завдання.

3. Критично оцінити масив наукових документів, зробити аналітичну оцінку, виходячи з вимог і принципів ДМ.

4. Застосувати одержані висновки аналізу документів у експертній практиці шляхом здійснення експертизи при дотримуванні вимог індивідуального підходу та впливаючими з цього рекомендаціями.

5. Дати оцінку одержаним результатам, провести аналіз виконання попередніх етапів і прийняти кінцеве рішення стосовно подальшого використання у експертній практиці.

Використання запропонованого алгоритму дій судово-медичного експерта з дотримуванням добросовісного пошуку та аналізу необхідної наукової інформації визначає загальний успіх вирішення експертного завдання. Слід визначити саме критичний об'єктивний аналіз масиву науково-інформаційних документів, з яких потрібно вибрати необхідну інформацію та співставити її з завданнями власного експертного випадку. Таким чином, використання принципів ДМ в судово-медичній практиці є можливим за рахунок застосування рандомізованих досліджень і мета-аналізу. Такий підхід до вирішення експертних завдань буде сприяти підвищенню якості та обґрунтованості судово-медичних експертиз. Отож, подальша розробка і впровадження принципів ДМ в практику судової медицини є одним з пріоритетних напрямів її розвитку, спрямованих на підвищення доказовості й об'єктивності експертних висновків.

## **ВНУТРІШНІЙ КЛІНІЧНИЙ АУДИТ ТА АНКЕТУВАННЯ ЯК СПОСОБИ ОЦІНКИ ЯКОСТІ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

*Граділь Г.І., ХНМУ, Харків*

В основу оцінки якості в охороні здоров'я покладено декілька принципів, що характеризують економічність, своєчасність, ефективність, адекватність,

доцільність, достатність процесів щодо охорони здоров'я населення або пацієнтів з урахуванням сучасного рівня науково-технічних досягнень. Японський інженер і статистик Г. Тагучі сформулював декілька принципів стосовно залежності між витратами та рівнем якості: Ми не можемо знизити витрати, не знизивши при цьому рівень якості. Ми можемо підвищити якість без підвищення витрат. Ми можемо скоротити витрати, покращуючи якість. ВООЗ рекомендує враховувати такі компоненти якості медичної допомоги: кваліфікація лікаря, оптимальне використання ресурсів, ризик для пацієнта, задоволеність пацієнта отриманою допомогою. Оцінка якості медичної допомоги повинна проводитись по відношенню: до конкретного пацієнта; до групи пацієнтів визначених одним нозологічним захворюванням, класом захворювання чи станом, а також іншими чинниками. Хворому гарантовано перелік діагностично-лікувальних процедур і рівень вимог до їх якості та результату лікування, що відображено у стандартах медичних технологій. Комісія з забезпечення якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я створюється наказом головного лікаря. Існує декілька ступенів контролю якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я в умовах державної системи. Важлива роль стосовно оцінки ефективності цього процесу належить організації внутрішнього клінічного аудиту. Існують міжнародні стандарти контролю якості надання медичної допомоги [1–5]. Перш за все, необхідне виявлення проблемних питань надання медичної допомоги та причин низької якості медичного обслуговування. Один із методів, що дозволяє отримати вихідні дані відносно проблемних питань якості надання медичної допомоги у стаціонарі – це анкетування з метою виявлення думки пацієнтів і медичних працівників. Аудит стану здоров'я пацієнта проводиться за медичною документацією.

Зрештою, анкетування та внутрішній аудит – важливі інструменти для зворотного зв'язку з пацієнтами, задоволення їх потреб та побажань, прийняття рішень в управлінні та в оцінці результатів дій по підвищенню якості роботи медичного закладу. Застосування цих методів потребує деяких витрат.

#### **Список використаних джерел**

1. Контроль якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я: методичні рекомендації. Ужгород, 2014. 48 с.
2. Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я: методичні рекомендації. Київ, 2014. С. 31.
3. Індикатори якості медичної допомоги: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 02.11.2011 р. № 743.
4. Про порядок контролю якості медичної допомоги: наказ Міністерства охорони здоров'я України. 28.09.2012 р. № 752.
5. Преображенская Е.В., Белова Н.В., Черкасова И.В. Оценка удовлетворённости пациентов стационара медицинской помощью как инструмент повышения качества работы клиники. *Медицина*. 2018. № 2.



## ВІЛЬЯМ СІЛІ ГОССЕТ – ПІОНЕР РОЗВИТКУ СУЧАСНИХ СТАТИСТИЧНИХ МЕТОДІВ

*Усенко С.Г., Петренко А.О., ХНМУ, Харків*

У сучасному світі доволі широко використовується критерій Стьюдента, що дозволяє порівнювати середні значення двох вибірок і на основі результатів тесту робити висновок про те, чи розрізняються вони один від одного статистично чи ні. Однак мало кому відомо, що ввів в науку поняття статистичної значимості, розробив систему промислового контролю якості і метод ефективного планування експериментів, а також винайшов метод послідовної перевірки якості не академічний вчений, а простий пивовар компанії «Гіннес». Саме Вільям Сілі Госсет був тим самим «Студентом», чие ім'я носить метод коректної екстраполяції числових значень, узятих з невеликої вибірки даних – t-тест Стьюдента [1, с. 49]. Поява Госсета на світ у родині полковника Королівського інженерного корпусу гарантувала майбутньому великому статистику значні привілеї, недоступні більшості сучасників. Молодий Вільям мав намір піти по стопах батька, але виявився непридатний до військової служби через поганий зір. Змирившись з думкою про неможливість військової кар'єри, Госсет закінчує престижний Вінчестерський коледж, а потім вступає до Оксфорду, де вивчає математику і хімію. Після закінчення університетського курсу в 1899 р. Госсет надходить на роботу на пивоварний завод компанії «Гіннес» в Дубліні, де перед ним відразу була поставлена задача: як компанія може збільшити виробництво пива [2, с. 110].

Всі методи екстраполяції по вибірці спиралися на ідею, що потрібно взяти велику вибірку і використовувати поняття стандартного нормального розподілу. Цей підхід був вірний для більшості академічних досліджень, але в умовах промислового виробництва можливості розглянути велику вибірку зразків часто просто не було. Мета Госсета – зрозуміти, наскільки знижується репрезентативність отриманих результатів при зменшенні розміру вибірки. Перша проблема, яку став вирішувати Госсет: точне з'ясування кількості вимірювань рівня сахаридів в солодовому екстракті. Початковий підхід Госсета був простий і зводився до порівняння похибки вимірювань, отриманих за мінімальною вибіркою (2 зразки) і по максимально великій групі даних (результати вимірювань останньої вважалися за замовчуванням зразково точними). У разі дуже великої вибірки зразків досить обчислення середнього значення вимірювань рівнів сахаридів – воно буде цілком достовірним, але щоб отримати коректні значення вимірювань за мінімальними вибірками, Госсету довелося досліджувати величезну кількість таких. Він дійшов до висновку, що чим більша кількість вимірювань, тим більша кількість збігів з еталонним результатом. А отже при використанні груп з великим об'ємом результатів ймовірність отримати точне значення з похибкою 0,5 одиниці стала практично нескінченною.

Розподіл Стьюдента – це основний спосіб визначення ймовірної помилки оцінки в залежності від розміру вибірки, і до цього дня широко застосовуваний в науці і промисловості. Після завершення роботи над математичним апаратом t-розподілу Госсет вирішив зробити свою роботу доступною широкому загалу. Він отримав важливі результати, якими хотів поділитися з усім світом. Однак менеджери «Гіннеса» протидіяли намірам Госсета: вони розуміли, що мають перевагу над конкурентами і були далеко не в захваті від перспективи втратити свої передові позиції. Якщо Госсет опублікує свою працю, то інші пивоварні компанії теж зможуть застосувати його відкриття на практиці. Але врешті-решт сторони досягли компромісу: «Гіннес» дозволив публікувати Госсету свої роботи при використанні останнім псевдоніма. Таким чином, конкуренти не зможуть встановити, що дослідження проведені на гроші ірландських пивоварів, і пов'язати успіх «Гіннеса» з промисловим застосуванням методу Госсета. Саме тому стаття, де вперше вводиться поняття t-розподілу – «Ймовірна похибка середнього» – була опублікована Госсетом під псевдонімом. Звівши до мінімуму вплив випадковості, стає зрозумілим визначення значимого результату, і далі – до фундаментального для сучасної науки поняття статистичної значимості. Проте, на першому місці для Госсета однозначно була практичність застосування його методу. Він вважав, що сама по собі концепція статистичної значимості майже марна. Як практик, Госсет ніколи не дотримувався конкретного методу, а кількісні дослідження ніколи не були для нього самоціллю: він був просто зацікавлений в якнайшвидшому досягненні мети всіма можливими способами. Але тим не менше, Student's t-distribution є одним зі стовпів сучасної статистики і фундаментом концепції статистичної значимості [3, с. 167–208].

Отже, Вільям Сілі Госсет – піонер розвитку сучасних статистичних методів, чий внесок має гідну оцінку як його сучасників, так і нащадків.

#### **Перелік використаних джерел:**

1. Герасимов Б.І., Гурова Л.Г., Дробішев В.В., Золотухіна В.М. Макроекономічна регіональна статистика: навчальний посібник / під ред. Б.І. Герасимова. Тамбов: Вид-во ТДТУ, 2004. 112 с.
2. Zellner A. Statistics, Econometrics, and Forecasting. Cambridge: Cambridge University 2004 140 с.
3. Ziliak S. Balanced versus Randomized Field Experiments in Economics: Why W. S. Gosset aka "Student" Matters, Review of Behavioral Economics: 2014. Vol. 1: P. 167–208.

## Секція 3 ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### СЬОГОДЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ В ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

*Коробчанський В.О., Нестеренко В.Г., ХНМУ, Харків*

Перехідні періоди в існуванні будь-якої держави та суспільства у всі часи були пов'язані із реформуванням соціальної сфери, однією з провідних складових якої є система охорони здоров'я. Доцільне реформування української медичної галузі беззаперечно передбачає вивчення світового досвіду у різних сферах реалізації цих перетворень. Однією з провідних складових реформування системи вітчизняної охорони здоров'я беззаперечно є визначення ефективності використання фінансової складової надання медичної допомоги населенню на первинному, вторинному та третинному рівнях. Саме якісним показникам надання медичної допомоги населенню, за визначенням ВООЗ, належать 10 % внеску до формування здоров'я на індивідуальному, популяційному й державному рівнях. Аналіз стану проблеми показав, що у світовій практиці існує цілий комплекс різноманітних систем медичного забезпечення, які спрямовані на збереження здоров'я населення певних країн і регіонів.

Страхова медицина за формулою американського законодавства є найдорожчою на теперішній час. Кожного року зростає відсоток, що громадяни сплачують за страховий поліс, натомість знижується якість послуг. Страхова медицина доступна не всім. В 2014 році 19,3 % сімей не були застраховані [2].

Національне регулювання охорони здоров'я – підконтрольна державі система, де ціни та заробітна платня лікаря встановлюється державою. Приватна практика лікаря дозволена, але жорстко контролюється державою. Ця система працює у Великій Британії, Іспанії та Новій Зеландії.

Національна страхова система – держава є адміністратором охорони здоров'я та сплачує усі витрати, компенсуючи їх податками. Приватні клініки відсутні, проте є клініки, в які приватні інвестори можуть вкласти гроші. Така система наявна в Канаді, Данії, Швеції та на Тайвані.

Фондова система – податки громадян компенсують послуги лікарів. Це надає можливість кожному громадянину отримати медичну допомогу за однаковою ціною. Ця система наявна у Франції, Німеччині та Японії [1]. У Великобританії, Німеччині, Швейцарії банкрутство поміж пацієнтів через великий відсоток страхового внеску є достатньо низьким. Натомість, в США аналіз випадків банкрутства в період 2005–2013 рр. виявив, що 18–25 % опитуваних головним чинником банкрутства назвали сплату медичних послуг [2].

В Україні Конституцією (ст. 49) передбачено забезпечення державою умов для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. Рівноправність громадян і загальнодоступність медичної допомоги й інших послуг в сфері охорони здоров'я визначено одним з основних принципів охорони здоров'я в Україні [3]. Законодавством встановлено, що кожний громадянин України має право на охорону здоров'я, яке розуміється як отримання кваліфікованої допомоги, включаючи вільний вибір лікаря та закладу охорони здоров'я [4–8].

В проекті страхової медицини для громадян України виявлені суттєві розбіжності з законодавством України та міжнародними документами.

Запропонована у законопроекті схема надходження коштів, при якій заклади охорони здоров'я державної та комунальної форм власності ставляться у залежність від декількох джерел надходження коштів, може призвести до виникнення суттєвих ускладнень, плутанини з рахунками та, у кінцевому результаті, нестабільності фінансування галузі. Як свідчить світова практика, пріоритет доцільно надавати такій моделі фінансування системи охорони здоров'я, за якої превалює одне джерело надходження коштів, а решта його доповнює.

У законопроекті не у повній мірі враховані етапи проведення медичної реформи, в ході якої Кабінетом Міністрів України утворено Національну службу здоров'я України – центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення [9]. Відповідно до ст. 11 Європейської соціальної хартії держави повинні «усунути, у міру можливості, недоліки в системі охорони здоров'я» та «запобігати, у міру можливості, епідемічним, ендемічним й іншим захворюванням». Комітет незалежних експертів Ради Європи вважає, що держава виконує це зобов'язання, якщо її медичні служби та система охорони здоров'я здатні забезпечити належний медичний догляд усього населення.

Положення законопроекту не дають чіткого і системного визначення механізму страхування та отримання медичних послуг. Зокрема, залишається невизначеним правовий механізм організації взаємодії між утвореною страховою системою з існуючими на цей час структурами, що діють, наприклад, у рамках відомчої медицини, благодійними організаціями тощо [10].

Ця недосконалість законодавства призвела до негативних наслідків в суспільстві. Наявна негативна тенденція в підписанні декларацій з лікарями в ряді областей країни, роботодавці не надають медичного страхування на підприємствах, тощо. Громадяни, зокрема похилого віку, не завжди розуміють необхідності медичного страхування в зв'язку з недостатнім об'ємом інформації.

Шляхи вирішення цих проблем в урегулюванні законодавства та наданні громадянам повної інформації щодо медичного страхування та фінансування. Направлення страхової медицини в Україні мають відповідати віковим та професійним реаліям сьогодення.

### Перелік використаних джерел

1. DPE Fact Sheet The U.S. Health Care System: An International Perspective 2016. URL: <https://dpeaflcio.org/> (дата звернення: 01.10.2019)
2. National Health Expenditures 2014 Highlights. Center for Medicare and Medicaid Services. URL: <https://www.cms.gov/research-statistics-data-and-systems/statistics-trends-and-reports/nationalhealthexpenddata/nationalhealthaccountshistorical.html> (дата звернення: 01.10.2019)
3. Конституція України. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show>. (дата звернення: 01.10.2019)
4. Фінансове забезпечення охорони здоров'я. Закон України. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show>. (дата звернення: 01.10.2019)
5. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show>. (дата звернення: 01.10.2019)
6. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення: Закон України. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show>. (дата звернення: 01.10.2019)
7. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show>. (дата звернення: 01.10.2019)
8. Про екстрену медичну допомогу: Закон України. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show>. (дата звернення: 01.10.2019)
9. Основи законодавства України про охорону здоров'я. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show>. (дата звернення: 01.10.2019)
10. Висновок на проект Закону України «Про фінансування охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні» від 04.10.2018 р. № 9163. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show>. (дата звернення: 01.10.2019)

### АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ОНКОДЕРМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

*Грузєва Т.С., Калашникова Н.М.,*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ*

Онкологічні захворювання шкіри є однією з найбільш агресивних і часто непередбачуваних форм злоякісних новоутворень. В останні десятиліття більшість дослідників відзначають стійке зростання захворюваності населення на онкодерматологічну патологію. Згідно зі статистикою, рак шкіри посідає друге місце за поширеністю серед онкологічних захворювань. Вагому роль серед них відіграє меланома, яка становить 3–5 % від усіх первинних шкіри. Проте на її частку припадає приблизно 80 % випадків смертей від онкодерматологічної патології. В країнах з переважно білим населенням меланома входить в першу десятку найбільш соціально значущих категорій пухлин за показниками захворю-

ваності і смертності. Захворюваність на меланому коливається від 1 до 55 випадків на 100 тис. населення в рік, в залежності від географічного розташування, поведінкових особливостей і расової приналежності досліджуваної популяції. Індивідуальний ризик даної патології становить приблизно 2 %. З початку ХХ ст. відзначається швидке збільшення частоти меланоми в більшості країн світу, де в загальній популяції стандартизовані показники захворюваності подвоюються кожні 10–15 років, щорічно збільшуючись на 7 %. Дані літератури свідчать про неухильне зростання захворюваності на меланому в Україні. До факторів ризику меланоми шкіри відносяться: інтенсивне ультрафіолетове випромінювання, кількість пігментних невусів більше 50 шт., 1 і 2 фототип шкіри, обтяжений особистий і сімейний анамнез. Частота розвитку меланоми збільшується з віком і частіше зустрічається у осіб чоловічої статі. В цілому, онкодерматологічна патологія характеризується досить агресивним перебігом і резистентністю до терапії, тому 5-тирічна виживаність хворих є невисокою.

Основними проблемами боротьби з онкодерматологічною патологією є пізня діагностика новоутворень, обмежений контингент онкологів в регіонах і недостатня якість їх роботи, вади профілактичної діяльності.

З огляду на пізню діагностику, завдання розробки і реалізації системи активного виявлення груп онкологічного ризику серед населення за допомогою анкетування і вдосконалення діагностики на ранніх етапах розвитку онкологічних захворювань шкіри залишається актуальною проблемою сучасної дерматології та соціальної медицини. Є актуальними питання профілактики, диспансерного спостереження за пацієнтами з хворобами онкогематологічного профілю, що значно впливає на своєчасність виявлення, адекватність лікування і тривалість життя хворих з цією патологією. Проблемі удосконалення організації онкодерматологічної медичної допомоги присвячено низку наукових досліджень у багатьох країнах світу. Водночас, вони обґрунтовують підходи до поліпшення ситуації з огляду на контекст конкретних країн, особливості моделей надання медичної допомоги, традиційну практику. Проблема профілактики онкодерматологічної патології та удосконалення організації медичного обслуговування хворим надзвичайно гостро стоїть в Україні з огляду на значну поширеність і тенденції до зростання частоти онкологічної патології шкіри. Значущість організації доступної та якісної онкодерматологічної медичної допомоги населенню особливо підвищується в умовах глобального його старіння і прогнозованого зростання чисельності людей, що піддаються ризику розвитку онкологічних захворювань шкіри внаслідок посилення дії численних несприятливих чинників. Пріоритетний розвиток системи громадського здоров'я й перерозподіл функцій між лікарями-онкодерматологами, фахівцями загальної практики-сімейної медицини і фахівцями громадського здоров'я в контексті профілактики та лікування онкодерматологічних захворювань вимагає дослідження обсягів і якості такої роботи з метою забезпечення її відповідності медико-технологічним документам та ефективності. З огляду на існуючі і прогнозні тенденції, пріорите-

ти державної політики України, рекомендації ВООЗ, оптимізація організації онкодерматологічної допомоги є важливим завданням охорони здоров'я.

## **ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ЕКСПЕРТИЗИ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ В ПЕРВИННІЙ ЛАНЦІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

*Грузєва Т.С., Ніколаєнко О.Я.,  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ*

Досягнення стратегічних цілей системи охорони здоров'я щодо збереження і зміцнення здоров'я населення, подовження його активного довголіття передбачає забезпечення загального охоплення громадян доступними і якісними медичними послугами. Оскільки захворюваність з втратою працездатності є важливою характеристикою популяційного здоров'я, а експертиза втрати працездатності характеризує якість медичного обслуговування, ці питання є надзвичайно актуальними і потребують постійного моніторингу, оцінки та удосконалення. Особливої уваги проблеми експертизи втрати працездатності вимагають в первинній ланці охорони здоров'я, де, як відомо, починають і закінчують лікування близько 80 % пацієнтів. Від якості експертизи втрати працездатності на первинному рівні в контексті правильності встановлення її факту, визначення її термінів, повноти та своєчасності обстеження і лікування, направлення на консультацію до спеціаліста, надання відповідних рекомендацій залежить результативність та ефективність медичної допомоги в цілому. Тому важливими завданнями вдосконалення медичного обслуговування населення є оптимізація організації процесу експертизи втрати працездатності в первинній ланці охорони здоров'я, яка повинна розглядатися як невід'ємна складова загальної системи управління якістю в закладі охорони здоров'я.

Зважаючи на багатофакторність впливу медико-організаційних чинників на якість експертизи втрати працездатності, підвищення результативності роботи за цим напрямом потребує дослідження сучасного стану, особливостей здійснення експертизи в умовах реформування медичної сфери, виявлення наявних проблем, бачення різними учасниками процесу експертизи перспективних шляхів поліпшення ситуації тощо. Встановлення сучасних проблем організації та здійснення експертизи втрати працездатності в первинній ланці охорони здоров'я, виявлення наявних проблем та визначення шляхів їх подолання дозволить обґрунтувати оптимізаційні стратегії та моделі. Їх впровадження в практичну діяльність охорони здоров'я сприятиме реалізації профілактичного напрямку з попередження і зменшення частоти втрати працездатності та підвищення якості медичної допомоги в цілому.

# ПАТОМОРФОЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ТА КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ОЗНАК У ХВОРИХ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ З ГОСТРИМИ ІШЕМІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

*Григорова І.А., Григоров М.М., ХНМУ, Харків  
Водоп'янов В.А., 3-я міська поліклініка, Маріуполь*

В усьому світі та Україні гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК) посідають провідне місце в структурі захворювань нервової системи у зв'язку з їх поширеністю, високим показником інвалідизації і смертності, особливо серед осіб працездатного віку [1, с. 10; 2, с. 8–9]. Згідно сучасної класифікації ГПМК розподіляють на доінсультні форми (до яких належать минулі порушення мозкового кровообігу – МПМК) та інсульти. До МПМК відносять гіпертензивний церебральний криз, його ускладнений варіант (гостру церебральну енцефалопатію) та транзиторну ішемічну атаку (ТІА). Більш важкою формою ГПМК є мозковий інсульт, що за характером розподіляється на ішемічний (І) та геморагічний (Г). Фактори ризику, що призводять до ГПМК за ішемічним типом, а саме: ТІА та І. Фактори ризику цих станів у порівнянні з нашими попередніми дослідженнями, претерпіли певних зміни [3, с. 66–67]. Так, у мешканців Харкова та Харківської області збільшилась кількість хворих з гострим та хронічним стресом, що був провідним чинником ризику гострих церебральних ішемій. У хворих молодого віку збільшилась кількість осіб з патологією шийного відділу хребта (у вигляді їх нестабільних форм), що пов'язано з перебуванням тривалий час за комп'ютером з формуванням вимушеної пози з подальшим розвитком м'язово-тонічного больового синдрому шийно-плечової локалізації [4, с. 73–74]. Цей факт сприяв погіршенню гемодинаміки в хребцевій артерії (ХА), особливо при її компресійно-ішемічній формі розладів, яка була фактором ризику ТІА в вертебрально-базиллярному басейні (ВББ). Також зросло число осіб з коморбідними станнами, а саме: поєднання ТІА в ВББ, що розвинулись на тлі серцевих аритмій і цукровим діабетом. В структурі ТІА в басейні каротидних артерій зросла кількість осіб з вродженими вадами церебральних судин, збільшенням хворих середнього віку, у яких був підвищений рівень загального холестерину крові у поєднанні з високим рівнем ліпопротеїдів дуже низької гущини, та коефіцієнтом атерогенності при низькому рівні ліпопротеїдів високої гущини. У хворих на І, завдяки великій кількості «переселенців» з місць бойових дій, частіше зустрічалась артеріальна гіпертензія, миготлива аритмія та ішемічна хвороба серця, які нерідко поєднувались з неспсихотичними психічними розладами у вигляді «панічних атак» вже в гострому періоді І. Враховуючи всі фактори ризику, що призводять до ішемічних порушень мозкового кровообігу, ми провели клініко-біохімічне та інструментальне дослідження у 100 хворих на ТІА середнього віку, що знаходились на лікуванні в неврологічному відділенні КНП ХОР «ОКЛ». Досліджувались їх основні клінічні синдроми, гемодинамічні та метаболічні зміни (зокрема вивчення стану гемостазу, плазмових показників ліпідного обміну, рівню ендотеліну-1 та NO в крові).



Отож, на підставі комплексного обстеження були виявлені певні маркери, що відрізнялись у хворих на ТІА, які виникли на фоні аритмій серця (І група) та ТІА, що розвинулись на тлі атеросклерозу церебральних судин (ІІ група). На підставі застосування сучасних методів математичної обробки були виявлені вірогідні і невірогідні клініко-інструментально-біохімічні маркери, що дозволили нам запропонувати діагностично-лікувальний алгоритм ведення хворих на ТІА різного генезу з призначенням адекватної терапії, у т.ч. з препаратами нового покоління, що комплексно впливають на стан ендотелію.

#### **Перелік використаних джерел:**

1. Григорова І.А., Тесленко О.А., Григоров Н.Н. Факторы риска инсульта в Харьковской области, профилактика и лечение сосудистых когнитивных нарушений. *Академія інсульту*: матеріали VI наук.-освіт. форуму, 10–11 листопада 2016 р. Київ, 2016. – С. 10.

2. Зозуля І.С., Зозуля А.І., Волосовец А.А. Мозговой инсульт: настоящее и перспективы. *Екстренная медицина*. 2016. № 4. С. 8–15.

3. Григорова І.А., Тесленко О.О., Григоров М.М. Фактори ризику розвитку мозкового інсульту. *Актуальні проблеми клінічної та фундаментальної медицини*: збірник наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 13–14 квітня 2017 р. Харків: ХНМУ, 2017. С. 66–67.

4. Логвиненко А.В. Анатомофизиологические предпосылки развития синдрома позвоночной аритмии. *Міжнародний медичний журнал*. 2016. № 4. С. 73–76.

## **СЬОГОДЕННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

*Григоров М.М., Григорова І.А., ХНМУ, Харків,  
Григоров С.М., КНП «Обласна клінічна лікарня», Харків*

Вивчення основ організації роботи екстреної медичної допомоги (ЕМД) на практичних заняттях з дисципліни «Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я» студентами шостого курсу медичних факультетів на кафедрі громадського здоров'я та управління охороною здоров'я є актуальним, так як Служба ЕМД являється найбільш вагомою складовою в забезпеченні населення медичною допомогою на догоспітальному етапі.

Щоденно працівники екстреної медичної допомоги в Україні обслуговують тисячі викликів, допомагаючи людям, які потребують екстреної медичної допомоги. Вона полягає у здійсненні медичними працівниками, відповідно до закону невідкладних організаційних, діагностичних і лікувальних заходів, спрямованих на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я [2; 3]. Не є виключенням і Харківська область. Комунальна установа охорони здоров'я «Центр

екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації був утворений 21 грудня 2012 р., на виконання Закону України «Про екстрену медичну допомогу», це стало сучасним та необхідним етапом в розвитку Служби екстреної медичної допомоги в регіоні. Служба швидкої медичної допомоги в Харківській області є однією із найстаріших не тільки в Україні, а й на всій території колишнього СРСР. Основи швидкої медичної допомоги населенню регіону, як самостійного виду екстреної медичної допомоги хворим та постраждалим на догоспітальному етапі, були закладені ще в далекому 1909 р. групою ентузіастів, до складу якої ввійшли такі відомі харківські лікарі, як М.І. Оболенський, Л.Л. Гіршман, С.Я. Уткін, І.Ф. Рогожин, Н.К. Кульчицький та інші. З тих пір і до тепер Харківщина є ініціатором, розробником, що запровадила багато ідей, які значно покращують роботу Служби ЕМД. Так в 2007 р. розпочався процес запровадження автоматизованої системи організації, управління та контролю диспетчерської служби з використанням GPS- технологій, що дало змогу максимально скоротити час на виконання виклику, надавати дійсно екстрену високоефективну кваліфіковану медичну допомогу, в т.ч. з використанням екстреного тромболізу, забезпечити послідовність догоспітального та госпітального етапів. Принциповою та важливою основою роботи служби екстреної медичної допомоги є регіональна екстериторіальність, що забезпечує скорочення часу, необхідного для доставки хворого або потерпілого, та дає можливість ефективно використовувати ресурси служби при надзвичайних ситуаціях. Тому в Харківській області заздалегідь була проведена велика організаційна робота по імплементації положень Закону України «Про екстрену медичну допомогу» в умовах Харківської області. Був Розроблений та реалізований ряд унікальних нормативних, адміністративних кадрових та інших заходів. Наразі у всіх адміністративно-територіальних одиницях Харківської області визначено розташування 188 місць базування бригад екстреної медичної допомоги, до складу яких входять 26 відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги (ЕМД), 49 пунктів постійного базування бригад ЕМД и 113 пунктів тимчасового базування відповідних бригад по всій області. Екстрену (швидку) медичну допомогу населенню Харківської області, яке становить понад 2,7 млн осіб, забезпечують 200 бригад екстреної медичної допомоги. Із них 93 бригади Е(Н)МД працюють в Харкові, 107 бригад ЕМД надає медичну допомогу в районах області. Радіус дії відділень ЕМД, пунктів постійного базування бригад Е(Н)МД та пунктів тимчасового базування бригад ЕМД в 10–20 км дозволяє своєчасно прибувати на обслуговування екстрених викликів [3].

Відтак, з урахуванням факту забезпечення служби ЕМД Харківської області в повному обсязі медикаментами, спеціальним одягом, апаратурою, сучасними санітарними автомобілями, можна сподіватись на поліпшення в Харківській області діяльності служби ЕМД, умов праці персоналу, ефективності надання екстреної медичної допомоги.

### Перелік використаних джерел:

1. Про екстрену медичну допомогу: Закон України від 05 липня 2012 р. № 5081-VI. URL: <http://www.rada.gov.ua/cgi-bin/laws> (дата звернення: 11.09.2019)
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII. URL: <http://www.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi> (дата звернення: 11.09.2019)
3. КЗОЗ «Центр Е(Н)МД та МК Департаменту охорони здоров'я ХОДА. Офіційний сайт. URL: [www.emd.kh.ua](http://www.emd.kh.ua). (дата звернення: 11.09.2019)

## ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ «ФТОР-ЛЮКС» І «ДЕСЕНСЕТІН» ПРИ ЛІКУВАННІ ГІПЕРЕСТЕЗІЇ ЗУБІВ У ХВОРИХ ЗІ ЗАХВОРЮВАННЯМ ПАРОДОНТУ

*Рябокоть Є.М., Токар А.А., Канунік Т.С., Волкова О.С., ХНМУ, Харків*

На ранніх стадіях захворювань пародонту пацієнти часто скаржаться на підвищену чутливість зубів, що виникає від температурних і механічних подразників. Скарги пацієнтів обумовлені ретракцією ясен і оголенням цементу кореня. Усунення симптому підвищеної чутливості є надзвичайно важливою складовою комплексного лікування хворих з патологією тканин пародонту [1; 2].

Проведено обстеження 24 пацієнтів з хронічним генералізованим пародонтитом легкого ступеню тяжкості (62,5 % жінок і 37,5 % чоловіків) у віці 35–45 років. Всі пацієнти були розділені на дві групи, рівнозначні за кількістю обстежених осіб, діагнозу, числу зубів з гіперестезією. При огляді порожнини рота об'єктивно визначали у кожного хворого ступінь вираженості чутливості, за допомогою комплексного індексу диференційної чутливості зубів по Л.Н. Дідовій (2006) [3]. Пацієнтам 1 групи зуби обробляли лаком «Фтор-Люкс». Препарат наносили дворазово 1 раз в день, з інтервалом 3–4 доби. Пацієнтам 2 групи обробку зубів проводили з використанням суспензії «Десенсетін». Курс лікування включав 3 обробки за допомогою роторної насадки і циркулярної щітки, щодня, з інтервалом 3 доби.

Результати проведених досліджень відразу після курсу терапії показали, що препарати «Фтор-Люкс» і «Десенсетін» знижують гіперестезію зубів в обох групах дослідження. Висока концентрація фторид-іонів в лаку «Фтор-Люкс» дає стійкий пролонгований ефект. У 75 % досліджуваних 1 групи позитивний результат у вигляді зникнення больової чутливості, був досягнутий в 70,5 % випадків, після другого відвідування. Терапевтичний ефект суспензії «Десенсетін» досягався завдяки глибокому проникненню препарату в дентинні каналці та мікродефектів емалі, що викликало надійне зниження чутливості твердих тканин. Так у пацієнтів 2 групи позитивний результат отриманий в 72,5 % ви-

падків вже в перше відвідання. В інших клінічних випадках наявна позитивна динаміка в зникненні ознак гіперестезії. Негативних результатів не виявлено.

Таким чином, застосування десенситайзерів «Фтор-Люкс» і «Дессенсі-тін» призводить до швидкого зниження чутливості зубів, і можуть бути препаратами вибору для лікування гіперестезії при захворюваннях тканин пародонта.

#### **Перелік використаних джерел:**

1. Белоклицкая Г.Ф., Копчак О.В. Дифференцированные схемы лечения гиперестезии дентина при заболеваниях пародонта. *Стоматология сегодня*. 2008. № 3. С.70–71.
2. Петрушанко В.М., Павленкова О.В., Павленко С.А., Ткаченко І.М. Десенситайзери та їх застосування в терапевтичній стоматології. *Вісник проблем біології і медицини*. 2013. Вип. 1. Т. 1. С. 98.
3. Дедова Л.Н. Чувствительность дентина: диагностика, лечение: учебно-методическое пособие. Минск: БГМУ. 2006. 53 с.
4. Von Troil B., Needleman I., Sanz M., Clin J. A systematic review of the prevalence of root sensitivity following periodontal therapy. *Periodontol*. 2002. Vol. 29. Suppl. 3. P. 173–177.

## **УДОСКОНАЛЕННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ**

*Муратов Г.Р., ХНМУ, Харків*

*Старік Д.С., КНП ХОР «Обласна дитяча клінічна лікарня», Харків*

Сучасні тенденції щодо стану здоров'я дітей свідчать про значне зростання хронічної соматичної патології у дітей. Показники загальної та первинної інвалідності у дітей Харківської області мають тенденцію до зростання: в динаміці 2017–2018 рр. з 204,38 до 208,63 на 10 тис. дитячого населення (загальна), первинна с 17,23 до 18,45 на 10 тис. дитячого населення.

За результатами проведеного статистичного аналізу визначена класифікація ризиків щодо якості надання медичної допомоги дітям Харківської області: зростання хронічної соматичної патології; стабільно високі показники дитячої інвалідності; високі показники дитячої смертності поза стаціонаром; недостатня якість диспансерного нагляду.

Метою роботи є удосконалення системи моніторингу якості надання медичної допомоги дітям в умовах багатопрофільної педіатричної клініки – комунальне некомерційне підприємство Харківської обласної ради «Обласна дитяча клінічна лікарня» (далі – КНП ХОР «ОДКЛ»).

Якість медичної допомоги – це створення системи щодо організації надання медичної допомоги дітям відповідно до існуючих стандартів у сфері охо-

рони здоров'я [1–5]. Підвищення доступності та якості медичного обслуговування дітей неможливо без адекватного моніторингу якості надання медичної допомоги.

В умовах КНП ХОР «ОДКЛ» якість медичної допомоги забезпечується розвитком сучасних технологічних видів медичної допомоги, наявністю кваліфікованих медичних кадрів, що приймають клінічні рішення на основі найкращих клінічних практик з доведеною ефективністю, а також адміністративного менеджменту закладу, що забезпечує економічну й клінічну ефективність застосованих методів діагностики та лікування.

Контроль якості надання медичної допомоги здійснюється шляхом застосування методів зовнішнього та внутрішнього контролю якості медичної допомоги, самооцінки медичних працівників, експертної оцінки, клінічного аудиту, моніторингу системи індикаторів якості, атестації/сертифікації.

До основних засобів контролю були віднесені: медичні стандарти; експертна оцінка; показники діяльності медичного працівника.

Внутрішній контроль якості надання медичної допомоги здійснюється шляхом систематичного контролю за кваліфікацією лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою та професіоналів з немедичною освітою; експертизи відповідності якості наданої медичної допомоги; моніторингу реалізації управлінських рішень; моніторингу дотримання структурними підрозділами медичних стандартів, клінічних протоколів, табелів оснащення; вивчення думки пацієнтів щодо наданої медичної допомоги (анкетування, анонімне за бажанням); самооцінки медичних працівників (анкетування).

На першому рівні завідувачі структурними підрозділами щомісяця проводять збір та обробку даних, у т.ч. й аналіз самооцінки медичних працівників. На їх основі готується експертна оцінка якості лікувально-діагностичної роботи у підрозділі. Для проведення експертної оцінки розроблені та затверджені критерії оцінки якості: база даних щодо лікувального процесу, кількість пацієнтів, пролікованих у стаціонарі та консультованих амбулаторно, питома вага сільських жителів, робота ліжка, виконання плану ліжко-днів, обіг ліжка, зайнятість ліжка, простій ліжка, середня тривалість перебування па ліжку (відповідно до республіканських показників), летальність, кількість проведених досліджень (амбулаторних, стаціонарних), анкетування батьків пацієнтів і пацієнтів (анонімне за бажанням), кількість скарг пацієнтів, експертна оцінка обстеження та лікування відповідно новим клінічним протоколам та уніфікованим клінічним протоколам, локальному формуляру лікарських засобів, який затверджено виключно на принципах доказової медицини, згідно національному переліку, ведення медичної документації. Щомісяця проводиться комплексна перевірка форми первинної облікової документації, контролюється відповідність призначених препаратів згідно віку дитини (за інструкцією МОЗ) та наявність інформованої згоди батьків щодо призначення лікарських препаратів поза інструкцією, проводиться вивчення думки пацієнтів щодо наданої медичної допомоги (анкетування).

На другому рівні внутрішній контроль якості проводиться заступником директора з медичної частини, який проводить моніторинг реалізації управлінських рішень, виконання наказів, дотримання структурними підрозділами стандартів надання медичної допомоги дітям та аналіз системи індикаторів якості медичної допомоги. До переліку індикаторів якості надання спеціалізованої медичної допомоги віднесено: укомплектованість кадрами (лікарями та середнім медичним персоналом); питома вага атестованих медичних працівників (лікарі та середній медичний персонал); питома вага реанімаційних місць, оснащених сучасною лікувально-діагностичною апаратурою; питома вага сучасного лабораторного оснащення; кількість спеціальностей, за якими надається медична допомога (стаціонарна, амбулаторна); наявність статусу «Лікарня, дружня до молоді»; функція (обіг ліжка); навантаження діагностичної апаратури (кількість ультразвукових апаратів, ендоскопів) та число проведених досліджень; кількість рентгенологічних досліджень; кількість проведених лабораторних досліджень (загально-клінічних, гематологічних, цитологічних, біохімічних, мікробіологічних, імунологічних – їх співвідношення та кількість на 1 госпіталізованого пацієнта); рівень госпіталізації сільських жителів; частка померлих дітей у віці (до 1 року, 0–17 років) в КНП ХОР «ОДКЛ»; розходження патологоанатомічного та клінічного діагнозів.

На третьому рівні в КНП ХОР «ОДКЛ» створена та діє клініко-експертна комісія. Контроль якості надання медичної допомоги клініко-експертною комісією проводиться у випадках смерті пацієнтів, розбіжності встановлених діагнозів, недотримання стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів, а також у випадках, що супроводжувалися скаргами пацієнтів та /або близьких осіб, які доглядають за пацієнтами, шляхом клініко-експертної оцінки якості та обсягів медичної допомоги.

Впровадження системи моніторингу якості дозволило суттєво знизити обсяг медикаментозної терапії, надлишкового діагностичного та лабораторного обстеження, що забезпечило більш раціональне використання економічного ресурсу закладу. Протягом останніх років відмічається позитивна динаміка росту основних показників діяльності стаціонару, скорочена середня тривалість ліжко-дня, кількість скарг пацієнтів.

#### **Список використаних джерел:**

1. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 р. № 751: Наказ МОЗ України від 29.12.2016 р. № 1422. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua> (дата звернення: 20.09.2019)
2. Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування: Наказ МОЗ України від 05.02.2016 р. № 69. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua> (дата звернення: 20.09.2019)
3. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України: Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua> (дата звернення: 20.09.2019)

4. Про порядок контролю якості медичної допомоги: Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua> (дата звернення: 20.09.2019)

5. Про затвердження індикаторів якості медичної допомоги: Наказ МОЗ України від 02.11.2011 р. № 743. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua> (дата звернення: 20.09.2019)

## ОЦІНКА РІВНЯ КОНТРОЛЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

*Єрмоменко Г.В., ХНМУ, Харків*

Мета даного дослідження: оцінити рівень контролю бронхіальної астми (БА) у пацієнтів за допомогою АСТ-тесту (Asthma Control Test), та порівняти із результатами тесту із об'єктивними даними оцінки лікарем контролю симптомів бронхіальної астми.

Матеріали та методи: У дослідження були включені 86 пацієнтів з БА. Для визначення рівню контролю БА був використаний опитувальник АСТ. Статистична обробка даних проводилась за допомогою програмного забезпечення MS Office Excel.

Результати: Аналіз даних показав, що в дослідженні приймали участь чоловіки – 28,13 % та жінки – 71,87 %. Середній вік досліджуваних хворих склав  $43,2 \pm 2,41$  роки. За рівнями контролю: БА контрольована у 12,1 %, частково контрольована – 27,3 %, неконтрольована – 60,6 %. Всі хворі отримували базисне лікування у вигляді комбінацій ІГКС і  $\beta_2$ -агоніста тривалої дії. Оцінка рівня контролю АСТ-тесту хворими показала, що контрольована БА спостерігалася у 79,8 %, частково контрольована у 15,15 %, неконтрольована у 5,05 % пацієнтів. Незважаючи на базисну терапію, контроль БА по АСТ-тесту був лише у незначній кількості хворих (5,05 %), це не збігалось з думкою лікарів, які відзначили, що контроль БА спостерігався у 10,1 % пацієнтів. За даними самооцінки (питання № 5 АСТ-тесту) 79,8 % опитаних пацієнтів повідомили про те, що добре і повністю контрольоване захворювання протягом останніх 4-х тижнів. Така переоцінка може бути пов'язана з формулюванням питання анкети: «Як би Ви оцінили, наскільки Вам вдалося контролювати астму за останні 4 тижні?» Подібне питання, провокує хворого дати невірну відповідь.

Частковий контроль за результатами АСТ-тесту відзначався у 15,15 % пацієнтів, що відмінна від думки лікаря – 30,3 %. Контроль БА був відсутній у 59,6 % за результатами АСТ-тесту (сумарна оцінка), за даними самооцінки (погано і зовсім не вдалося контролювати) у 5,05 % хворих.

Отже, наявні відмінності між суб'єктивною оцінкою хворого та об'єктивною – лікаря. Простежується тенденція до недооцінки пацієнтами важкості свого стану й переоцінки рівня контролю у порівнянні з оцінкою лікарем.

# МЕДИКО-САНІТАРНА ДОПОМОГА ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

*Трегуб П.О., ХНМУ, Харків*

*Трегуб В.Л., КНП "Міська поліклініка № 26" ХМР, Харків*

Надання якісної медико-санітарної допомоги та проведення реабілітаційних заходів хворим на хронічний панкреатит є важливою задачею, що стоїть перед сучасною системою організації медичної допомоги. Якісне покращення надання медичної допомоги та реабілітації хворих на хронічний панкреатит призведе до зниження показників захворюваності, смертності, тимчасової непрацездатності, інвалідності та дозволить покращити якість життя даного контингенту населення. Медична реабілітація – це комплекс лікувальних заходів, що направлені на відновлення та розвиток фізіологічних функцій хворого з метою його адаптації до нових умов, що виникли внаслідок захворювання [1]. При проведенні реабілітаційних заходів необхідно враховувати, що кількість непсихотичних психічних розладів серед хворих зростає, в тому числі і серед пацієнтів з хронічним панкреатитом, серед них провідне місце займають розлади тривожно-депресивного спектру та астено-невротичною симптоматикою, що призводять до виникнення депресивного світосприйняття, що в свою чергу негативно впливає на результати лікування та проведення реабілітаційних заходів [2].

Проведено соціологічне опитування хворих на хронічний панкреатит по розробленим анкетам в кількості 300 екземплярів і вкопіюванню даних з медичної документації, а саме статистичних карт хворого, який вибув зі стаціонару (форма № 066/о), кількістю 358 од. За даними дослідження, було рекомендовано звернутися до психолога  $13,0 \pm 1,9$  %, при цьому  $87,0 \pm 1,9$  % опитуваних такої рекомендації не отримали. До психолога звернулись  $11,3 \pm 1,8$  %, а  $88,7 \pm 1,8$  % залишилися без психологічної допомоги. Покращення свого психологічного стану після роботи зі психологом відмітили  $85,3 \pm 2,0$  % з тих, хто звернувся до нього. При цьому більшість з опитаних  $52,7 \pm 2,9$  % має бажання та необхідність в психологічній допомозі, відповідно  $47,3 \pm 2,9$  % визначили, що такої необхідності не мають.

Отже, виявлено недостатнє надання психологічної допомоги хворим на хронічний панкреатит, що призводить до виникнення страху за своє життя та ускладнює подальше проведення реабілітаційних заходів.

## **Перелік використаних джерел:**

1. Бондаренко О.А., Мухарлямов Ф.Ю. Современные возможности медицинской реабилитации больных хроническим панкреатитом на фоне ожирения. *Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова*. 2013. Т. 8. № 1. С. 87–90.

2. Шевченко Ю.М. Клініко-психопатологічні особливості непсихотичних психічних розладів у хворих на хронічний панкреатит. *Український вісник психоневрології*. 2014. Т. 22. Вип. 4. С. 118–121.



# ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ ОПТИМІЗОВАНОЇ МОДЕЛІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

*Трегуб П.О., ХНМУ, Харків*

*Трегуб В.Л., КНП "Міська поліклініка № 26" ХМР, Харків*

Хронічний панкреатит – одне з найбільш поширених хвороб підшлункової залози, та є ваговою медико-соціальною проблемою, оскільки перебіг захворювання характеризується виникненням ускладнень, що нерідко несуть загрозу життю пацієнта, зниженням його якості життя, економічними втратами, психологічними проблемами, тощо. Це й зумовило необхідність оптимізації моделі надання медичної допомоги та реабілітації хворих на хронічний панкреатит. Для розробки оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит був використаний метод моделювання. При цьому, в основу моделі були покладені дані, що були отримані в результаті проведеного дослідження, а саме: проведена оцінка якості життя з встановленням основних обмежень в основних сферах життєдіяльності, вивчені фактори ризику розвитку захворювання з методикою його раннього індивідуального прогнозування, якості медичного обслуговування з проведенням заходів по реабілітації пацієнтів. Для ефективного функціонування оптимізованої моделі була розроблена функціонально-організаційна система реабілітації хворих на хронічний панкреатит, яка складається з об'єктів управління, суб'єктів управління та блоку наукового регулювання з його складовими, такими як: нормативно-правова складова, організаційно-структурне забезпечення, ресурсне забезпечення, кадрове забезпечення, інформаційне забезпечення, клінічне забезпечення та наукове забезпечення.

Отже, розробка оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит – це важлива задача, яка повинна удосконалити систему надання медичної допомоги та реабілітації даного контингенту населення та, як наслідок, покращання якості життя хворих на хронічний панкреатит.

## РОЗВИТОК ГІПОДИНАМІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

*Ілюха С.Е., Погорелова Т.А., Севидова Я.О., ХНМУ, Харків*

Науковий керівник: доц. Єрмоменко Г.В.

Метою дослідження було вивчити поширеність гіподинамії у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ). Обстежено 60 хворих на ГХ без проявів ішемічної хвороби серця, 30 на ГХ III стадії 2 ступеню серцева недостатність (СН) IIА стадії, 30 на ГХ II стадії 2 ступеню СН I стадії, та 20 здорових осіб – група контролю. У процесі лікування групи були співставленні за статтю та віком 42 чо-

ловіка та 28 жінок, середній вік склав  $56 \pm 3,5$  років. За даними Physical Activity Guidelines Advisory Committee (2018) проводили опитування стосовно фізичного навантаження (ФН). Наявність 30–60 хвилинного (хв) навантаження вважається маркером помірного фізичного навантаження. Хворі були розподілені за фізичним навантаженням на дві групи: I – ФН менш ніж 30 хв. на добу, II – ФН від 30 до 60 хв. Виявлено, в I групі ФН пацієнтів з ГХ III стадії 2 ступеню СН ІІА стадії, 60 %, з ГХ II стадії 2 ступеню СН I стадії 40 %; у групі II групі ФН 20 та 80 %, відповідно. За гендерним розділом виявлено 65 % чоловіків та 25% жінок у групі ГХ III стадії 2 ступеню СН ІІА стадії та у групі ГХ II стадії 2 ступеню СН I стадії 58,2 % чоловіків і 41,8 % жінок відповідно. При розподіленні пацієнтів за віком виявлено середній вік у групі ГХ III стадії 2 ступеню СН ІІА стадії –  $58 \pm 3,5$  років, у групі ГХ II стадії 2 ступеню СН I стадії –  $52 \pm 2,9$  років. У пацієнтів на ГХ III стадії 2 ступеню СН ІІА стадії рівень фізичної активності був у 1,8 рази нижче ніж в групі ГХ II стадії 2 ступеню СН I стадії, характеризувався зниженням у жінок і зі збільшенням віку.

Таким чином до стандартних методів лікування гіпертонічної хвороби необхідно додавати лікувальну фізичну культуру, нормалізацію режиму харчування та сну, систематичний контроль артеріального тиску.

## REVIEW OF CIRCADIAN RHYTHMS INFLUENCE TO HEALTH

*Marakushyn D, Isaieva I, Karmazina I, Kovalyov M., KhNMU, Kharkiv*

Each person has a «biological clock» that significantly affects the psychological and physiological state. There are more than 400 physiological indicators in the human body that are prone to daily fluctuations. On the one hand, biological rhythms are one of the most important mechanisms of adaptation of the organism to the environment, and on the other hand, biological rhythms are the main criteria for its functional state [1, p. 40]. They allow the person to form their individual style and rhythm of life, which will ensure the fastest and most effective achievement of the final positive adaptive result. In the conditions of education of the modern medical student, with tremendous information and psycho-emotional load, it is important to formulate exactly the style that is appropriate according to the biological clock, so the effectiveness of training depends directly on the chronotype of the person [2, p. 3602–3613]. The study of chronotypes started since 1970s, when the circadian gene *Per* (Period circadian protein) was found in the fly *Drosophila melanogaster*. Nowadays, a study of human chronotype is at the top of actual problems among scientists [3, p. 140–150]. Experts from all over the world study in detail the influence of biological rhythms on various aspects of human life. So, at the Scientific Center of Clinical and Experimental Medicine in Novosibirsk, a study of chronotype and resistance to

psycho-emotional stress in uncomfortable climatic conditions was conducted. In 2017, the Nobel Prize winners in physiology, American biologists Jeffrey Hall, Michael Rosbash and Michael Young, who received the award for the investigation of the molecular mechanisms of circadian rhythms regulation [4, p. 5–6]. At the Moscow Pedagogical State University V.S. Sokolova and V.A. Dvornikov investigated the influence of biorhythms and human chronotype on the efficiency of the training process and the results of competitions of biathlon athletes [5, p. 40]. The influence of chronotype of students on the quality of their sleep and diet was studied at the Grodno State Medical University.

As there are many indicators influencing on biorhythms, there are many ways for scientists to study biorhythms, therefore the impact of chronotype on the functional activity of human organism has not been studied in sufficient details and the study of its effect on various functions of the human body is still relevant.

#### **References:**

1. Bass JT. The circadian clock system's influence in health and disease. *Genome Med.* 2017;9(1):94. Published 2017 Oct 31.
2. Richards J, Gumz ML. Advances in understanding the peripheral circadian clocks. *FASEB J.* 2012;26(9):3602–3613.
3. Tataroglu O, Emery P. Studying circadian rhythms in *Drosophila melanogaster*. *Methods.* 2014; 68 (1):140–150.
4. Huang RC. The discoveries of molecular mechanisms for the circadian rhythm: The 2017 Nobel Prize in Physiology or Medicine. *Biomed J.* 2018;41(1):5–8.
5. Мавлиев Ф.А., Шамсувалеева Э.Ш., Сафиканова Ю., Ахатов А.М., Назаренко А.С. Хронотип и спортивная деятельность у студентов. *Известия ТулГУ. Физическая культура. Спорт.* 2016. № 3. С. 129.

## **ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF IMMUNOMODULATING ANTISEPTICS «MIRAMISTIN» IN COMPLEX TREATMENT OF PERIODONTAL DISEASES**

*Riabokon Yug. N., Kanunik T.S., Tokar A.A., Volkova O.S., KhNMU, Kharkiv*

Currently, it has been proven that the microbial factor plays an important role in the development of periodontal diseases. It is obvious that the mechanical removal of plaque is not enough to control its re-deposition and the manifestation of pathogenic properties. It is necessary to direct the formation of plaque with the maintenance of normal microbial composition by stimulating the natural protective systems of the oral cavity and suppressing the vital activity of pathogenic bacteria with the help of drugs [1]. Among the means of antimicrobial action used in dental practice, includes a broad spectrum antiseptic «Miramistin» («Darnitsa», Ukraine).

To analyze the effectiveness of the use of immunomodulatory antiseptic «Miramistin» («Darnitsa», Ukraine) in the complex treatment of periodontal disease.

From among those who applied for dental care at the USC KNMU, 31 people were selected, the average age was 41,8 (18 women, 13 men) with a diagnosis of chronic generalized periodontitis (CGP) primary, 1, 2 severity degree without concomitant pathology. The diagnosis of CGP was established according to the classification of periodontal tissue diseases (Danilevsky, 1994). Treatment of HP was performed according to an individual plan, in which all patients included rational oral hygiene, antiseptic treatment of periodontal tissues, removal of mineralized and non-mineralized dental deposits, elimination of local irritants and premature contacts. According to indications, depulping of teeth, closed curettage of periodontal pockets, removal of defective teeth, selective grinding and splinting of mobile teeth and finger massage were performed [2]. The treatment plan of the patient was made individually depending on the severity of periodontitis. For the local anti-inflammatory therapy, the drug «Miramistin» («Darnitsa», Ukraine) was used. In order to relieve inflammatory manifestations in periodontal tissues, achieve immunomodulation and membrane-stabilizing effect, improve reparative regeneration and gum barrier function, increase the effectiveness of treatment, increase periods of remission, as well as avoid additional allergization, 0,5 % ointment «Miramistin» was used in all patients («Darnitsa», Ukraine) [3]. «Miramistin» was applied to the near-toothed tissues under individual caps. Manipulations were performed daily. The number of sessions depended on the severity and effectiveness of the treatment of CGP and ranged from 7 to 13 procedures. The evaluation of the effectiveness of the treatment was carried out after 1 and 3 months. Patient complaints were absent in 65 % of cases. It was noted the absence of pain in the gums in 70 %. Gingival bleeding was absent in 30 % of patients. Indicators GI, PMA, SBI were lower than the primary survey in 65 %. In other cases, the gum is pale pink in color, tight to the dental tissues. The conducted clinical studies have shown that complex treatment of chronic generalized periodontitis with the use of immunomodulating antiseptic «Miramistin» («Darnitsa», Ukraine) provides more stable remission and prolongs its terms.

#### **References:**

1. Сидельникова Л.Ф. Ранняя діагностика захворювань пародонту в молоді – основа профілактики та превентивного лакування генералізованного пародонтиту. *Науковий вісник Національного медичного університету ім. Богомольця*. 2010. № 4. С. 99–102.
2. Димитрова (Ткаченко) А.Г. Контролируемая индивидуальная гигиена полости рта – важный этап противовоспалительной терапии генерализованного пародонтита у лиц молодого возраста. *Современная стоматология*. 2015. № 1. С. 23–26.
3. Яров Ю.Ю., Мельник В.В. Состояние местного иммунитета полости рта у больных с разными уровнями гигиены полости рта. *Український стоматологічний альманах*. 2013. № 4. С. 25–28.

## THE PROBLEM OF TEENAGE PREGNANCY AND METHODS OF ITS DECISION

*Orel O, Araslanova T., KhNMU, Kharkiv*

Adolescence is a crucial period for identity formation and shaping behavior. Due to anatomical and physiological characteristics of adolescent period, the body of a teenager is the most unprotected and sensitive to the effects of various environmental factors, and psychological characteristics of personality development in this age determine the specifics of lifestyle, thought, choice of priorities, which can lead to the risky sexual behavior, to the frequent change of sexual partners.

Early pregnancy poses a threat to the health of a baby and mother. The body of young mum's can withstand a double burden – it rapidly matures and bears a child. Due to the physiological characteristics of the pregnant adults they are more likely to suffer of anemia (anemia) during pregnancy. A tendency to the rapid exhaustion of the nervous system should also be added to the characteristics of the young pregnant women. Sometimes it can cause undesirable irritability, insomnia, and sometimes lead to depression. The problem of teenage pregnancy and childbirth relevant in the world. Today all over the world more than 16000000 adults give birth and five million are forced to make abortion. Average global birth rate among 15 to 19 years old is of 49,0 per 1000 girls. The rates among countries vary from 1 to 299 births per 1000 girls, with the highest rate in Africa [1]. Early childbearing increases the risk for both mothers and their newborns. In countries with low and middle income the risk of stillbirth or death in the first few weeks of life, children of mothers under 20 years of age 50 % higher than that of mothers aged 20–29 years. The younger the mother, the higher the risk to the child [2]. Complications of pregnancy and childbirth are the second cause of death in the age group 15–19 years all over the world. However, since 2000 there have been significant reductions in the number of deaths in all regions, particularly in South-East Asia where mortality rates fell from 21 to 9 per 100000 girls. Every year, about 3 million unsafe abortions among girls aged 15–19 years take place, leading to increased maternal deaths and to lasting health problems. Teenage pregnancy can also have negative social and economic consequences for girls, their families and the state. Many who become pregnant have to leave school. A girl with low level or no education will have fewer skills and opportunities to find work. This can also result in economic costs, when the country will lose the annual income a young woman that she would receive for life if she hadn't been pregnant at an early age. To eliminate the above mentioned economic and social consequences of teenage pregnancies the government should adopt a series of measures: using of economic incentives and programs to improve the welfare of the population, creating programs aimed at improving the sexual education of adolescents, the establishment of advisory centers for pregnant teenagers. Also those who takes part in various collaborative efforts involved in this issue institutions and programs, for exam-

ple, the initiative of the H4+, which includes UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UN Women and the world Bank. «H4+» tackles the root causes of mortality and morbidity of mothers, newborns and children, including gender inequality, child marriage and limited access of girls to education. H4+ is focused on national plans in health and provides governments with some financial and technical support [3].

The problem of teenage pregnancy takes one of the leading places in the health system. Therefore, the government should take an active part in the development of activities aimed at prevention and elimination of negative consequences of early pregnancy.

#### **References:**

1. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy> (дата звернення: 01.10.2019)
2. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets> (дата звернення: 01.10.2019)
3. [https://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2014/en/](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/en/) (дата звернення: 01.10.2019)

## **LIFE QUALITY ASSESSMENT IN PATIENTS AFTER MYOCARDIAL INFARCTION**

*Podpriadova A.A., KhNMU, Kharkiv*

Coronary heart disease, including myocardial infarction, is a cardiovascular pathology, which is commonly encountered in cardiology practice [1, p. 1–2]. The treatment of this pathology is a long process and can last a lifetime [2, p. 33–38, 3, p. 426–429]. Therefore, evaluating the effectiveness of the treatment of patients with myocardial infarction should consist not only of the evaluation and analysis of clinical, laboratory and instrumental indicators, but also of the evaluation and analysis the life quality in such patients.

**Objective:** this study was conducted to assess the quality of life in patients after myocardial infarction.

**Materials and methods:** the study was performed on 310 patients with myocardial infarction. In order to study the quality of life of patients, bibliosemantic, statistical and medical and sociological methods were used.

The average quality of life of patients was  $52,48 \pm 0,45\%$  and ranged from 34,64 to 71,07 %. Most respondents (61,69 %) had an average quality of life. There were no significant differences between the development of myocardial infarction and the gender. In men, the average level of life quality was  $53,47 \pm 0,54\%$ , in women –  $50,83 \pm 0,75\%$  relatively. Among the respondents in the age group 34–49 years, the average indicator of life quality was  $61,69 \pm 0,59\%$ , 50–64 years old –  $55,18 \pm 0,28\%$  and at the age of 65–81 years old it was  $42,71 \pm 0,42\%$  relatively.

Based on the calculated indicators of multiple regression, it was found that the greatest impact on the life quality of patients after myocardial infarction had limitations in the physical ( $R_{xy} = -0,265$ ) and psychological ( $R_{xy} = -0,247$ ) spheres.

Conclusions: our findings suggest that this model allows predicting the quality of life of patients who have suffered myocardial infarction and enables it to be used in the medical process to improve the quality of life.

#### **References:**

1. World Health Organization. Prevention of Cardiovascular Disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva, 2012.
2. Chudek J., Kowalczyk A., Kowalczyk A.K. et al. Quality of life (QOL) evaluation after acute coronary syndrome with simultaneous clopidogrel treatment. *Arch Med Sci.* 2014. Vol. 10. P. 33–38.
3. Osipov D. A., Rozhdestvenskaya T.V., Krom I.L., Rebrov A.P. Correlation of predictors of life quality prognosis of patients with coronary heart disease. *Saratov Journal of Medical Scientific Research.* 2011. Vol. 7. № 2. P. 426–429.

## **THE INFLUENCE OF RISK FACTORS ON THE DEVELOPMENT OF MYOCARDIAL INFARCTION**

*Podpriadova A.A., KhNMU, Kharkiv*

Acute myocardial infarction remains a leading cause of morbidity and mortality worldwide [1, p. 255–262]. A high morbidity and mortality rate is largely due to insufficient influence on the main risk factors that contribute to myocardial infarction development a detailed study and assessment of risk factors is among the most important problems of medical and social importance [2, p. 158–176, 3, p. 3835–3852].

To study and evaluate the impact of biological, social and hygienic, social and economic, psychological, natural and climatic risk factors on the development of myocardial infarction. A sociological survey was conducted in 500 people aged 34 to 85. They were divided into two groups. The main group consisted of 310 patients with myocardial infarction. The control group consisted of 190 practically healthy people, identical by age, gender and other parameters, without diseases of the cardiovascular system. It was defined that 30 factors have a significant impact on the development of myocardial infarction. Data analysis revealed that the leading risk factors for myocardial infarction were biological and socio-hygienic. The main biological factors were: hypertension and hypercholesterolemia. The frequency of hypertension occurrence in the main group of  $51,6 \pm 2,8\%$  was significantly higher than in the control group of  $18,4 \pm 2,8\%$ . The presence of hypercholesterolemia was detected in  $45,2 \pm 2,8\%$  of the main group patients and  $15,8 \pm 2,6\%$  of the control group. The man socio-

hygienic factor was smoking. Smoking was significantly more common in the main group  $35,5 \pm 2,7\%$ , than in the control group  $10,4 \pm 2,3\%$ . The study found that socio-economic and natural and climatic factors also had a significant impact on myocardial infarction development

Identification of risk factors provides new opportunities for the development of more effective approaches for the prevention and treatment of myocardial infarction.

#### **References:**

1. Kiani F, Hesabi N, Arbabisarjou A. Assessment of Risk Factors in Patients With Myocardial Infarction. *Global Journal of Health Science*. 2016; 8(1): 255–262.

2. Libbi P, Oganov R, Bonou R et al. Bolezni serdtsa po Braunval'du. Rukovodstvo po serdechno-sosudistoy sisteme. *Heart disease according to Braunwald. Guide to Cardiovascular Medicine*. 2013; 3: 158–176.

3. Pedersen L, Frestada D, Michelsen M et al. Risk factors for myocardial infarction in women and men: a review of the current literature. *Current Pharmaceutical Design*. 2016: 3835–3852.



**Секція 4**  
**ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ**  
**ТА ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

**КРИТЕРІЇ ВИБОРУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ**

*В'юн В.В., Мельниченко О.А., ХНМУ, Харків*  
*Кравченко Ж.Д., КНП "Міська студентська лікарня" Харківської міської ради*  
*Місюра І.І., медичний центр "Сімейний", Сочі (Росія)*

Більшість населення почасти (принаймні, доки не страждає внаслідок відчутного фізичного дискомфорту та/чи погіршення стану здоров'я) особливо не переймається розвиненістю сфери охорони здоров'я, а також ціною та якістю медичних послуг, під якими слід розуміти *оплачуване замовником використання ресурсів, необхідних задля діагностики, лікування, реабілітації та профілактики захворювань, а з тим – забезпечення відновлення фізичного, психологічного та/чи соціального здоров'я пацієнта*. Проте ситуація дещо змінюється, коли людина потерпає від гострого болю чи є непринятною; але й тоді основним критерієм вибору є не привабливість («здатність об'єкта/суб'єкта притягувати до себе позитивну увагу, викликати інтерес, радість і бажання повторити контакт» [3]) медичною послугою, а її спроможність спочатку локалізувати наявну проблему, й згодом – відновити (принаймні, значною мірою) здоров'я пацієнта; при цьому обирають не стільки медичну послугу, скільки її надавача, котрий є доступним і здатним допомогти. Коли ж мова йде про планове відвідування закладу охорони здоров'я, то пацієнт та/чи його оточення ретельніше ставиться до вибору (*можливості використати потенційно кращий варіант*) медичних послуг, тим самим впливаючи не лише на власне здоров'я, а й на результати діяльності закладу охорони здоров'я. Оскільки при наданні медичних послуг задіяні щонайменше два суб'єкта (отримувач послуг – пацієнт; надавач послуг – заклад охорони здоров'я, його персонал), кожний з яких переслідує свої цілі, а відтак – використовує власні критерії вибору. Все це, зрештою, й обумовлює актуальність цього дослідження.

Основною умовою вибору медичних послуг замовником (пацієнтом та/чи його оточенням), звісно, є їхнє суб'єктивне сприйняття наявної проблеми зі здоров'ям і/чи первинний діагноз, що, зрештою, й обумовлює необхідність вибору лікаря певного профілю. Якщо абстрагуватись від поширеної в Україні практики звернення до «знайомих» лікарів, то першоосновою такого вибору є гарна репутація закладу охорони здоров'я (почасти, конкретного лікаря), яка формується завдяки їхнім успіхам в цій сфері. При цьому зважають на наявну матеріально-технічну базу закладу охорони здоров'я, а також професійні та

особистісні якості його персоналу. Наступним є вибір лікаря, до якого є (принаймні має бути) довіра, яка стане запорукою, по-перше, виявлення причин і форм прояву захворювання, що стане можливим за умови як чесних відповідей пацієнта на професійні питання лікаря, так і якісної діагностики та лабораторних досліджень; по-друге, встановлення діагнозу та призначення лікування як сукупності медичних послуг. При їх виборі слід зважати на такі критерії: *ціна* як відображення споживчих властивостей послуг (передусім, ймовірного медичного ефекту) й кількості грошей, які замовник спроможний заплатити за них; *професійні якості лікаря* – здатність надати якісну (по-можливості, сучасну) медичну *послугу*; *особисті якості лікаря та медичного персоналу* – їхнє бажання та здатність оточити пацієнта турботою та повагою; *матеріально-технічне забезпечення закладу охорони здоров'я* – доступність сучасного обладнання, інструментів і витратних матеріалів; *особистих якостей пацієнта* – стан здоров'я, наявність коштів і вільного часу, здатність терпіти біль, дискомфорт і додаткові обмеження тощо. Вимоги замовників медичних послуг істотною мірою залежать не лише від наявних проблем зі своїм здоров'ям, а й від «рівня життя цих осіб» [1]: для бідних важливіша ціна аніж якість, для заможних – оптимальне співвідношення ціни та якості, для багатих – якість медичних послуг (до речі, як й більшості інших товарів і послуг).

Водночас, лікарі мають зважати не лише на наявні проблеми зі здоров'ям пацієнта, а й на власне розуміння способу їх вирішення. При цьому слід користуватися клінічним протоколом – «основним документом, яким медичні фахівці мають керуватись (не мають права порушувати) в кожній конкретній ситуації, уникаючи помилкових і неефективних рішень при лікуванні конкретної хвороби» [2]. Проте, інколи (передусім, коли має місце унікальне захворювання чи його форма) лікарі змушені «відхилитись» від клінічних протоколів. Міра їх дотримання також залежить від доступності необхідного обладнання, інструментів і витратних матеріалів, а також вмінь лікарів і персоналу закладу охорони здоров'я належним чином їх використовувати. За умови, коли лікар може запропонувати декілька медичних послуг, їх вибір буде залежати від ймовірного економічного, медичного та соціального ефекту не лише для пацієнта, а й для закладу охорони здоров'я та лікаря. При цьому на перший план, радше за все, вийдуть особисті якості лікаря: і якщо для одних – головними є інтереси пацієнта, то для інших – особиста вигода («нав'язування» додаткових послуг, завищення ціни тощо). Більше того, якщо лікар «призначає» медичні послуги, то бажано пояснити їхню доцільність (особливо, коли мова йде додаткову діагностику, лабораторні дослідження, консультації лікарів та інше, що необхідне для уточнення діагнозу та призначення лікування).

З урахуванням вищевикладеного матеріалу можна зробити такі висновки. Учасники цього процесу використовують тотожні критерії при виборі медичних послуг: 1) *пацієнти та/чи його оточення*: репутація закладу охорони здоров'я (лікаря), який відповідає профілю захворювання; професійні та особисті-

сні якості лікаря та медичного персоналу, до яких є довіра; матеріально-технічне забезпечення закладу охорони здоров'я; особисті якості пацієнта; 2) *лікарі*: наявні проблеми зі здоров'ям пацієнта; клінічні протоколи; доступність необхідного обладнання, інструментів і витратних матеріалів, а також вміння належним чином їх використовувати; компроміс щодо власної економічної ефективності, економністю змовника, а також медичною та соціальною результативністю надання медичних послуг. Подальші наукові розвідки мають бути присвячені розробці рекомендацій, спрямованих на покращання якості та доступності медичних послуг.

#### **Список використаних джерел:**

1. Мельниченко О.А., Огнєв В.А. Доступність медичних послуг для різних верств населення залежно від рівня їхнього життя. *Історична спадщина та сучасні аспекти забезпечення громадського здоров'я в Україні*: матеріали наук.-практ. конф. Харків: Вид-во ХНМУ, 2017. С. 85–87.
2. Міністерство охорони здоров'я України: офіційний сайт. URL: [moz.gov.ua](http://moz.gov.ua) (дата звернення: 01.10.2019).
3. Привабливість. URL: [psygologis.com.ua](http://psygologis.com.ua) (дата звернення: 01.10.2019).

## **МЕХАНІЗМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ РИНКУ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПОСЛУГ**

*Мельниченко О.А., Удовиченко Н.М., ХНМУ, Харків*

Однією з актуальних проблем сьогодення є стан стоматологічного здоров'я населення, оскільки низький його рівень «негативно впливає на стан загального здоров'я людини впродовж усіх періодів її життя, спричиняючи соціальні та фінансові проблеми» [1, с. 370]. Усвідомлення значущості особистого стоматологічного здоров'я має доповнюватись спроможністю населення придбати якісні стоматологічні послуги – «оплачуване пацієнтом використання ресурсів, необхідних задля діагностики, лікування, реабілітації та профілактики захворювання його зубів, порожнини рота та щелепово-лицьові ділянки» [6, с. 49]. При цьому специфіку взаємодії «пацієнт – стоматолог» обумовлюють не лише ринкові механізми (попит, пропозиція, конкуренція), а й механізми публічного управління розвитком ринку стоматологічних послуг – «сукупність способів, методів і засобів регуляторного впливу» [3, с. 67] «наділених владою інституцій на взаємовідносини між державою, місцевим самоврядуванням, бізнесом і населенням задля узгодження їхніх інтересів і максимізації вигод» [4, с. 13] при взаємодії покупців і продавців стоматологічних послуг. Означене й обумовлює актуальність даного дослідження.

Загалом ринок стоматологічних послуг є найбільш комерціалізованим і конкурентним, де надається «велика різноманітність їх видів і підвидів (майже

400), частина з них є повними чи неповними субститутами" [7, с. 289]. «Запорукою сталих темпів розвитку цього ринку, радше за все, є узгодження інтересів його учасників, як-от: інвестори (*держава, органи місцевого самоврядування, бізнес-структури, приватні особи*); юридичні особи, що забезпечують надання стоматологічних послуг (*державні та муніципальні стоматологічні поліклініки, лікувально-профілактичні заклади, які мають стоматологічні відділення (кабінети), приватні стоматологічні клініки та кабінети*); фізичні особи, котрі безпосередньо надають стоматологічні послуги (*лікарі-стоматологи*); фізичні особи, котрі забезпечують надання стоматологічних послуг (*керівники медичних закладів, зубні техніки, допоміжний персонал...*); споживачі стоматологічних послуг (*населення України, іноземці*); виробники (постачальники) продукції стоматологічного призначення (*обладнання, інструменти, витратні матеріали, ортопедична продукція...*); "суміжники" (*заклади розміщення та харчування; підприємства транспорту, зв'язку, торгівлі, комунальних і побутових послуг; виробники сувенірів; страхові компанії, банківські установи; аптеки; культурно-розважальні та рекреаційні заклади...*); навчальні заклади, що здійснюють підготовку фахівців стоматологічного профілю; контролюючі органи (*Міністерство охорони здоров'я України, Управління охорони здоров'я обласної держадміністрації, Департамент охорони здоров'я міськради...*)» [5, с. 131].

Інституційному забезпеченню публічного управління розвитком ринку стоматологічних послуг притаманна ієрархічність:

– *країна* – формування державної політики у сфері охорони здоров'я (Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України та Президент України); фінансування, регулювання та контролю у сфері охорони здоров'я (Міністерство охорони здоров'я України);

– *область* – замовлення та первинний розподіл бюджетних коштів для забезпечення населення стоматологічними послугами (управління охорони здоров'я обласної держадміністрації);

– *район* – управління системою охорони здоров'я територіальної громади й укладання контрактів із постачальниками стоматологічних послуг (відділ охорони здоров'я районної держадміністрації);

– *місто* – загальне керівництво підпорядкованими комунальними стоматологічними поліклініками, які забезпечують стоматологічними послугами територіальну громаду; вдосконалення мережі стоматологічних закладів усіх форм власності, визначення потреби та формування замовлень на кадри для них, укладення договорів на підготовку спеціалістів, організація роботи з підвищення кваліфікації кадрів; забезпечення пільгових категорій населення зубопротезуванням (Департамент охорони здоров'я міськради);

– *стоматологічний заклад* – безпосереднє управління наявними ресурсами, які використовуються для надання стоматологічних послуг пацієнтам і розвитку стоматологічного закладу (адміністрація такого закладу).

Проведені узагальнення публікацій за даною проблематикою та результати власних досліджень дозволили виділити такі ознаки механізмів публічного управління розвитком ринку стоматологічних послуг:

1. Спосіб впливу: адміністративні; економічні; інституційні; інформаційні; організаційні; правові; соціально-психологічні.

2. Суб'єкт впливу: органи державного управління; органи місцевого самоврядування; бізнес-структури; громадські організації; населення.

3. Об'єкт впливу:

– *загальні* – розвиток національної економіки; зайнятість, інфляція, курс валют; доходи населення; міжгалузева співпраця;

– *галузеві* – розвиток системи охорони здоров'я населення, розвиток стоматології, розвиток ринку стоматологічних послуг, медична реформа;

– *конкретні* – ресурсне забезпечення стоматологічних закладів; медичний, економічний та соціальний ефект; ефективність, результативність та економічність діяльності стоматологічних закладів; ціна та якість стоматологічних послуг; взаємовідносини «медичний заклад – стоматолог – пацієнт».

4. Засоби впливу:

– *органи державного управління*: дозволи на здійснення стоматологічної практики; державне регулювання цін на стоматологічні послуги; державний контроль і нагляд за діяльністю стоматологічних закладів; єдині кваліфікаційні вимоги до персоналу стоматологічних закладів; ліцензування права здійснення стоматологічної практики; порядок (застосування методів профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та лікарських засобів; надання стоматологічної допомоги); примірні штатні розклади й таблиці оснащення закладів охорони здоров'я; приписи; регламенти медичних втручань; стандартизація медичної допомоги (клінічні протоколи і стандарти), медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій; державні та галузеві стандарти якості лікарських засобів; безпроцентні позики; державне замовлення підготовки різних категорій медичних кадрів, замовлень на поставку продукції медичного призначення; державні субсидії; дотації з державного та місцевих бюджетів; обов'язкове медичне страхування; пільгове оподаткування (за користування земельною ділянкою під медичний заклад); податки; попередження та штрафи за правопорушення; пріоритетне надання кредитів і встановлення спеціальних субсидій; субсидування платежів за надані медичні послуги за непрацююче населення; чинна нормативно-правова база; визначення конкретного складу, обсягу медичних послуг і лікарського забезпечення, безкоштовне надання яких держава гарантує громадянам у разі різних видів захворювань; виконання зобов'язань, взятих за міжнародними договорами України; зміна господарсько-правового статусу закладів охорони здоров'я; міждержавні, загальнодержавні й регіональні програми покращання стоматологічного здоров'я населення; міжнародне співробітництво; моніторинг (ціноутворення на платні медичні послуги; стану

здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення медичних закладів); пропагування покращання стоматологічного здоров'я;

– *органи місцевого самоврядування*: затвердження штатних розписів медичних закладів по спеціальному фонду бюджету; контроль (виконання місцевих і регіональних програм у сфері охорони здоров'я; якості лікувально-діагностичного процесу); перевірки надання медичної допомоги населенню (за контингентом і видом захворювань; призначення керівників комунальних закладів охорони здоров'я, контроль за їхньою діяльністю, внесення пропозицій щодо продовження терміну контракту чи достроковому його розірванню); розміщення на території населеного пункту медичних закладів та їхнє фінансування; аналіз (споживання енергоресурсів і бюджетних коштів комунальними закладами охорони здоров'я; виконання капітальних і поточних ремонтів у комунальних закладах охорони здоров'я); залучення коштів підприємств, установ, організацій та громадян, місцевого бюджету та позабюджетних фондів для фінансування будівництва нових, розширення та реконструкції діючих медичних закладів; розпорядження та рішення органів місцевого самоврядування; місцеві програми розвитку стоматології; моніторинг й аналіз основних показників діяльності стоматологічних закладів; план заходів щодо їхньої підготовки до роботи в осінньо-зимовий період; реєстрація, облік, аналіз і реагування на заяви, скарги та пропозиції населення щодо обсягів та якості наданої стоматологічної допомоги, а також цін та якості стоматологічних послуг; соціальні норми;

– *бізнес-структури*: інвестиційне забезпечення проектів по створенню та розвитку стоматологічних закладів; маркетингові інструменти просування медичних послуг і підвищення їх якості та доступності;

– *громадські організації*: контроль за наданням стоматологічних послуг; подання до суду позовів про відшкодування шкоди, заподіяної здоров'ю громадян; збір благодійних внесків і спонсорської допомоги, спрямування цих коштів (ресурсів) на реалізацію соціально значущих проектів (закупка медичного обладнання та препаратів для стоматологічних закладів; адресна допомога на оплату лікування найбільш нужденним...); організація та проведення акцій; участь (розробка планів, програм, пов'язаних зі стоматологією; заходи міжнародних неурядових організацій з цих питань, публічні слухання або відкриті засідання; підготовка проектів нормативно-правових актів щодо розвитку ринку стоматологічних послуг); виступи у ЗМІ; пропаганда здорового способу життя;

– *населення*: вибір стоматологічного закладу, стоматолога; контроль цін і якості стоматологічних послуг.

З урахуванням вищевикладеного матеріалу можна зробити такі висновки. Зважаючи на її специфіку та суспільну значущість, розвиток стоматології обумовлюють ринкові механізми та механізми публічного управління, дія яких забезпечує їх взаємне доповнення й компенсацію наявних недоліків. Використовувані механізми публічного управління розвитком ринку стоматологічних послуг відрізняються за способом, суб'єктом, об'єктом і засобами впливу. Пода-

льші наукові розвідки мають бути присвячені розробці рекомендацій, спрямованих на підвищення результативності публічного управління ринку стоматологічних послуг.

#### **Список використаних джерел:**

1. Біда О.В., Струк В.І., Забуга Ю.І. Аналіз стану стоматологічного здоров'я та рівня зубного протезування населення в Україні. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика*. 2013. Вип. 22. С. 370–377.
2. Маляр Р.В. Організація стоматологічної допомоги населенню Закарпаття. *Науковий вісник Ужгородського університету. (Серія «Медицина»)*. 2012. Вип. 2. С. 151–153.
3. Мельниченко О.А. Управління структурними зрушеннями: підручник. Харків: Оберіг, 2013. 300 с.
4. Мельниченко О.А. Якість публічного управління як запорука добробуту населення країни. *Актуальні проблеми державного управління: зб. наук. пр.* Харків: Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2017. № 1. С. 8–14.
5. Мельниченко О.А., Ємченко В.І. Пріоритети публічного управління розвитком ринку стоматологічних послуг. *Актуальні проблеми державного управління: зб. наук. пр.* Харків : Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2018. № 2. С. 129–134.
6. Мельниченко О.А., Удовиченко Н.М., Ємченко В.І. Полеміка щодо співвідношення понять «стоматологічна допомога» та «стоматологічна послуга». *Надбання сучасної епідеміології та біостатистики як запорука покращання громадського здоров'я в Україні: матеріали наук.-практ. конф., 18 квітня 2019 р.* Харків: Вид-во ХНМУ, 2019. С. 48–50.
7. Сліпченко Т.О. Стоматологічний ринок України: особливості попиту на послуги в сегменті дентальної імплантації. *Бізнес інформ*. 2017. № 5. С. 288–292.

## **РОЗВИТОК ТА ЕФЕКТИВНА ІНТЕГРАЦІЯ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ УКРАЇНИ**

*Гапонова Е.О., ХНМУ, Харків*  
*Бахнівський В.С., Краківський економічний університет, Краків (Польща)*

Важливим етапом інтеграції ринку медичних послуг України є реформування системи охорони здоров'я, що забезпечить якість та ефективність надання медичних послуг згідно із інституційними перетвореннями у системі державного управління, створення можливостей для державно-приватного партнерства, ефективний моніторинг використання наявних фінансових ресурсів та ін.

Дослідниками «The future of health care in Europe» визначено, що актуальними напрямками розвитку систем охорони здоров'я у світі є розвиток медичних технологій, домінування профілактичної медицини, приватизація у сфері охорони здоров'я, створення загальноєвропейської системи охорони здоров'я. То-

му питання реформування української системи охорони здоров'я з наголосом на її модернізацію та підвищення її організаційного, технологічного та професійного рівнів видаються невідкладними. Найважливішими завданнями державної політики у сфері охорони здоров'я є реалізація економічних, соціальних та адміністративних завдань (рис. 1).

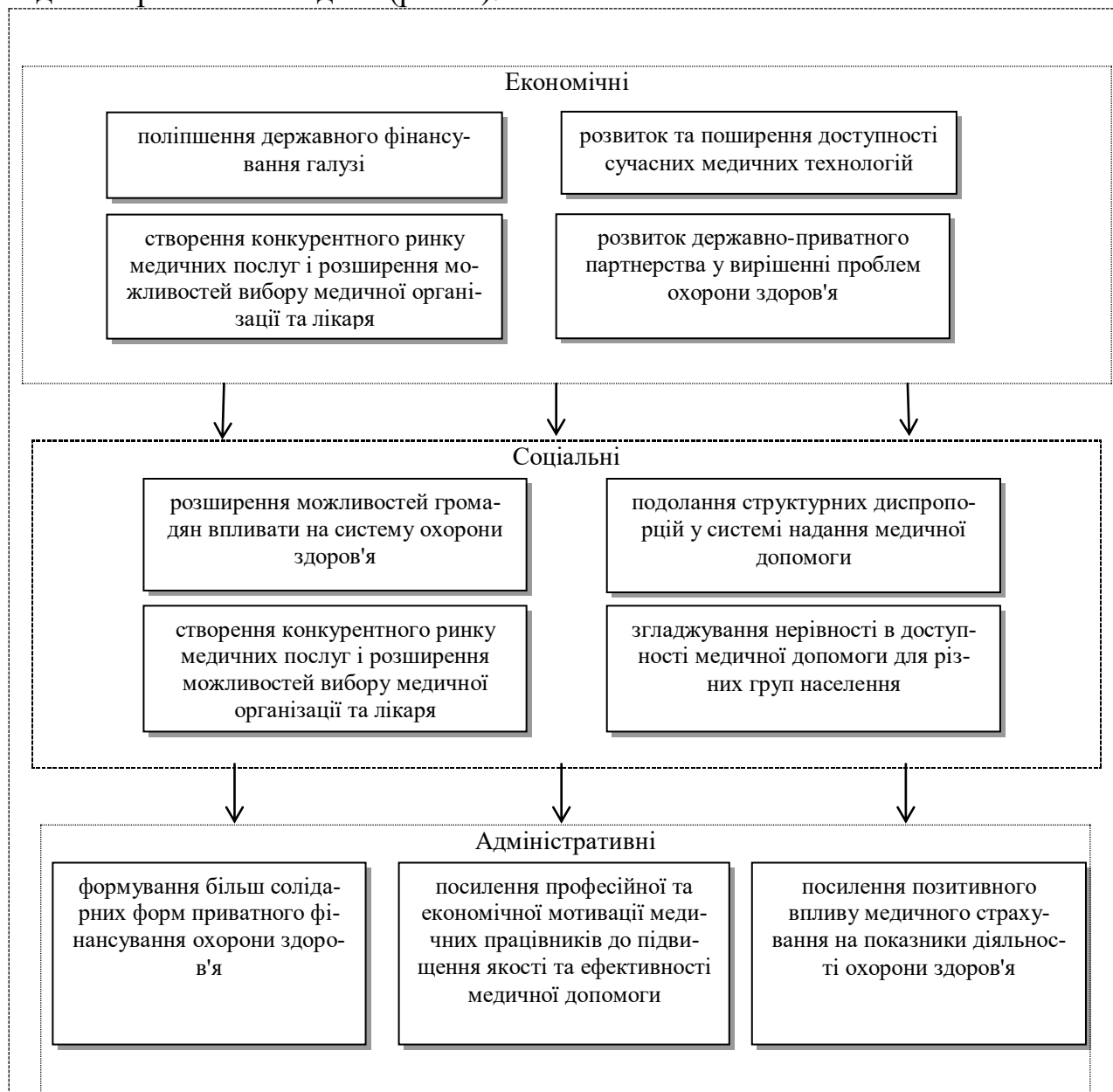


Рис. 1. Економічні, соціальні та адміністративні завдання державної політики у сфері охорони здоров'я.

Водночас, пріоритетним завданням розвитку українського ринку є формування стратегії з реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, спрямованої на розробку інноваційної продукції, сучасних технологій та компетенцій. Тому необхідними кроками в цьому напрямі мають стати:

- поширення сектору медичних досліджень і досягнення відповідного рівня наукових розробок, які б відповідали світовому рівню та сприяли інтеграції української медичної науки у глобальне наукове співтовариство;
- розвиток фундаментальних та прикладних досліджень, наукового кадрового потенціалу;



- підвищення ефективності управління в системі медичної науки, створення і поширення сучасної медичної інфраструктури;
- впровадження системи експертизи перспективних і пріоритетних напрямків наукових досліджень, визначення якості й необхідності наукових досліджень для розвитку медичної науки та впровадження їх у практику;
- вдосконалення економічного механізму мотивації наукових співробітників тощо. Формування наукової медичної сфери, здатної проводити наукові проривні фундаментальні й прикладні дослідження, актуальні як для українського ринку медицини, так і для світового ринку медичних послуг, є важливим елементом інтеграції України у світовий ринок. Цьому ж сприяє стимулювання міждисциплінарної і міжгалузевої кооперації, визнання профілактичного напрямку ключовим у медичній сфері. Високотехнологічними трендами у сучасній світовій медицині є персоналізація, генетика та біопротезування. Персоналізація є найбільш актуальним напрямом, що поєднує у собі збір, аналіз і використання інформації щодо кожного пацієнта з урахуванням його власних особливостей, генетичного коду, наявності захворювань. Наукові дослідження останніх десятиліть у сфері генетики, геноміки, транскриптоміки, молекулярної біології, генної та білкової інженерії також формують нові підходи до діагностики та лікування, фармацевтики і фармакотерапії й до охорони здоров'я в цілому. Інший перспективний напрям – біопротезування. Дедалі більшого поширення набувають вирощування і тривимірний біодрук тканин і органів з ауто- і аlogenних клітин людини (біопротези), а також розробка і впровадження складних кіберпротезів. Велику роль у регенеративній медицині грають 3D-біопринтери. Поступово тривимірний друк використовується і в напрямку нейрохірургії. В першу чергу це стосується можливості виготовлення титанових імплантатів для хірургічної імплантації. Сегмент ІТ у медицині передбачає проектування й реалізацію пристроїв і сервісів з моніторингу та корекції стану здоров'я людини. Важливим напрямком у цій сфері є розробка медичних інформаційних систем, що автоматизують діяльність медичних організацій, автоматизація робочих місць лікарів і підключення їх до єдиних регіональних інформаційних систем. У світі впровадження телемедичних пристроїв стримується великою кількістю зацікавлених сторін, з якими комерційним компаніям доводиться погоджувати свої дії. В Україні ж ключові питання охорони здоров'я, як правило, сконцентровані в руках держави.

#### **Список використаних джерел:**

1. Davi Sridhar, Chelsey Clinton. Control over global health. *Finance & Development, Rel.* 2014. 51, Vol. 4, P. 26–30.
2. Deaton A. Health in age of globalization. Brookings Trade Forum, 2004. P. 83–130.
3. Deloitte. URL: <http://www2.deloitte.com/kz/ru/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/2017/global-health-care-sector-outlook.html> (дата звернення: 15.04.2019).

4. Department of Health and Human services 2017. Justification of Estimates for Appropriations Committees. URL: <http://www.hrsa.gov/sites/default/files/about/budget/budgetjustification2017.pdf>. (дата звернення: 16.01.2019).

5. Labonté R., Schrecker T. Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background. URL: <http://www.globalizationandhealth.com/content/3/1/5> (дата звернення: 11.09.2019).

### **З ДОСВІДУ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРИНЦИПУ СПРАВЕДЛИВОСТІ В ОПЛАТІ ПРАЦІ МЕДИКІВ У НІМЕЧЧИНІ**

*Кравченко В.І., ХНМУ, Харків*

Реалізація принципу справедливості в оплаті праці медичних працівників являється однією з обов'язкових умов виконання заробітною платою функції стимулювання їх праці. Особливо в умовах страхової медицини як в обов'язковому солідарному, так і у добровільному еквівалентному страхуванні. Це підтверджено досвідом країн, у яких ці види страхування стали основним або ж суттєвим джерелом фінансування медичної галузі. Гасло «гроші підуть за пацієнтом», яке є основним у проведенні медичної реформи в Україні, так і залишиться гаслом, якщо вона буде впроваджуватись на діючих джерелах фінансування: державному бюджеті та бюджеті місцевих органів влади. Або ж приведе до широкого впровадження платних медичних послуг, що зумовить різке скорочення звернень населення за медичною допомогою через брак у більшості громадян України коштів на оплату послуг за тарифами медичних закладів, особливо у вторинній та третинній ланках. Що ж до ефективності послуг первинної ланки, то вона може бути забезпечена на сучасному рівні європейської медицини за умов, коли кваліфікація медпрацівників і матеріально-технічна база закладів первинної та невідкладної допомоги буде відповідати європейським вимогам і стандартам. А це вже обумовлено соціальною політикою, яку проводить держава, і зокрема, в охороні здоров'я. У країнах-членах Євросоюзу ще на початку його створення одним із перших спільних документів була прийнята комплексна програма розвитку системи охорони здоров'я, а нині успішно впроваджується вже четвертий етап цієї програми.

І хоча ЄС не ставить зараз перед Україною питання покращення здоров'я населення, воно неодмінно постане, якщо ми будемо домагатися членства у цій організації. Подальше реформування системи охорони здоров'я в Україні неможливе без утвердження додаткових джерел фінансування, які б, по-перше, підключили до вирішення цієї проблеми зайняте населення (весь бізнес, найманих працівників, меценатів, громадські організації і т.ін.), а по-друге, на цій основі у разі збільшили фінансові можливості галузі і довели їх до вимог ВООЗ

(min – 7 % ВВП). Тим більше, що практика підтверджує реальність не лише цього нормативу, а і можливість його суттєвого перевищення: у Німеччині фінансування охорони здоров'я за останні 5–7 років становить від 10 до 13 % ВВП. При вирішенні цього глобального питання постане наступне: як найбільш ефективно розподілити та використати кошти. Безумовно, першим напрямом є докорінне покращення матеріально-технічної бази галузі і особливо лікувальних закладів усіх рівнів: від первинної до найвищої ланок. Другим – підвищення кваліфікації медичного персоналу до рівня, який забезпечив би уміле, ефективне використання цієї матеріально-технічної бази шляхом впровадження прогресивних методик діагностування, лікування та реабілітації хворих, проведення профілактично-диспансерної роботи. А це можливо, у перш за все, при матеріальній зацікавленості медичного персоналу, яка базувалась би на справедливих засадах оплати праці: її відповідності обсягу та якості виконуваних робіт. Виходячи з багаторічного досвіду стимулювання праці медиків у Німеччині, можна стверджувати, що досягнення такої відповідності, може не у повній, але у достатній на даний період мірі, є цілком реальним. Спершу розглянемо базову тарифну сітку державних медичних закладів, яка є головним орієнтиром в оплаті праці і для приватних центрів медичного обслуговування. У ФРН є державні, університетські та незначна кількість приватних і благодійних клінік. Поліклінік та амбулаторій немає, їх замінюють переважно приватні одно-, дво- та багатопрофільні центри медичного обслуговування, які виконують функції первинної ланки, що обслуговують пацієнтів за рахунок фондів солідарного та приватного страхування і, подекуди – за пряму оплату. Базові тарифні ставки лікарів наведені в табл. 1. Перша ставка лікаря-асистента (лікаря-ординатора) першого року роботи складає € 4631,2 при 42 годинному робочому тижні. При цьому робочий час у межах цієї ставки може бути збільшений на 1,0 %. Слід зауважити, що лікар, який буде вперше після вишу прийнятий на роботу у медичний заклад, за 6 років повинен пройти поглиблене вивчення дисциплін, пов'язаних з його нинішнім фахом. Наприклад, лікар ортопед-реабілітолог, повинен пройти річні курси з хірургії, дитячої ортопедії, серцево-судинної терапії під керівництвом відповідних лікарів-фахівців: з ортопедії, реабілітології, хірургії, дитячої ортопедії, серцево-судинної терапії. Після цього отримати загальну позитивну характеристику від ведучого лікаря-фахівця та скласти комплексний іспит із вивчених дисциплін і тільки після цього отримати кваліфікацію лікаря-фахівця. Що ж до ставок, то це нараховані гроші, з яких будуть стягнуті суттєві податки, відрахування у фонд солідарності (на підтримку медпрацівників, що потрапили у скрутне становище: втратили роботу, захворіли тяжкими хворобами та ін.), страхові внески. Податки з доходів, медична страховка та відрахування у пенсійний фонд сплачуються у рівних частинах (50:50) з лікарняним закладом незалежно від його форми власності.

Ставка першого року прийому на роботу для лікаря-фахівця складає вже € 6112,5, що є важливим стимулом до підвищення кваліфікації лікарями-асистентами і відкриває можливості професійного та кар'єрного росту.

Кар'єрне зростання лікаря-фахівця залежить від бажання зробити кар'єру, набуття професійного досвіду, знання менеджменту та інших якостей необхідних для успішної кар'єри. Що стосується заробітної плати, то її зростання обумовлюється, в першу чергу, стажем роботи; по-друге, професіоналізмом, який реалізується у виконанні складних лікарських робіт. Умови та строки підвищення заробітної плати лікарів наведені у табл. 2.

Таблиця 1 – Базові місячні тарифні ставки лікарів за категоріями та страховими ступенями на 2018–2019 рр., €

Групи лікарів за рівнем кваліфікації	Стажеві ступені					
	Перша	Друга	Третя	Четверта	П'ята	Шоста
Лікарі-асистенти	4631,2	4893,2	5081,2	5406,2	5793,7	5944,9
Лікарі-фахівці	6112,5	6625,0	7074,9	7327,8	7465,7	7656,2
Старші лікарі-фахівці	7656,2	8106,2	8749,9	---	---	---
Лікарі-керівники	9006,2	9649,9	10162,5	---	---	---

Таблиця 2 – Умови та строки підвищення заробітної плати лікарів

Фахові групи лікарів за рівнем кваліфікації	Строки встановлення ступенем тарифи за стажем роботи					
	1 ступінь	2 ступінь	3 ступінь	4 ступінь	5 ступінь	6 ступінь
I гр. Лікарі-асистенти	Встановлюється на початку трудової діяльності за фахом	Не раніше ніж через 1 рік роботи	Не раніше ніж через 2 роки роботи	Не раніше ніж через 3 роки роботи	Не раніше ніж через 4 роки роботи	Не раніше ніж через 5 років роботи
II гр. Лікарі-фахівці	Встановлюється за договором при вступі на посаду	Через 3 роки	Через 6 років	Через 8 років	Через 10 років	Через 12 років
III гр. Старші лікарі-фахівці				---	---	---
IV гр. Лікарі-фахівці-керівники			---	---	---	---

Лікар-фахівець може досягти кар'єрного росту до керівника відділення не раніше чим за 6 років роботи лікарем-фахівцем та перейти у третю кваліфікаційну на групу (старші лікарі-фахівці). Ця посада характеризується тим, що старший лікар-фахівець являється керівником завідуючих відділеннями, перевіряє і координує їх роботу. Це щось на кшталт начмеда в ієрархії керівництва мед закладами в Україні. І тільки пройшовши цю кваліфікаційну ступінь, лікар-фахівець може займати більш високі посади керівних кадрів у клініці, керівництві системою охорони здоров'я міста, регіону, країни.

Якщо після 6 років лікарем-асистентом він не виконав необхідної програми та він не склав іспити на отримання сертифікату лікаря-фахівця, цей лікар так і буде працювати на посаді асистента без права на підвищення заробітної плати. Така практика, такий підхід до кар'єрного та фахового росту лікарів

вже з першого року роботи за фахом спонукає і сприяє підвищенню їх професіоналізму, відповідальності за свою роботу, матеріальному заохоченню, а якщо до цього додати ще й додаткову заробітну плату, яку отримує лікар-фахівець за обслуговування пацієнтів, і полісом приватного страхування (лікар-асистент не має на це права), то стає ще більш переконливим механізм реалізації принципу справедливості в оплаті праці лікарів у медичних закладах Німеччини. З дотриманням цього принципу здійснюється оплата праці й середнього медичного персоналу. Все це підтверджує реальність реалізації принципу справедливості в оплаті праці медпрацівників Німеччини: маєш вищу кваліфікацію, більший стаж роботи, виконуєш складну роботу, несеш вищу відповідальність за неї – отримуєш гідну винагороду у формі відповідної заробітної плати.

Чи можна цей досвід застосувати в Україні? При нинішньому об'ємі фінансування та матеріально-технічному забезпеченні – не можна. Та згодом, при вирішенні цих проблем – цілком реально.

#### **Список використаних джерел:**

1. Entgelttabellen TV Arzte VKA Universitaten. 2019. URL: <https://www.oeffentlichen:dienstde/tv-1/tv-aerzte.html>. (дата звернення: 01.10.2019)

## **ОПЕРАТИВНІ ЗВІТИ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДІЯЛЬНОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНИХ КЛІНІК З ВИКОРИСТАННЯМ ПРОГРАМИ «DENTIST-24»**

*Удовиченко Н.М., Центр інноваційних технологій "Планета стоматології", Харків*

Стоматологічні клініки, як й інші суб'єкти господарювання, намагаються максимізувати результати своєї діяльності, оптимізуючи як доходи, так і витрати. Запорукою цього є належна організація контролю та аналізу господарської діяльності, що, крім іншого, забезпечується завдяки детальному вивченню оперативних звітів. Більше того, почасти керівники прагнуть отримати такі звіти он-лайн, що має бути забезпечене завдяки використанню сучасного програмного забезпечення. Саме тому їм у нагоді буде використання програма «Dentist-24». Все це, зрештою, й обумовлює актуальність цього дослідження.

Програма «Dentist-24», яка забезпечує адміністрування діяльності стоматологічних закладів, складається з окремих блоків, одним із них (тим паче зважаючи на предмет даного дослідження) є «Звіти», які поділяються на такі:

– *по бухгалтерія*: кількість візитів (у т.ч. до кожного з лікарів); загальна сума доходів (у т.ч. кожного з лікарів) за надані стоматологічні послуги; наявність, списання та збільшення боргів за надані стоматологічні послуги;

– *за періодом* (кількість записаних пацієнтів, у т.ч. постійних і тих, хто став клієнтом уперше; кількість наданих послуг за їх видами; кількість наданих послуг за статусом запису (міра виконання робіт і їх оплата); кількість відпрацьованих годин усього, у т.ч. кожним з лікарів; витрати, пов'язані з наданням

стоматологічних послуг (у т.ч. заробітна плата кожної категорії персоналу стоматологічного закладу); загальна сума доходів за надані послуги за їх видами; сума заборгованості пацієнтів за отримані ними стоматологічні послуги; сума прибутку стоматологічного закладу;

– *по оплаті лікування*: загальна сума доходів (у т.ч. кожного з лікарів) за надані стоматологічні послуги;

– *зведений за наданими послугами*: кількість наданих послуг (кожного їх виду) за певний період і конкретним лікарем;

– *зведений за лікарями*: кількість послуг (кожного їх виду) наданих конкретним лікарем за певний період;

– *за трудомісткістю роботи лікарів*: кількість часу, витрачених конкретним лікарем за певний період;

– *зведений щодо заробітної плати персоналу*: сума заробітної плати нарахована кожному з персоналу стоматологічного закладу за певний період;

– *щодо заробітної плати лікарів*: сума заробітної плати нарахована конкретним лікарям за певний період;

– *щодо заробітної плати техніків*: сума заробітної плати нарахована конкретним технікам за певний період;

– *щодо заробітної плати асистентам*: сума заробітної плати нарахована конкретним асистентам за певний період;

– *по пацієнтах*: загальна вартість наданих стоматологічних послуг за певний період; загальна сума оплачених стоматологічних послуг за певний період; інформація про пацієнтів (прізвище, ім'я та по батькові; дата візиту; вартість наданих стоматологічних послуг; сума, сплачена за них);

– *по балансу пацієнтів*: вартість наданих стоматологічних послуг; сума, сплачена за них; наявність заборгованості;

– *по джерелам інформації, через які пацієнти дізнались про конкретний стоматологічний заклад*: реклама, рекомендації, візитки, листівки, акції тощо;

– *про статус пацієнта*: загальна кількість пацієнтів, у т.ч. постійних і тих, хто став клієнтом уперше; вартість наданих стоматологічних послуг загалом, і кожній з цих категорій пацієнтів;

– *по СМС*: кількість поінформованих пацієнтів за певний період;

– *по email*: кількість поінформованих пацієнтів за певний період;

– *за послугами для повторного запису*: кількість пацієнтів, які за певний період потребували повторного прийому загалом, у т.ч. до конкретного лікаря;

– *за маркетингом*: середня сума чеку, кількість наданих послуг в одному чеку, кількість нових клієнтів;

– *за послугами*: кількість наданих стоматологічних послуг конкретним лікарем за певний період як загалом, так і за категоріями пацієнтів [1].

З урахуванням вищевикладеного матеріалу можна зробити такі висновки. Програма «Dentist-24» забезпечує оперативний облік наявних матеріальних ресурсів, витрат і доходів (як загалом по стоматологічному закладу, так і щодо

конкретного виконавця), тим самим підвищуючи ефективність та результативність діяльності стоматологічних закладів. Подальші наукові розвідки мають бути присвячені розробці рекомендацій, спрямованих на покращання якості та доступності стоматологічних послуг.

#### **Список використаних джерел:**

1. Мельниченко О.А., Удовиченко Н.М. Dentist-24 – сучасний засіб адміністрування діяльності стоматологічних закладів. *Питання експериментальної та клінічної стоматології*. 2019. Вип. 14. С. 152–156.

## **CONFLICTS IN THE ACTIVITIES OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS AND THEIR MANAGEMENT**

*Chukhno I., Bondariewa A., KhNMU, Kharkiv*

Management of healthcare organizations is based on general management approaches, however, it has a number of features and specific aspects. One of them is related to the specifics of working with people. On the one hand, management is always aimed at people and means organizing their effective activities and interactions to achieve the goals of the organization. On the other hand, the provision of healthcare services is targeted at patients, and given the importance of such services for human health, usually health problems and not well-being at the time of service, exacerbating these factors with economic problems in the country and the medical sector, such specificity complicates the emotional and communication components of managing health care organizations. These aspects increase the management requirements of such organizations to establish effective communications, create a favorable moral and psychological climate and manage conflicts. Conflict – the collision of different trends in the psyche of an individual, in the relationship of two or more people or their formal and informal associations, caused by differences in views, positions, interests [0, p. 94]. Conflict always escalates into a certain behavior, actions aimed at interfering with the affairs of others in the organization. It can be deployed in civilized form (cooperation, competition) or in the form of open combat. Conflict is often characterized by uncertainty about the solution, which is caused by the likelihood of many variants of the parties' behavior, caused by random factors, psychology, hidden goals, which can be transformed differently. The manager can view the conflict in a narrow (direct face-to-face) and in a broad (multi-stage, one-step process) understanding [0, p. 97].

Each conflict has an onset, a development, a culmination and a solution. Starts conflict from onset, that is, identifying contradictions that are actively or passively used in combat. The culmination of the conflict – is the awareness of the main contradiction that led to the development of the conflict. As a result, one side becomes

defeated or a truce is generally achieved [2, p. 36]. After the culmination, the conflict either resolves itself or fades by itself, or the conflicting parties divorce themselves by force. Some scholars add the post-conflict syndrome as a psychological experience, outcome and mental state that each of the parties (personalities) experience after leaving this difficult situation [3 p. 14]. Often, post-conflict syndrome is manifested as frustration. It is extreme dissatisfaction, blocking aspirations, prolonged negative emotional experiences that disorganize consciousness and activity. Frustration can be revealed in the form of annoyance, resentment, depression, complete indifference to the environment, unlimited self-blame. When people think and talk about conflict, they often associate it with aggression, threats, quarrels, and worse – with hostility. Therefore, it was argued that conflict is an undesirable phenomenon and should be avoided if possible, but if it does occur, it should be resolved immediately. Contemporary views on organizational conflicts have changed significantly. If the conflict is constructive, aimed at solving the problems of the organization, then it should be skillfully used to improve the situation. In the event of a destructive conflict, the manager must resolve it with appropriate means, without damaging the production and management processes. The manager should try to use the conflict for the benefit of the organization.

There may be a variety of disputes, hostile relationships, and even quarrels in employee organizations. Conflicts are the basis of all this.

Within an organization, conflict can take the following forms: boycott - the total or partial refusal or evasion of action for the benefit of those considered opponents or rivals; sabotage – deliberate action to conceal harm to the interests of others; persecution – actions to weaken or compromise rivals by concealing, denying, degrading their dignity and advantages; verbal aggression – accusations, insults, gossip, negative evaluations of opponents in order to discredit them; physical violence; mass spontaneous or organized speeches (strikes, protest rallies) [0, p. 44].

The confrontation ends more quickly if one of the parties to the conflict has a significant advantage. It can take long forms, accompanied by alternation of active and passive phases, offensive and defense, negotiations. Therefore, a possible situational truce will not yet signal the end of the conflict. Ending the conflict can be a complete solution to the controversy, truce, deadlock. If a clear winner is determined, he / she receives benefits and the loser bears losses. If the victory is formal, there is no real change, in the absence of the winner everything remains as it was.

The most common causes of conflict are: limited resources; interdependence of tasks; differences in goals; differences in perceptions, purposes; lack of information and poor communication; emotional differences in the psyche of individuals.

Based on an analysis of life situations, you can describe the actions that lead to the development of conflict: after the first encounter, the parties to the conflict quickly begin to look for new arguments to support their position or the people who would help them do so; the number of problematic situations increases and the primary cause of the conflict deepens; the number of participants and their activity are in-



creasing; emotional tension increases; the attitude towards the problem situation and the conflict as a whole changes.

Conflict management is the process of limiting the negative aspects of conflict while increasing the positive aspects of conflict. The aim of conflict management is to enhance learning and group outcomes, including effectiveness or performance in an organizational setting. Properly managed conflict can improve group outcomes [4].

In general, the effectiveness of applying different methods of conflict management depends on the specific situation, the specifics of the organization, its structure and culture, the style and technique of leadership, the personal qualities of the participants to the conflict and its arbitrator-leader, the subjective importance of the object of the conflict, the chances of success of the knee sides and a number of other factors. Recently, the problem of growing conflicts in the work of healthcare institutions, caused by the conditions of our present time and the specific problems of the environment, has become acute. Subjective conditions of increased conflict of the employee of the clinic are his individual-psychological features, psychological climate in the staff of the health care institution, relationships with others, individual style of behavior, etc. The decline in the overall culture of communication between health care workers affects not only their relationships with clients, but also the microclimate of the health care staff. If the controversy is exacerbated, there is an open conflict. The process of conflict resolution is carried out by means of various technologies: information, communication, social and psychological influence, organizational, legal, negotiation, etc. Technologies consist of a system of means, methods, approaches and influences; they employ certain principles and techniques, numerous tactical techniques. Special conflict mediation technologies and purposeful gaming models are also being developed to help avoid or avoid conflicts with minimal loss.

Conflict management is a deliberate action to eliminate (minimize) the causes of conflict or to correct participants' behavior. The accumulated numerous data on the causes, stages and mechanisms of the course, ways to resolve different types of conflicts will contribute to the prediction, prevention or mitigation, to seek a fair resolution of conflicting problems. It is easier to prevent a conflict situation than to extinguish it. Western, especially American, models of conflict resolution are inherent in personality-psychological ways that are based more on the psychology (needs, interests, behavior) of the individual than on socio-organizational management techniques. They are also characterized by an individualized approach to the problem of conflict («this is my problem, I have to solve it myself»). Greater attention is paid to «horizontal conflicts». Domestic management models of conflict resolution are characterized by a predominance of social (organizational) ways over purely psychological ones and a tendency to jointly resolve conflicts (with reliance on those people surrounding the conflicting parties). The focus here is on «vertical» conflicts.

In order to get out of a conflict situation with dignity, the healthcare facility manager must have the knowledge and skills in conflict management, reflection, ability to adequately assess and see himself on the side.

## References:

1. Безпальча Р.Ф. Технологія попередження конфліктів. Київ: Главник, 2015. 128 с.
2. Бурлачук В. Життєвий світ і структура конфлікту. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*. 1998. № 4–5. С. 93–104.
3. Горовіц Д.Л. Міжетнічні конфлікти. Харків: Каравела, 2012. 684 с.
4. Conflict management. URL: <https://en.wikipedia.org/wiki/> (дата звернення: 01.10.2019).

## THE STUDY OF FACTORS AFFECTING THE MOTIVATION OF EMPLOYEES OF STATE HEALTH CARE INSTITUTIONS

*Chovpan G., Batyuk L., KhNMU, Kharkiv*

To create a motivation system for employees of state health care institutions, the following forms of incentives have been identified: 1. Salary. 2. Social benefits. 3. Concessional loans. 4. Training and retraining.

The state can apply for the most part economic methods of managing labor motivation, such as employee wages and bonuses based on the results of work performed, as well as surcharges for work experience and service for special categories of patients. The use of remuneration systems based on the results of the structural unit allows you to combine the financial interests of each employee with the objectives of the unit. The greatest influence on the size of wages is provided by factors: education and experience, initiative, enterprise, energy and efforts of the employee. The amount of earnings of each employee should be determined primarily by personal labor contribution to the result of collective labor. It is necessary to strengthen the differentiation in wages, depending on its complexity and quality, consumer properties of products. In addition, it is necessary to gradually abandon monetary compensation for unattractive labor and harmful sanitary conditions. Such compensation not only does not compensate for adverse working conditions, but also reduces the motivating function of payment. Nevertheless, not only economic incentives, but also such components of production life as the content of work, conditions and organization of work, workplace, distribution of work, have a direct impact on the degree of satisfaction of workers. Each workplace must be provided with everything necessary, both directly for the work itself and for creating favorable working conditions. In healthcare institutions, along with an assessment of the quality of the medical care itself, an assessment of the quality and effectiveness of staff work should be carried out. The quality of staff is determined by compliance with the developed standards of activity. For healthcare institutions, current trends in the field of protection and management of labor discipline, labor motivation and incentive systems are applicable. A compre-

hensive and objective assessment of specialists and heads of structural units in practice is recognized as an active and effective tool for managing the process of motivation. This includes not only the qualifications of medical personnel, but also secondary and junior medical workers, managerial staff, administrative and economic units, which also determine the success of the treatment and diagnostic process and the comfort of the patient's stay in a healthcare institution. Separately, the interaction of personnel is evaluated, namely, the coordination of the work of the medical unit and support services. In modern conditions, a regular, monthly analysis of the activities of medical workers, the structure of patients, the use of resources, the obstacles faced by doctors and nurses, intermediate and final results is necessary. The work of a doctor and a nurse should be compared with the same data from other colleagues, evaluated in dynamics, analyzed to identify cause-effect relationships, after which the leader must decide on his individual tactics in relation to each medical worker. It is necessary to notice the correctness of the work and give an immediate response from the management team. Significant effect produces praise for the positive feedback from patients. Prizes should be associated with the achievement of a specific goal. The employee needs to be given an attractive, ambitious vision of the problem, a sequence of goals that will be steps for solving his strategic task.

## Секція 5 МЕДИЧНА ОСВІТА, НАУКА ТА ПРАКТИКА

### ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я» В ХАРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

*Марковський В.Д., Лещіна І.В., Огнєв В.А., Чухно І.А., ХНМУ, Харків*

У листопаді 2016 р. Кабінет міністрів України схвалив Концепцію розвитку системи громадського здоров'я, що визначає засади, напрями, завдання, механізми та строки розбудови системи громадського здоров'я для формування та реалізації ефективної державної політики для збереження та зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості та покращення якості життя, попередження захворювань, продовження активного, працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства [4], офіційно приєднуючись до світових досягнень і тенденцій в цій сфері та формуючи новий етап в розвитку державної політики щодо збереження та зміцнення здоров'я населення.

Одним із ключових завдань формування та ефективної діяльності системи громадського здоров'я та, одночасно, елементом і умовою реалізації основних напрямів та завдань, визначених Концепцією розвитку системи громадського здоров'я є належне кадрове забезпечення діяльності такої системи. Зокрема, серед очікуваних результатів реалізації концепції передбачається створення ефективної системи розвитку людських ресурсів у сфері громадського здоров'я, що, серед іншого, передбачає: визнання кадрового забезпечення як невід'ємної частини розвитку сфери громадського здоров'я; розроблення і реалізацію стратегії розвитку кадрових ресурсів, у т.ч. визначення реальних і прогнозних потреб, планування і здійснення підготовки кадрів, раціонального розподілу, управління ресурсами; реформування системи додипломної та післядипломної підготовки працівників системи громадського здоров'я та їх безперервного професійного розвитку, запровадження спеціальності та спеціалізації «громадське здоров'я»; навчання за окремими магістерськими програмами у вищих навчальних закладах, на курсах підвищення кваліфікації або дистанційно фахівців, що працюють у сфері громадського здоров'я тощо [4].

Постановою Кабінету міністрів України № 53 від 01.02.2017 р. було внесено зміни до Постанови Кабінету міністрів України від 29 квітня 2015 р. № 266 «Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти» і введено навчальну спеціальність

229 Громадське здоров'я» галузі знань «Охорона здоров'я», що поклато початок підготовці професійних фахівців у цій сфері у нашій державі.

В 2019 р. Харківським національним медичним університетом проліцензовано освітньо-професійну програму «Громадське здоров'я» за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» другого (магістерського) рівня вищої освіти загальним обсягом у кредитах Європейської кредитної трансферно-накопичувальної системи – 120 кредитів, строком навчання – 2 роки [3]. В 2019–2020 навчальному році здійснено перший набір студентів, що здобувають освіту за заочною формою навчання.

При розробці Концепції та Освітньо-професійної програми «Громадське здоров'я» фахівці університету спирались на Стандарт вищої освіти галузі знань «Охорона здоров'я» спеціальності 229 «Громадське здоров'я» другого (магістерського) рівня вищої освіти, затверджений наказом Міністерства освіти і науки України 12.12.2018 р. № 1383, Концепцію розвитку системи громадського здоров'я, міжнародні документи в цій сфері, зокрема [1; 2; 7; 8], розробки та здобутки вітчизняної наукової школи [6], висловлений досвід та побажання представників галузі охорони здоров'я, як практиків так і управлінців, майбутніх роботодавців.

Метою освітньої програми «Громадське здоров'я» спеціальності 229 «Громадське здоров'я» галузі знань 22 «Охорона здоров'я» Харківського національного медичного університету є забезпечення академічної підготовки фахівців, здатних розв'язувати складні задачі і проблеми у сфері громадського здоров'я в умовах невизначеності, шляхом набуття загальних і спеціальних компетентностей з організаційної, управлінської, експертної, контрольно-аналітичної, проектної, науково-дослідної діяльності у сфері громадського здоров'я [3; 5].

З урахуванням вивчення наукової та освітньої літератури, сучасних тенденцій у сфері громадського здоров'я та потреб ринку праці, про що вже йшлося раніше було визначено інтегральну, загальні та фахові компетентності майбутніх фахівців, а також програмні результати навчання. Отож, інтегральна компетентність визначається як здатність розв'язувати складні задачі і проблеми у сфері громадського здоров'я або у процесі навчання, що передбачає проведення досліджень, застосування наукових теорій та аналітичних методів і характеризується комплексністю та невизначеністю умов [5].

До загальних компетентностей, що мають отримати здобувачі освітньо-професійної програми належать зокрема такі: здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу; здатність проведення досліджень на відповідному рівні; здатність до пошуку, оброблення та аналізу інформації з різних джерел; здатність приймати обґрунтовані рішення; здатність розробляти та управляти проектами; здатність зберігати та примножувати моральні, культурні, наукові цінності та досягнення суспільства на основі розуміння історії та закономірностей розвитку предметної області, її місця у загальній системі знань про природу і суспільство та у розвитку суспільства, техніки і технологій, використовувати

різні види та форми рухової активності для активного відпочинку та ведення здорового способу життя та інші (всього 17 компетентностей). Серед фахових компетентностей можна назвати наступні: здатність оцінювати, інтерпретувати, порівнювати та прогнозувати основні показники громадського здоров'я; здатність визначати пріоритети громадського здоров'я, проводити оцінку потреб сфери громадського здоров'я у конкретній ситуації; здатність розробляти і пропонувати науково обґрунтовані варіанти стратегій, політик та заходів, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я населення, а також оцінювати їх ефективність; здатність організовувати заходи з нагляду за станом здоров'я населення з використанням міжсекторального підходу; здатність аналізувати вплив різних детермінант на здоров'я населення та обґрунтовувати відповідні заходи з їх попередження; здатність виконувати управлінські функції та організовувати надання послуг у сфері громадського здоров'я, забезпечувати контроль за якістю послуг, що надаються на належному рівні та інші (всього 16 компетентностей) [5].

Закінчивши навчання за освітньою програмою майбутній фахівець має не лише отримати зазначені вище компетентності, а й досягти програмних результатів навчання, корелюючих з ними. Такі результати навчання в освітньо-професійній програмі «Громадське здоров'я» Харківського національного медичного університету поділено на три блоки. *Перший* з них – знання і розуміння, а саме: здобуття особою загальних і спеціальних фундаментальних і професійно-орієнтованих знань, умінь, навичок, компетентностей, необхідних для виконання типових професійних завдань, пов'язаних з її діяльністю в сфері охорони здоров'я на відповідній посаді; знання у сфері громадського здоров'я та організації системи охорони здоров'я, розробки і впровадження належних заходів забезпечення здоров'я населення. *Другий блок* програмних результатів навчання – застосування знань і вмінь: оцінювати основні демографічні та епідеміологічні показники, значення і тенденції зміни основних детермінант, що чинять вплив на здоров'я у розрізі різних груп населення в Україні, Європейському регіоні та світі, застосовувати основні поняття та концепції епідеміології та статистики при плануванні, проведенні та інтерпретації результатів досліджень; визначати пріоритети та оцінювати потреби сфери громадського здоров'я, пропонувати науково обґрунтовані заходи та розробляти відповідні висновки та стратегії, які спрямовані на розвиток сфери охорони здоров'я; організовувати заходи з нагляду за станом здоров'я населення з використанням міжсекторального підходу; формулювати висновки, розробляти прогнози та проводити аналіз впливу детермінант на здоров'я населення (соціальні, економічні, індивідуальні, навколишнього середовища), визначати потреби різних груп населення щодо здоров'я, базуючись на інформації, отриманій із систем епідеміологічного нагляду; розробляти заходи з профілактики (первинної, вторинної та третинної) захворювань і сприяти їх реалізації на практиці; виконувати управлінські функції та організовувати надання якісних послуг у сфері громадського

здоров'я (всього 17 знань і вмінь). Третій блок програмних результатів навчання – формування суджень: здатність розширювати розуміння засад сфери громадського здоров'я у закладах освіти різного рівня та реалізовувати заходи, спрямовані на розвиток кадрового потенціалу; здатність здійснювати наставництво та сприяти безперервному професійному розвитку фахівців з громадського здоров'я; схильність критично оцінювати результати наукових досліджень та здійснювати пошук потрібної наукової інформації у сфері громадського здоров'я, аналізувати інформацію, здійснювати дослідження, формулювати за його результатами висновки та рекомендації щодо їх впровадження.

Набуття студентами, майбутніми фахівцями у сфері громадського здоров'я, наведених вище та визначених в Освітньо-професійній програмі «Громадське здоров'я» зі спеціальності 229 «Громадське здоров'я» галузі знань 22 «Охорона здоров'я» передбачається шляхом вивчення ними навчальних дисциплін, проходження практичної підготовки та атестації (табл. 1) [5].

Таблиця 1 – Структурно-логічна схема освітньої програми

Код н/д	Компоненти освітньої програми (навчальні дисципліни, курсові проекти (роботи), практики, кваліфікаційна робота)	Кількість кредитів	Розподіл по курсам	
			4	5
1	2	3	4	5
Обов'язкові компоненти			1	2
1	Організація медико-соціального наукового дослідження	4	*	
2	Ділова англійська мова	4	*	
3	Інформатизація в сфері громадського здоров'я	5	*	
4	Основи громадського здоров'я	4	*	
5	Біостатистика	6	*	
6	Соціально значимі та особливо небезпечні інфекційні хвороби	3	*	
7	Комунікації в сфері громадського здоров'я	3		*
8	Організація охорони здоров'я України	5	*	
9	Менеджмент охорони громадського здоров'я	6		*
10	Економіка і фінансування охорони здоров'я	6	*	
11	Епідагляд та оцінка стану здоров'я і благополуччя населення	6		*
12	Організація протиепідемічних заходів	6,5		*
13	Екологія людини, токсикологія, фізіологія та біохімія стресових факторів зовнішнього середовища	5		*
14	Клінічна медицина й навколишнє середовище	4	*	
15	Профілактика, валеологія	5	*	
16	Психологія праці	4	*	
17	Практична підготовка	4,5		*
18	Атестація (підготовка і захист кваліфікаційної роботи та складання ЄДКІ)	9		*
Вибіркові компоненти				
1	Міжнародні організації в забезпеченні охорони здоров'я	3	*	
2	Управління якістю в сфері охорони здоров'я	3	*	
3	Правові аспекти медичної діяльності	4		*
4	Біобезпека та біозахист	4		*

1	2	3	4	5
5	Мікробіологія, вірусологія, паразитологія (Молекулярна епідеміологія. Паразитологія)	4	*	
6	Сучасні проблеми епідемічних захворювань	4	*	
7	Етичні норми в громадському здоров'ї	3	*	
8	Глобалізація та її вплив на соціальні процеси та громадське здоров'я	3	*	
9	Основи доказової медицини	4		*
10	Основи імунології та імунопрофілактики	4		*
11	Соціально-значимі неінфекційні хвороби	4		*
12	Формування здорового способу життя населення	4		*
13	Управління якістю життя	4		*
14	Політика в галузі охорони здоров'я	4		*
15	Психогігієна: донозологічна психодіагностика та профілактика психічних порушень	4		*
16	Медицина граничних станів і профілактика неепідемічних захворювань	4		*
<b>Загальний обсяг освітньої програми за 2 роки,</b>		<b>120</b>		
у тому числі обов'язкові компоненти		<b>90</b>		
вибіркові компоненти		<b>30</b>		

Структурно-логічна схема освітньої програми включає 2 блоки: обов'язкові компоненти та вибіркові компоненти, що у відповідності до діючого нормативно-правового поля становлять відповідно 75 та 25 % від загального обсягу освітньої програми. Обов'язкові компоненти визначені відповідно існуючих вимог, вітчизняного та міжнародного досвіду та документів ВООЗ у сфері громадського здоров'я, поля професійної діяльності майбутніх фахівців.

Відповідно, в освітньо-професійній програмі визначено, що майбутні фахівці придатні до працевлаштування та роботи за ДК 003:2010:

– Розділ 1. Законодавці, вищі державні службовці, керівники, менеджери (управителі): 1210.1 Керівник підприємства (установи, організації) охорони здоров'я (генеральний директор, директор, головний лікар та ін.); 1229.5 Керівники підрозділів в охороні здоров'я; 1319 Директор (керівник) малого підприємства (у сфері охорони здоров'я, освіти, культури і т. ін.); 1482 Менеджер (управитель) з громадської охорони здоров'я;

– Розділ 2. Професіонали: Підрозділ 221 Професіонали в галузі наук про життя та медичних наук на різних рівнях управління охороною здоров'я, обіймати посади керівників, заступників і працівників структурних підрозділів органів управління охороною здоров'я державних адміністрацій та органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, їх структурних підрозділів, працівників Центру громадського здоров'я та його регіональних підрозділів, Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів і захисту споживачів Державної служби України з питань праці тощо.



Вибіркові компоненти покликані поглибити знання здобувачів вищої освіти у сфері громадського здоров'я, базуючись на їх інтересах і базуються на поглибленому вивченні інформації, що буде корисною фахівцям з громадського здоров'я у їх професійній діяльності при роботі над 10 основними оперативними функціями громадського здоров'я, визначеними ВООЗ, та є важливими з огляду на сучасні тенденції у світі, громадському здоров'ю, здійсненні державної політики. Атестація випускників освітньо-професійної програми «Громадське здоров'я» спеціальності 229 Громадське здоров'я передбачена у формі публічного захисту (демонстрації) кваліфікаційної магістерської роботи та єдиного державного кваліфікаційного іспиту зі спеціальності та завершується видачею документу встановленого зразка про присудження йому ступеня магістра із присвоєнням кваліфікації: Магістр громадського здоров'я. Атестація здійснюється відкрито та публічно.

Таким чином, у Харківському національному університеті зроблено значний крок для формування кадрів для системи громадського здоров'я – розпочато підготовку нових для українського ринку праці фахівців, що, сподіваємось, зможуть внести необхідний вклад в становлення, розвиток та ефективне функціонування системи громадського здоров'я в нашій державі та сприяти збереженню та зміцненню здоров'я, збільшенню тривалості та покращенню якості життя населення.

#### **Перелік використаних джерел:**

1. 10 основных оперативных функций общественного здравоохранения. URL: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations>. (дата звернення: 01.10.2019)
2. Всемирная организация здравоохранения. Здоровье-2020: Основы европейской политики с стратегия для XXI века. 2013. URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf). (дата звернення: 01.10.2019)
3. Концепція освітньої діяльності за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» на другому (магістерському) рівні вищої освіти, прийнята в Харківському національному медичному університеті.
4. Концепція розвитку системи громадського здоров'я, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npras/249618799>. (дата звернення: 01.10.2019)
5. Освітньо-професійна програма «Громадське здоров'я» другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 229 Громадське здоров'я галузі знань 22 Охорона здоров'я кваліфікація: Магістр громадського здоров'я, затв. Вченою радою ХНМУ протокол № 1 від 24.01.2019 р. URL: <http://www.knmu.kharkov.ua/index.php?lang=uk>. (дата звернення: 01.10.2019)
6. Слабкий Г.О., Шафранський В.В., Миронюк І.С. Питання підготовки фахівців для сфери громадського здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 3. С. 32–55.
7. Tulchinsky T.H., & Varavikova E.A. The new public health. Academic Press. 2009. URL: <https://books.google.com.ua/books?id=T2yQwTxRRfcC&printsec>

=frontcover&hl=uk&source=gbs\_ge\_summary\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false  
(дата звернення: 01.10.2019)

8. Turnock B. Public health: What it is and how it works. Jones & Bartlett Publishers. 2004. URL: <https://courses.phc.org.ua/courses/course-v1:PHC+17+2019/courseware/4f3703b660514aee95fc1d1f2dddf660/66e8b4c78fc34a96a7579ea9f744ba9d/> (дата звернення: 01.10.2019)

## ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»

*Сидоренко М.О., Завгородній І.В., ХНМУ, Харків*

Нині в медичних університетах і засобах масової інформації дискутуються питання викладання нової дисципліни «Громадське здоров'я», яка закріплена на законодавчому рівні «229 Громадське здоров'я». У 2016 р. Кабінет Міністрів України ухвалив концепцію громадського здоров'я [1]. Наступним кроком має бути розроблений і прийнятий закон про громадське здоров'я та вирішити ряд дуже важливих питань.

Згідно Концепції громадського здоров'я передбачається збереження усіх медико-профілактичних спеціальностей, запровадження підготовки бакалаврів і магістрів за спеціальністю «Громадське здоров'я», розробити відповідні навчальні програми які повинні включати питання біостатистики, епідеміології, гігієни навколишнього середовища, політики і управління охорони здоров'я, менеджменту у сфері громадського здоров'я, виконання наукових досліджень з урахуванням міжнародного досвіду.

Світовий досвід передбачає кілька напрямів для реалізації концепції громадського здоров'я. Перший – підготовка фахівців громадського здоров'я (бакалавр, магістр, доктор філософії). Другий – навчання лікарів різних спеціальностей та студентів медичних факультетів, які не стануть фахівцями громадського здоров'я, але вони повинні володіти знаннями в цій сфері. Третій – підготовка інших фахівців, які працюватимуть у системі громадського здоров'я (соціологи, психологи, юристи, фінансисти).

Для формування національної програми підготовки фахівців громадського здоров'я пропонується програма Дебреценського університету в якому у 2005 р. створено факультет громадської охорони здоров'я. Факультет громадського здоров'я складається з кафедр та 2-х підрозділів [2]:

- кафедри профілактичної медицини (з відділами аналізу біомаркерів, біостатистики та епідеміології, охорони здоров'я та медицини);
- кафедра сімейної та професійної медицини;
- кафедри поведінкових наук (з відділами клінічної, медичної психології, гуманітарних наук для громадського здоров'я);

- кафедри госпітальної гігієни та інфекційного контролю;
- кафедри фізіотерапії.

Програма бакалавра «Громадське здоров'я» передбачає вивчення таких дисциплін: хімії, екології, основ інформатики, психології, комунікації, біоетики, першої медичної допомоги, латинської мови, клінічної пропедевтики, соціології, елективних дисциплін, введення в сфері громадського здоров'я, клітинної біології, анатомії, біостатистики, здоров'я та навколишнього середовища, генетики та молекулярної біології, основ педагогіки, соціології, охорони здоров'я і факультативних предметів.

Магістерська програма «Громадське здоров'я» включає основні предмети (біостатистика і епідеміологія, пропаганда здорового способу життя), професійні предмети (гігієна докільця та епідеміологія, проблеми громадської охорони здоров'я та знедолені), спеціалізовані професійні предмети (гігієна харчування, епідеміологія інфекційних хвороб, епідеміологія неінфекційних захворювань, генетична епідеміологія, планування управління проектом).

Метою курсу бакалавра «Громадське здоров'я» є підготовка фахівців у галузі громадської охорони здоров'я здатних ідентифікувати та оцінювати проблеми у сфері охорони здоров'я, планувати і здійснювати заходи для їх вирішення. Мета курсу магістра в галузі громадського здоров'я – підготовка фахівців, здатних забезпечити моніторинг проблем суспільної охорони здоров'я, а також планування, реалізації та оцінки можливих рішень [2].

Як видно з вищенаведеної інформації мета підготовки бакалаврів і магістрів чітко не визначена. Особливо важливим питанням є де і на яких посадах будуть працювати випускники нового факультету. В основному мова йде про те чим повинні і які проблеми вирішувати фахівці громадського здоров'я. Так, наприклад, ступінь магістра передбачає здатність застосовувати знання і вміння, вирішуючи професійні проблеми в нових незвичних умовах, формулювати, обґрунтовувати та аргументувати власні думки у фаховому середовищі, чи у колі представників непрофесійних груп [3].

Координатором і технічним лідером програм і проектів у сфері громадського здоров'я визначено ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», але він, як і всі інші структури громадського здоров'я не мають доступу до медичної статистичної інформації, даних моніторингу факторів, які впливають на стан здоров'я населення без яких неможливо проводити аналіз і рекомендувати заходи у сфері громадського здоров'я, надавати дані і рекомендації регіональним центрам громадського здоров'я. Кабінет Міністрів України ухвалюючи Концепцію громадського здоров'я в Україні визначив пріоритетним напрямком системи громадського здоров'я профілактику захворювань і пропагування здорового способу життя, санітарної освіти.

Україна має величезний досвід у сфері профілактики інфекційних і неінфекційних захворювань, організації та проведення санітарно освітньої роботи, організації й проведення моніторингу стану здоров'я населення і факторів, які

впливають на стан здоров'я населення. Цей досвід слід зберегти і взяти за основу при розробці програм підготовки спеціалістів з «Громадського здоров'я» та створенні регіональних центрів громадського здоров'я. При цьому будуть значно зекономлені ресурси на підготовку кадрів, створення матеріально-технічної бази регіональних центрів громадського здоров'я. В медичних університетах слід розширити медико-профілактичні факультети та кафедри гігієни шляхом впровадження нових дисциплін, оновлення програм підготовки студентів медичних факультетів із збільшенням кількості учбових годин.

Висновки: Постановою Кабінету Міністрів України ухвалена нова спеціальність «229 Громадське здоров'я» та Концепція громадського здоров'я. В подальшому належить розробити і прийняти закон про громадське здоров'я. Координатором і технічним лідером програми та проектів у сфері громадського здоров'я визначено ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», передбачається створити регіональні центри громадського здоров'я. В Концепції громадського здоров'я передбачається впровадження національної кадрової політики у сфері охорони здоров'я зі збереженням усіх медико-профілактичних спеціальностей; запровадження підготовки бакалаврів і магістрів за спеціальністю «Громадське здоров'я»; розробка й впровадження відповідних навчальних програм. Залишається невирішеним питання де і ким будуть працювати спеціалісти громадського здоров'я.

#### **Перелік використаних джерел:**

1. Концепція розвитку системи охорони громадського здоров'я. URL: <https://www.health.gov.ua/www.nsf/all/u05-02?open-dokument>. (дата звернення: 29.09.2019)

2. Грузєва Т.С., Гречишкіна Н.В., Литвинова Л.О. Громадське здоров'я (Public Health) як нова спеціальність: сучасні підходи до викладання (на прикладі Дебреценського університету, Угорщина). Україна. Здоров'я нації. 2017. № 1. С. 166–171.

3. Грича І. Докторантура з управління в охороні здоров'я. URL: <https://www.diplom.com.ua/infoukr-8.html>. (дата звернення: 29.09.2019)

## **ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ В ПРОГРАМІ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ МЕДИЦИНИ З ПИТАНЬ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

*Грузєва Т.С., Волошина Д.С.,  
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, Київ*

Амбітні цілі, визначені світовим співтовариством у Порядку денному у сфері сталого розвитку на період до 2030 року, передбачають зміцнення здоров'я населення і профілактику хвороб. Досягнення цілей потребує скорочення

чинників ризику розвитку захворювань на основі міжсекторальних стратегій, загальнодержавного підходу та підходу за участю усього суспільства.

Оскільки основу глобального тягара хвороб формують неінфекційні захворювання, їх попередження завдяки керуванню модифікованими чинниками ризику визначено стратегічним напрямом охорони здоров'я. Пріоритетність завдань щодо скорочення поширеності чинників ризику розвитку неінфекційних захворювань окреслено низкою документів, у т. ч. Глобальним планом дій щодо неінфекційних захворювань на 2013–2020 рр., Основами Європейської політики в охороні здоров'я «Здоров'я-2020», Європейською стратегією профілактики і боротьби з неінфекційними захворюваннями на 2012–2016 рр. тощо. Серед провідних чинників ризику розвитку неінфекційних захворювань особливе місце посідає недостатня фізична активність, яка обумовлює щорічно 3,2 млн смертей у світі, 21–25 % випадків захворювань на рак молочної залози і товстої кишки, 27 % – на діабет, 30 % – на ішемічну хворобу серця.

ВООЗ рекомендує до впровадження всеохоплюючий комплекс заходів зі скорочення гіподинамії на популяційному та індивідуальному рівні. В їх реалізації ключову роль відіграють фахівці первинної медичної допомоги шляхом проведення просвітницьких заходів, надання послуг з підтримки здорового харчування, залучення до фізичної активності та допомоги в контролі маси тіла.

Це потребує усвідомлення магістрами медицини значущості фізичної активності в забезпеченні належного рівня здоров'я населення, знання сучасних підходів до оцінки здоров'я за показниками фізичної активності, здійснення просвітницької та інформаційно-роз'яснювальної роботи серед населення з використанням популяційних, групових та індивідуальних стратегій. Магістри медицини мають володіти широким спектром компетентностей з питань оцінки ризику для здоров'я недостатньої фізичної активності, обґрунтування та планування відповідних дій, адвокації, комунікації та соціальної мобілізації тощо.

З огляду на вказане, у програмі підготовки магістрів медицини з соціальної медицини, громадського здоров'я відображено питання вивчення та оцінки чинників, що впливають на здоров'я населення, провідних чинників ризику розвитку неінфекційної патології, насамперед, недостатньої фізичної активності.

Водночас, передбачено оволодіння майбутніми магістрами медицини знаннями і вміннями з питань профілактики та міжсекторального співробітництва в системі охорони здоров'я, скринінгових програм раннього виявлення хвороб та чинників ризику, у т.ч. гіподинамії, інформаційно-роз'яснювальної діяльності (адвокації) як складової частини медичної профілактики, промоції здоров'я, комунікації та соціальної мобілізації в інтересах здоров'я та управління ризиками. При опрацюванні профілактичної тематики акцентується увага на необхідності здійснення в повсякденній діяльності лікаря моніторингу та оцінки фізичної активності прикріпленого населення, надання пацієнтам консультативних послуг з питань фізичної активності, заохочення до дотримання засад здорового способу життя, ініціювання перед владними структурами питань створення умов для фізичної активності громадян шляхом формування відповідної інфраструктури, забезпечення її доступності тощо.

## ПРОБЛЕМИ АДАПТАЦІЇ ПЕРШОКУРСНИКІВ ДО НАВЧАННЯ У ВІТЧИЗНЯНИХ МЕДИЧНИХ ВНЗ

*Мельниченко О.А., Мороз Г.А., ХНМУ, Харків*  
*Мельниченко В.О., Технічний університет Мюнхену, Мюнхен (Німеччина)*

На кожному етапі свого життя людина прагне (звісно, з урахуванням наявної ситуації) задовольняти власні потреби. Проте далеко не завжди це стає реальністю, тим паче, зважаючи на невідповідність потреб і можливостей їх задоволення. До того ж, юнацький максималізм зіткається з новими викликами, що обумовлені початком самостійного життя, який почасти ототожнюється з отриманням вищої освіти. При цьому, для опанування майбутньої професії першокурсники змушені не лише «залишити «батьківський дім» й адаптуватися до нових умов життєдіяльності в іншому місті, а почасти – й в іншій країні» [1, с. 121]. Означене, зрештою, й обумовлює актуальність даного дослідження.

Передусім слід зазначити, що після зарахування до ВНЗ, першокурсники мають адаптуватись до нового місця проживання (почасти – мегаполісу). Додаткові проблеми виникають у вихідців з маленьких сіл і міст, оскільки їм потрібно призвичаїтись не лише до «географічного» розташування вулиць і будинків (де розміщені гуртожитки, навчальні корпуси, клінічні кафедри, їдальні тощо), а й інтенсивного руху громадського транспорту та мультинаціонального середовища (особливо, у вітчизняних медичних ВНЗ).

Наступною проблемою є соціалізація й нові знайомства, оскільки друзі та однодумці допомагають першокурсникам швидше звикнути до нової обстановки, почувати себе комфортніше, зменшити відчуття самотності, створити підґрунтя для створення сприятливих умов для майбутніх міцних професійних, комерційних і/чи сімейних союзів. При цьому важливим є спільність інтересів і поглядів, вміння йти на компроміси та знаходити «спільну мову» (як з однокурсниками, так і з сусідами по кімнаті та поверху в гуртожитку), інакше зростає ймовірність погіршення результативності адаптування першокурсників до студентського життя. Цьому також сприяє участь у подіях і заходах, які, окрім іншого, задовольняють потребу приналежності (до медичного ВНЗ та/чи організації, яка з ним пов'язана), урізноманітнюють життя студентів, є джерелом позитивних емоцій та покращання здоров'я.

Важливою є проблема адаптація першокурсників до бажаного самостійного (дорослого) життя, яке передбачає необхідність піклуватися про себе без допомоги батьків та/або родичів, як-от: планувати розпорядок дня (навчання, дозвілля, робота, відпочинок) й дотримуватись його; розподіляти власні обмежені (у т.ч. фінансові) ресурси; уникати невиправданого ризику, дотримуватись гігієни, готувати їжу, прати та прасувати речі тощо. Проте «новоспечені дорослі» все ж ностальгують за батьками, родичами, друзями та ін., рідним населеним пунктом тощо, а тому час від часу (спочатку, по-можливості, практично

кожних вихідних) тимчасово повертаються на «малу батьківщину», оскільки потребують як безпосереднього спілкування з близькими людьми, так і ресурсної (фінансової, продовольчої) їхньої підтримки. Додатковою проблемою є порівняно значні витрати часу, зусиль і коштів на таку поїздку, й обмежений (почасти, лише 1–2 дні) проміжок часу, упродовж якого можливе таке спілкування. При цьому «новоспечені» студенти мають набути навички раціонального (з точки зору часу, тривало, якості та вартості) й безпечного подорожування залізничним або/чи іншим видом масового транспорту.

Хоча своєю більшістю батьки намагаються профінансувати основні витрати, пов'язані з навчанням своїх дітей (і не лише першокурсників), але далеко не завжди студенти мають можливість підтримувати рівень життя, притаманний однокурсникам. Через мізерність стипендії та існуючі обмеження її отримання, а також неможливість/небажання батьків виділити додаткові («кишенькові») кошти, студенти змушені жити в режимі «тотальної економії» або ж шукати додаткові заробітки. При цьому студенти (особливо, першокурсники) не мають достатніх знань і навичок, а тому стикаються зі значними проблемами з працевлаштуванням (тим паче, за майбутнім фахом), а тому змушені виконувати некваліфіковану та низькооплачувану роботу. До того ж, працевлаштовані студенти змушені виділяти певний час та енергію на роботу, а з тим – потерпати від зростання ймовірності погіршення здоров'я (передусім, через перевтому та стрес), збільшення кількості часу й зусиль на засвоєння навчального матеріалу, виникнення заборгованостей по окремим навчальним дисциплінам. Усе це викликає особливе занепокоєння, оскільки такі студенти зосереджені не на здобутті майбутньої професії лікаря, а на «виживанні», що, зрештою, ставить під сумнів доцільність власне такого «навчання».

Студенти-першокурсники також змушені адаптуватись до відмінностей в організації навчального процесу в загальноосвітніх і вищих навчальних закладах (особливо, медичних), а саме: уніформа (перебування в білому халаті, а на окремих кафедрах – і медичні шапочки); висока інтенсивність (необхідність засвоїти велику кількість складної інформації за обмежений час, самоосвіта); специфіка (поєднання теоретичних знань і практичних навичок, спрямованих на покращання здоров'я населення); дисципліна (обов'язковість відвідування лекційних і практичних занять, відпрацювання пропусків і двійок, отримання допуску до сесії); зовнішній контроль («Крок–1», «Крок–2», «Крок–3»); суспільна значущість професії «лікар». Також важливим є формування бажаного образу майбутнього лікаря. Проте почасти студенти лише на четвертому курсі (де є клінічні кафедри) починають визначатись з майбутньою спеціалізацією, а дехто повністю або частково розчаровуються в обраній професії. Останнє, частіше за все, обумовлене таким: нетривалі цикли навчальних дисциплін, специфічність викладачів, складність (дорожнеча) знаходження місця в інтернатурі.

З урахуванням вищевикладеного матеріалу можна зробити такі висновки. Проблеми адаптації першокурсників до навчання у вітчизняних медичних ВНЗ:

адаптація до нового місця проживання (почасти – мегаполісу) та мультинаціонального середовища; соціалізація й нові знайомства; необхідність піклуватися про себе без допомоги батьків та/або родичів; отримання додаткових (почасти, трудових) доходів; специфіка організації навчального процесу в медичному ВНЗ; формування бажаного образу (майбутнього лікаря). Подальші наукові розвідки мають бути присвячені розробці рекомендацій, спрямованих на покращення якості навчання майбутніх лікарів.

#### **Список використаних джерел:**

1. Мельниченко О.А., Мельниченко В.О., Хо Дж. Адаптація іноземних студентів до навчання у мультинаціональному середовищі: проблеми та напрями їх вирішення. *Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення*: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 24 жовтня 2018 р. Харків: Вид-во ХНМУ, 2018. С. 121–124.

### **ПІДГОТОВКА МАГІСТРІВ З БІОСТАТИСТИКИ (НА ПРИКЛАДІ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ УНІВЕРСИТЕТУ ГЕЙДЕЛЬБЕРГА, НІМЕЧЧИНА)**

*Іншакова Г.В., Шестак Н.В., Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС, Київ*

Тенденція до повсюдного впровадження сучасних статистичних електронних технологій є переконливим аргументом перспективності розвитку біостатистики та біоінформатики в об'єднаних організаційних структурах медичних університетів. У таких закладах працюють лікарі, інженери, математики, інформатики, біологи, соціологи й інші фахівці, що мають наукові звання та освітні дипломи різних профілів. У медичній галузі існує великий попит на фахівців з біостатистики, зокрема, в фармацевтичному секторі такі спеціалісти потрібні не тільки для планування і проведення клінічних досліджень, але й для їх статистичного супроводу. Також фахівці з біостатистики в повній мірі використовуються для планування і аналізу медичної допомоги в системі охорони здоров'я, для розробки концепції та проведення опитувань, аналізу комплексних наборів даних, для оптимізації результатів пошуку в інтернеті або планування та управління ресурсами тощо.

Метою роботи було вивчення підготовки магістрів з біостатистики на прикладі медичного факультету університету Гейдельберга (Німеччина).

Аналіз магістерської програми «Медична біометрія» медичного факультету університету Гейдельберга показав, що ця освітня програма розрахована на чотири семестри і призначена для математиків, статистиків, а також випуск-



ників з медицини, психології та інших спеціальностей зі знаннями в області статистики. Слід зазначити, що кандидатам з недостатнім рівнем статистичних знань пропонується підготовчий курс. Програма розроблена з урахуванням європейських вимог (принципи, структурування) і відповідає міжнародним стандартам. Структурно програма складається з 7 модулів: біометрія, статистичні методи, менеджмент даних, епідеміологія, медицина, дослідження, поглиблені дослідження. Перший модуль включає в себе три курси за методологією біометрії. Перші два курси – біометрія I і біометрія II розглядають основи методології та біометричні моделі і пропонують дослідження, необхідні для статистичних знань в контексті з медичними питаннями. Важливим є вивчення поглибленого курсу планування досліджень. Ключовим моментом курсу є виклад підходу до планування розміру вибірки за різними експериментальними моделями. В модулі «Статистичні методи» пропонується поглиблене вивчення першого модуля з його розділенням на окремі заняття. Мета цього модулю полягає в тому, щоб майбутні магістри оволоділи різними моделями і підходами до постановки медичних завдань. Розгляд тем «Лінійні моделі» і «Аналіз виживаності» є вузловим питанням. Наступний модуль – «Дослідження» поєднує в собі знання методів дослідження і їх конкретне застосування в різних ситуаціях. На цьому етапі, крім важливої частини клінічної оцінки лікування, студентів знайомлять з етичними, нормативними та правовими вимогами, щоб сформулювати в свідомості необхідність їх дотримання. Крос-функціональний модуль «Управління даними» передбачає формування практичних навичок роботи з даними медичних досліджень (структура даних, база даних, якість даних, захист даних). Крім теоретичних моделей даних і методів роботи в галузі управління даними вивчається мова програмування (SAS) для використання, контролю і оцінки даних дослідження. В модулі «Епідеміологія» висвітлюються методи, за допомогою яких встановлюються і оцінюються фактори ризику виникнення хвороб. Модуль «Медицина» надає в розпорядження всіх інших модулів необхідні медичні базові знання. Поряд з основами медицини в двох наступних навчальних заходах викладаються питання патології і пріоритети досліджень (в двох областях медичної науки). Методи клінічної фармакології дають уявлення про особливості використання біометричних методів в цій міждисциплінарній галузі. Кінцевий модуль – «Поглиблене вивчення» дає змогу опанувати додаткові курси впродовж четвертого семестру. Тематика цих курсів є різною, вона змінюється від циклу до циклу. Наприклад, курс «Спеціальні теми біометрії» вводить студентів в конкретну тему застосування методів біометрії, курс «Багатомірність» – в способи постановки багатьох питань і проблем, що виникають при цьому, а також статистичні підходи до їх вирішення, курси «Діагностичні дослідження» і «Доклінічні дослідження» дають знання, що стосуються оцінки діагностичних тестів і досліджень для з'ясування потенційних ризиків при розробці лікарських засобів тощо. На засвоєння одного семестру необхідно 30 кредитів, тобто на успішне виконання програми ступеня магістра необхідно набрати 120 креди-

тів, що включають не тільки безпосередні заняття, але і час на самопідготовку, випускні роботи, участь в дослідженнях і проходження практики. Слід зазначити, що 20 кредитів пов'язані з підтвердженням рівня відповідної професійної діяльності, а саме за роботу з планування, проведення та оцінки клінічних досліджень, а також за публікацію їх результатів. Після отримання ступеня магістра випускники мають відмінні перспективи кар'єрного росту. Такі фахівці застребувані в академічних і клінічних науково-дослідних інститутах, фармацевтичній і медичній промисловості, в практичній охороні здоров'я. Спеціалісти з біостатистики задіяні і тих сферах, де, базуючись на складних структурах даних, необхідно приймати рішення в умовах невизначеності.

Таким чином, аналіз освітньої програми підготовки магістрів з біостатистики дає змогу застосувати зарубіжний досвід при обґрунтуванні концепції підготовки фахівців з біостатистики другого (магістерського) рівня вищої освіти на медичних факультетах закладів вищої освіти.

## МЕДИЧНА ОСВІТА: СЬОГОДЕННЯ ТА МАЙБУТНЄ

*Ащеулова Т.В., Компанієць К.М., ХНМУ, Харків*

Головне завдання для оновленої України нині – це відповідати стандартам високорозвинених країн та досягати певних результатів, що демонструватимуть конкурентоспроможність в єдиному професійному світовому просторі. Це завдання повинно вирішуватися шляхами удосконалення стратегій розвитку усіх ланок суспільства. І вже нині ми бачимо кроки на цьому прогресивному шляху: вперше в історії незалежної України Урядом офіційно затверджено документ, який передбачає комплексний підхід до змін в медичній освіті. Провідна сутність стратегії – це обов'язок медичної освіти забезпечити високоякісну підготовку фахівців охорони здоров'я, які повинні не тільки досконало володіти спеціальністю, а й мати компетентності щодо вирішування складних етичних питань, вміння адаптуватись до нових змін, розбиратись у питаннях страхування, економіки, юриспруденції, спілкування діловою мовою [1]. Саме формування спеціалістів нового типу забезпечить досягнення високих показників громадського здоров'я нації, що є одним з найголовніших напрямків державної стратегічної політики.

Громадське здоров'я базується на певних принципах і цінностях, які використовуються при вирішенні етичних питань (здоров'я індивіда та соціум, біомедичні дослідження), при запровадженні відповідних профілактичних заходів з оздоровлення та застосування якісних стандартів надання медичних послуг, при відповідях на питання біологічної безпеки та біологічного захисту [2, с. 120–121]. Усвідомлення високої суспільної значущості громадського здо-

ров'я додає нові напрями у медичний освітній процес, практичним прикладом чого стає запровадження нових навчальних програм з підготовки фахівців зі спеціальності «Громадське здоров'я» галузі знань «Охорона здоров'я» [3], у ХНМУ вже у 2019–2020 рр. На кафедрі ПВМ № 1, ОББ розроблено програму вивчення навчальної дисципліни «Етичні норми в громадському здоров'ї». В навчальні цілі програми включено основні концепції етики та деонтології, як вчення про моральні норми і правила, що визначають складні питання цінності життя людини, моральні аспекти втручання в репродукцію людини, проблеми трансплантології, етичні питання при проведенні біомедичних досліджень, знання нормативно-правових документів про захист прав і переваги людини в зв'язку з використанням досягнень в біології, медицині; етичні проблеми біотехнологій подвійного використання та ін. [4].

Актуальність та необхідність оновлень у медичній освіті, небайдужість наукового суспільства до питань біоетики та громадського здоров'я, а також сучасність втілення змін ми відчули на VII Національному конгресі з біоетики, який відбувся 30.09–02.10.2019 р. у місті Київ за підтримки Національної Академії наук України, Національної академії медичних наук України та Міністерства охорони здоров'я України [5]. Доклади делегатів кафедри викликали справній активний та тривалий диспут: по-перше, з обговорення прогресивної позитивістії автономії академічного виміру з можливістю формування навчальних програм і, по-друге, щодо оновлень у сфері біомедичної освіти, а саме – інтеграцією викладачів вищих медичних навчальних закладів з представниками державних органів, засадами права у сфері охорони здоров'я. Ми вдивляємося у майбутнє української медичної освіти з оптимізмом та впевнені, що майбутні фахівці охорони здоров'я матимуть визнання світовою академічною медичною спільнотою та стануть на захисті здоров'я української нації.

#### **Перелік використаних джерел:**

1. Реформа освіти та науки. URL: [www.kmu.gov.ua/ua/diyalnist/reformi/reforma-osviti](http://www.kmu.gov.ua/ua/diyalnist/reformi/reforma-osviti) (дата звернення: 01.10.2019)
2. Schaefer-Rolffs J. Integrative Bioethics as a Chance An Ideal Example for Ethical Discussions? *Croatian Philosophical Society*. 2012. Vol. 53. P. 107–122
3. Міністерство науки та освіти. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/12/21/229-gromadske-zdorovyamagistr.pdf> (дата звернення: 01.10.2019)
4. Інтегроване навчання: тематичний і діяльнісний підходи (Ч. 1). URL: <http://nus.org.ua/articles/integrované-navchannya-tematychnyj-i-diyalnisnyj-pidhody-chastyna-1/> (дата звернення: 01.10.2019)
5. VII національний конгрес з біоетики – 2019. URL: <http://amnu.gov.ua/vii-nacjonalnyj-kongres-z-bioetyky-2019/> (дата звернення: 01.10.2019)

## МЕТОДИ НАВЧАННЯ СТУДЕНТСТВА МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

*Каднай О.С., Єрмоєнко Г.В., ХНМУ, Харків*

Попит на навчання медицині є одним з найвищих як в Україні, так і в усьому світі. І він був з моменту заснування медичних наук та тримається досі, тому покращення та розвиток методів навчання в медицині актуальні завжди.

У медицині, як загалом у навчанні, методи навчання можна розділити на три основні групи: пасивні, активні й інтерактивні. У першому випадку викладач викладає матеріал, а студентство є пасивними слухачами. У другому – викладач або викладачка та люди, що навчаються, мають справу з одним об'єктом чи суб'єктом і вирішують завдання разом. Такі методи є більш демократичними та сучасними. Інтерактивний спосіб – це метод з використанням діалогу та обговорення. Його перевагою є обумовлення контакту як викладача/ки з студентом/кою, так і взаємодією студентства між собою. Важливим є те, що людина, яка навчає і яка навчається, є рівними суб'єктами навчання. Теж є передовим методом навчання [4]. Слід зазначити, що не всім і кожному/ій підходить той чи інший спосіб навчання, тому краще підбирати індивідуально. Якщо ж це розробка курсу для великої кількості людей (як в університетах), то слід комбінувати методи з превалюванням активних та інтерактивних, особливо для більш спеціальних предметів. Також існує варіант об'єднувати людей у групи залежно від їхніх побажань щодо методів навчання. Наприклад, за результатами опитування одного з коледжів у Пакистані було визначено, що з 77 студентів 22 обрали інтерактивні лекції як найприйнятніший метод навчання; 16 – невелика групова дискусія; 20 – обрали метод проблемного навчання; 10 – вважають за краще демонстрацій на моделях. Лише 1 студент віддав перевагу односторонній лекції як найкращій методиці викладання [2]. Схожі дослідження проводилися в Рівненській медичній академії, де доведено високу ефективність і продуктивність навчального процесу зі застосуванням електронного освітнього ресурсу. Залежно від предмету показник якісної успішності студентства був покращений на 16–18 % [3]. Наразі в Україні основні курси наук медичної галузі викладаються у форматі лекцій, тобто пасивного навчання. Аудіовізуальні інструменти є ключовими елементами, що використовуються у цьому традиційному методі навчання. Також отримані знання мають закріплюватися та оцінюватися на аудиторних, практичних та семінарських заняттях.

Зрозуміло, що одного разу прослухати лекцію недостатньо для якісного запам'ятовування, тож для покращення пасивних методів можна записувати відеолекції або презентації з аудіосупровідом, які можна розмістити на комп'ютерах бібліотеки навчального закладу або навіть викласти на YouTube або сайт університету (коледжу, академії). Одним із найважливіших методів у медицині є кейс-метод. Він обов'язково має застосовуватися під час навчання методів, адже саме він при аудиторній роботі розвиває ситуаційне клінічне ми-

слення. Структуровані кейси можна використовувати для підготовки студентства до тестів (ЄДКІ, IFOM та інші) [6]. При навчанні дуже важливо отримувати фідбек від студентства та корегувати методи залежно від потреб поточної групи [1]. Також для розвитку клінічного мислення та безпосередньо практики без залучення пацієнтів та пацієток є симуляційні методи [5]. Вони є передовими, але вимагають відповідного забезпечення, а отже й фінансування.

#### **Перелік використаних джерел:**

1. ABC of learning and teaching in medicine. London: BMJ, 2003. 60 с.
2. Asif Bhalli M., Sattar A., Asif M. Teaching strategies; perception of medical students, used in basic sciences years. *The Professional Medical Journal*. 2016. С. 1–6.
3. Shtrimaitis O., Fylypiuk O., Nesteruk T., Myalyuk O., Sadovnik O. Важливість використання електронного освітнього ресурсу для якісного освітнього процесу. *Медична освіта*. 2019. № 2. С. 47–50.
4. Методика викладання профілактичних програм. URL: <http://multycourse.com.ua/ua/page/19/69#2>. (дата звернення: 01.10.2019)
5. Симуляційне навчання в системі підготовки медичних кадрів / ред. В.Д. Марковський, Л.В. Фоміна, С.О. Краснікова, Ж.І. Логвінова. Харків: ХНМУ, 2016. 188 с.
6. Сокол О.М. Urgent Problems of Science and Practice in the XXI Century. *Collection of Conference Papers of International Scientific-Practical Conference*. Centre for Scientific and Practical Studies. 2015. P. 55–59.

## **РОЗВИТОК СТУДЕНТСЬКОЇ НАУКИ В МЕДИЧНИХ УНІВЕРСИТЕТАХ**

*Пелих І.М., Єрмоменко Г.В., ХНМУ, Харків*

У медицині в останній час залишається багато невирішених питань щодо лікування та профілактиці. Більшість мікроорганізмів адаптувались до лікарських засобів, які застосовувалися при лікуванні в недавньому минулому, тому існує потреба у створенні нових лікарських препаратів які зможуть подолати бактерію чи вірус. Розвиток хімічної промисловості спричинив почастищення проявів алергічних реакцій з атиповим перебігом. Спостерігається підвищення кількості вроджених хвороб, більшість з яких мають хронічний перебіг і лікування є лише симптоматичним. Тому задля вирішення даних проблем необхідно розвивати науку, особливо серед студентства [1; 4]. За даними Міністерства освіти і науки України – на 2017 рік кількість молодих вчених збільшилось більше ніж на 2000 осіб. Основні напрямки національної науки являються розробки у сфері оборони та безпеки держави, дослідження в сфері нових технологій, а також досліди щодо створення нових лікарських препаратів і модернізація різних методів діагностики та лікування [2].

Основними формами наукової діяльності у вищих навчальних закладах являються: науково-дослідна робота, творча діяльність, а також організація та участь в організаційно-масових заходах, що мають регіональний, державний або міжнародний характер [3;5]. Основними напрямками наукової роботи серед молодих вчених нашого університету є створення інноваційних медичних технологій, які намагаються створити натільні медичні пристрої та оптимізувати використання електронних карток пацієнтів, проводяться досліді в таких напрямках медицини, як трансплантологія, імунологія, хірургія [2; 6].

Актуальною проблемою яка гальмує розвиток медичної науки серед студентів – недостатнє фінансування, саме через це студенти втрачають інтерес до науки та не бажають нею займатися. Дослідники, які вже почали працювати, припиняють свою діяльність через недостатню кількість коштів для проведення дослідів і небажання боротись з перешкодами, які достатньо сильно обмежують можливості науковця у проведенні тих чи інших дослідів [1;5].

Було проведене опитування серед 84 студентів 3 курсу Харківського національного медичного університету (ХНМУ) аби визначити чи є в них бажання займатися науковою діяльністю. Результати були такими: 67 % осіб – бажають займатись науковою діяльністю (особливо, проведення експериментальних досліджень), 5 % – не бажають займатись дослідницькою роботою, та 28 % – ще не визначились. Таким чином, більшість студентства ХНМУ бажає займатися науковою діяльністю, але не можуть знайти свій напрямок розвитку та не знають яким саме розпочати свою діяльність. Молоді науковці які вже почали працювати, шукають інвесторів для проведення дослідів, у більшості випадків інвесторами являються іноземні компанії, що своєю чергою приводить до виїзду українських учених за кордон. В медичних університетах України є багато талановитої молоді якій потрібний лише поштовх для подальшого розвитку.

#### **Перелік використаних джерел:**

1. Дубогай О.Д., Завацькій В.І., Короп Ю.О. Методика фізичного виховання студентів, віднесених за станом здоров'я до спеціальної медичної групи: навчальний посібник. Луцьк: Надстір'я, 1995. 220 с.
2. Козіброда Л.В. Особливості застосування специфічних засобів фізичного виховання для дітей, що мають відхилення у стані здоров'я (на прикладі дошкільних закладів Львова). *Актуальні проблеми розвитку руху «Спорт для ВСІХ» у контексті Європейської інтеграції України*: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. Тернопіль, 2004. 385 с.
3. Вороненко Ю.В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. Київ: Укрмедкнига, 2000. 680 с.
4. Васкіс Е. Медико-соціальні аспекти здоров'я населення: навчальний посібник. Київ: ЄУ, 2003. 491 с.
5. Радиш Я. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування: монографія. Київ: УАДУ, 2001. 360 с.
6. Хоменко Я.С. Хвороби ХХ століття. Київ: Знання, 1999. 218 с.

## ФОРМИ ЗАЛУЧЕННЯ СТУДЕНТІВ ДО НАУКОВОЇ РОБОТИ НА КАФЕДРІ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ

*Ткаченко В.Г., Граділь Г.І., Соломенник Г.О., ХНМУ, Харків*

Взаємозв'язок медичної науки, освіти та практики – необхідна умова успішного розвитку кожної з цих галузей для досягнення спільної мети – розробки, впровадження та застосування ефективних методів лікування, діагностики і профілактики. Співпраця науковців, лікарів, викладачів вишів зі студентською молоддю є корисною для кожної сторони такої співпраці. Взаємна користь від такої співпраці очевидна. Науковець і викладач реалізує свої освітні та наукові цілі, студент, долучаючись до наукової роботи, розширює власні знання з певного напрямку медицини, здобуває свій перший досвід молодого вченого, нагромаджує спеціальні знання та вміння, які знадобляться йому незалежно від обраного в майбутньому напрямку діяльності в медицині. Отже, залучення студентства до наукової співпраці через різні види науково-навчальної роботи є доцільним і взаємокорисним.

Нині форми сучасної медичної наукової діяльності урізноманітнилися і представляють собою чималий спектр напрямів, засобів, методів і підходів, вибір яких залежить від категорії та суті досліджуваного питання, наявної матеріально-технічної бази закладу освіти, рівня підготовленості та характеру очікувань студента, його бачення себе у професії медика у майбутньому. У будь-якому разі виконання наукової роботи студентом має для нього насамперед пізнавально-навчальне значення. Залучення студентства до виконання наукової роботи у співпраці з науковцями, викладачами й лікарями задля вирішення проблемних питань клінічної та теоретичної медицини – це гуманітарна місія всіх, хто долучається та працює в науково-освітній та медичній сфері.

З огляду на вищезазначене вважаємо ефективними наступні шляхи та форми залучення студентської молоді до наукової роботи на кафедрі інфекційних хвороб Харківського національного медичного університету. Виконання науково-дослідних робіт кафедри (патентно-інформаційний пошук, огляд літератури з досліджуваного питання, набір клінічного чи патоморфологічного матеріалу, обробка, аналіз і формулювання отриманих результатів дослідження). В результаті студенти здобувають вміння користуватися науковими виданнями та знаходити необхідну інформацію в наукових базах даних, вчать опрацьовувати рукописи архівних матеріалів та історії хвороби, оформляти протоколи обстеження пацієнтів, опановують статистичні методи обробки інформації. Під час огляду та клінічного обстеження пацієнтів студенти засвоюють теоретичні знання та практичні навички в контексті конкретно поставленого завдання з теми наукової роботи, поглиблюючи або здобуваючи таким чином знання з певного напрямку медицини. Водночас викладач може залучати студентів до роботи з оформлення навчальних виписок з історій хвороб, виготовлення наглядного

навчального матеріалу (схеми, таблиці, фотоматеріали, презентації, муляжі тощо). Представлення результатів наукової роботи у публікаціях тезах, статтях, посібниках й інших навчально-наукових матеріалах з можливістю студенту самостійно доповісти результати досліджень на наукових форумах і заходах з популяризації медичних знань, професії лікаря та науки (конференції, конкурси, брейн-ринги, КВК, стен-дап, наукові пікніки й ін.). Перевіреною роками та ефективною формою підготовки науково-педагогічних кадрів і лікарів залишається участь студентів в роботі наукового студентського гуртка кафедри. Перевіркою ефективності навчально-наукової роботи серед студентів є здобуті ними результати участі в олімпіаді з предмету «Інфекційні хвороби», перший етап якої щорічно проходить на кафедрі, а переможці приймають участь у Всеукраїнському турі.

Таким чином, на кафедрі інфекційних хвороб застосовуються різні форми наукової роботи зі студентами, метою яких є формування високопрофесійного та ерудованого спеціаліста в сфері охорони здоров'я та медичної науки.

## **MONITORING OF THE TRAINING QUALITY OF FUTURE PHYSICIANS BY MEANS OF KNOWLEDGE CONTROL IN A TEST FORM**

*Astapova Ya., Pristyuk K., KhNMU, Kharkiv*

Ukraine's healthcare branch is currently undergoing a reform process aimed at improving the availability and quality of care. The basis for the implementation of state – set priorities is, of course, the preservation and enhancement of health of the country's workforce, which is one of the main tasks of the Healthcare.

The main criterion for competitiveness of medical education is its quality. In today's world, it is a priority area of human activity, the major achievements of which has underpinned global social change. Economically developed countries always bet on education in their development strategies. A special place is occupied by the system of continuous education, which creates the most favorable conditions for the development of each person, increasing the duration of his active life, the maximum and effective use of human experience and intelligence. It is fair to say that improving the quality of higher education and its impact on economic development should become Ukraine's strategic national priority. These positions are confirmed in the legal framework of higher education, namely in the Law of Ukraine «On Higher Education» (2014).

The training of medical personnel the for consists of several strategic stages, the first of which is higher education.

European standards for quality assurance in education are:

– implementing a strategy of continuous quality improvement;



- the strategies, policy and procedures must have an official status and be accessible to the general public;
- the student assessment involves the consistent use of published criteria, rules and procedures;
- the publicity of information (qualitative and quantitative) about the training programs and qualifications, which they offer.

Equally important is the problem of quality control of the training of future physicians. Test control is one of the most common methods of controlling students' knowledge. The application of tests allows to objectively assess the level of undergraduate and postgraduate training of future doctor in a short time.

However, the use of testing has several disadvantages:

- the complexity of creating and updating a test bank;
- the high professional qualification of tests developers is required;
- probability of a random choice of the correct answer.

In the system of quality assessment of education future physicians, testing as a method of monitoring professional competence is used through the system «KROK», which allows to test knowledge and skills at different stages of training.

Therefore, the use of standardized test control of the professional training of physicians allows to improve the quality of teaching in the undergraduate and postgraduate stages, and to harmonize the domestic and foreign model of training of physicians.

## Секція 6 ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

### ІСТОРІЯ КАФЕДРИ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ, УПРАВЛІННЯ ТА БІЗНЕСУ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я ХАРКІВСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ АКАДЕМІЇ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

*Сердюк О.І., Короп О.А., Рогожин Б.А., Просоленко Н.В., Крупеня В.І.,  
Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків*

У 1926 р. в Харківському клінічному інституті для удосконалення лікарів (створеному в Україні у 1923 р.) була відкрита кафедра соціальної гігієни, основною метою організації і функціонування якої були нагальна необхідність формування нової когорти організаторів охорони здоров'я – робітників системи Робочої медицини, інспекторів окружних, міських і районних відділів охорони здоров'я, головних лікарів диспансерів і начальників медико-санітарних частин й з'явилося розуміння про необхідність їх спеціалізованої підготовки. Відповідно, у 1927 р. була відкрита кафедра організації охорони здоров'я, а з 1930 р. обидві кафедри були об'єднані в кафедру соціальної гігієни та організації охорони здоров'я на чолі завідувача кафедри проф. Я.І. Ліфшиця, яку розмістили на базі єдиного диспансеру № 3 м. Харків, що мав 38 лікувально-діагностичних відділень. Запит щодо підготовки нових управлінських кадрів і формування й розвиток нової системи управління закладами охорони здоров'я був обумовлений радикальними змінами в соціально-політичному устрої держави, й масовою націоналізацією медичних приватних підприємств. Відповідно виникало завдання управління цими кадровими, матеріально-технічними та фінансовими ресурсами, концентрація яких на той час не мала прикладів в історії вітчизняної та світової медицини. Під керівництвом проф. Я.І. Ліфшиця на кафедрі було проведено наукові дослідження щодо обґрунтування всіх рівнів. За цей час був виконаний ряд досліджень з організації роботи єдиних диспансерів і медико-санітарних частин, диспансеризації робітників і колгоспників, планування діяльності лікувально-профілактичних установ, профілактики захворювань. Крім того не залишилися поза уваги питання систематизації законодавства охорони здоров'я та формування нових підходів до історії медицини.

У 1934 р. завідувачем кафедрою став відомий фахівець в області санітарної статистики проф. А.М. Мерков, який зробив істотний внесок у розробку методик статистичного дослідження здоров'я населення, вивчення захворюваності та інвалідності, показників діяльності медичних організацій та їх оцінок. Працівниками кафедри під його керівництвом були розроблені нормативні методичні рекомендації з організації спеціалізованих установ, міських і сільських ліка-

рень. Особливе значення для науки та практичної діяльності органів управління охороною здоров'я мали наукові праці щодо розвитку методології та методики санітарної статистики, обґрунтування програм вивчення стану здоров'я населення, проведення епідеміологічних досліджень для неінфекційних захворювань. Це важливо, бо відбулася зміна форм господарчої діяльності націоналізованих у 1920-х рр. медичних підприємств – вони стали бюджетними закладами охорони здоров'я. Тому ці роботи відповідали на запит керівництва держави щодо організації діяльності виконавчих органів усіх рівнів щодо управління системою охорони здоров'я країни та її територіальними підсистемами.

За післявоєнний відбудовний період та подальші роки (1944–1971 рр.) завідувачем кафедри за сумісництвом був відомий вчений в області охорони здоров'я, ректор Українського інституту удосконалення лікарів проф. І.І. Овсієнко, який упродовж 1938–1944 рр. був міністром охорони здоров'я України. За цей час працівниками кафедри були розроблені програми вдосконалення кваліфікації керівників охорони здоров'я, розроблені й впроваджені в практику охорони здоров'я науково обґрунтовані рекомендації з організації роботи сільських дільничних лікарень, міських і спеціалізованих лікувально-профілактичних установ, з розвитку вищих медичних навчальних закладів і науково-дослідних інститутів. Колективом кафедри проведено наукові дослідження з вивчення стану здоров'я дітей молодшого віку і впливу на нього різних факторів, з захворюваності населення туберкульозом, удосконалення роботи міських багатопрофільних і спеціалізованих медичних закладів (зокрема, хірургічних, дитячих, акушерсько-гінекологічних, стоматологічних, протитуберкульозних). З дисертаційних досліджень найбільш актуальним й оригінальними були роботи І.І. Овсієнко «Організація роботи сільської дільничної лікарні», А.Ф. Коропа «Організація невідкладної хірургічної допомоги населенню м. Харків і шляхи її поліпшення», С.О. Густіліна «Досвід організації роботи центральної районної лікарні і наближення деяких видів спеціалізованої медичної допомоги до населення в сільському районі» й ін.

Значні успіхи досягнуті кафедрою за останні більш ніж тридцять років, коли з 1971 по 2000 рр., завідувачем кафедри був проф. А.Ф. Короп, який створив оригінальну й дієву Харківську школу організаторів охорони здоров'я, якою були отримані значні результати в медичній науці з розробки методології та методики сучасних комплексних соціально-гігієнічних досліджень, створення нових методів, заснованих на теорії масового обслуговування, експертної оцінки, планування, нормування, економічної оцінки, розробки комплексних програм розвитку різних видів лікувально-профілактичної допомоги й реформуванню системи охорони здоров'я. За цей період на кафедрі розроблений 26 навчальних програм, пройшли перепідготовку 13266 керівників лікарів статистиків медичних установ, 56820 лікарів інших профілів. Майже щорічно на кафедрі складались нові навчальні програми і проводилась післядипломна підготовка на нових циклах з питань економіки, бізнесу, менеджменту і маркетингу в охороні здоров'я, реформування галузі, управління сімейною медициною.

Слід підкреслити, що саме в Харківському інституті удосконалення лікарів за дорученням Міністра охорони здоров'я СРСР Є.І. Чазова вперше в Україні в 1988 р. була розроблена однорічна навчальна програма підготовки сімейних лікарів за участю 26 кафедр під науковим керівництвом кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. В 1997 р. Міністерством охорони здоров'я кафедра перейменована в кафедру соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я, а з 2000 р. від кафедри відокремилась нова кафедра – менеджменту та економіки в сімейній медицині, а в 2001 р. в академії організовано факультет менеджменту в охороні здоров'я, який об'єднав три кафедри: соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я, клінічної інформатики та інформаційних технологій в управлінні охороною здоров'я, менеджменту та економіки в сімейній медицині.

З 2000 р. кафедру соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я очолив д.мед.н., проф. О.І. Сердюк, який понад 20 років працював першим заступником начальника управління охорони здоров'я Харківської облдержадміністрації, входив до складу Координаційної ради з питань охорони здоров'я та організації медичної допомоги населенню області при облдержадміністрації, залучався Міністерством охорони здоров'я України до робочих груп з розробки нових типовим галузевих штатних нормативів, пропозицій до внесення змін в Бюджетний Кодекс України проектів нормативних документів з питань страхової, сімейної та сільської медицини.

За весь час існування кафедри підготовлено 17 докторів і 74 кандидата медичних наук. За безпосередньою активною участю її співпрацівників розроблено й впроваджено 8 комплексних програм розвитку охорони здоров'я в Харківській області – «Удосконалення системи управління охороною здоров'я»; «Покращення медичної допомоги сільському населенню»; «Розвиток недержавних медичних установ»; «Удосконалення підготовки та розстановки медичних кадрів»; «Розвиток економічних основ охорони здоров'я»; «Боротьба зі СНІДом»; «Боротьба з туберкульозом» і «Впровадження сімейної медицини».

#### **Перелік використаних джерел:**

1. Сердюк А.И., Рогожин Б.А., Тондий Л.Д., Михайлов Б.В., Роздильская О.Н. Курорт Березовские минеральные воды. История и современность: 1862–2012. Харків: Фактор, 2012 432 с.

2. Сердюк О.І., Рогожин Б.А., Просоленко Н.В., Яковлев Г.В. Досвід опрацювання умінь при підготовці спеціаліста за фахом «Організація і управління охороною здоров'я». *Сучасна післядипломна освіта: досягнення, проблеми, перспективи*: матеріали навч.-наук. конф. / під ред. О.М. Хвисюка, М.І. Хвисюка, В.Г. Марченко. Харків, 2013. С. 136–137.

3. Сердюк О.І., Просоленко Н.В., Рогожин Б.А., Крупеня В.І., Яковлев Г.В. До ювілею кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я Харківської медичної академії післядипломної освіти. *Сучасні проблеми дерматовенерології та управління охороною здоров'я*. Харків, 2016. С. 31–34.

4. Сердюк О.І., Рогожин Б.А., Бондаренко С.К., Правдін В.В. Сто двадцять років історії Дому 90 на Сумській вулиці Харкова. Харків, 2016. 432 с.

5. Хвисяк М., Рогожин Б. Харківське медичне товариство – історія. *Лікарський вісник*. 2012. Ч. 1. С. 64–72.

6. Хвисяк А.Н., Марченко В.Г., Бильченко А.В., Карпенко В.Г., Кривобок В.И., Рогожин Б.А. Девять десятилетий государственного последипломного медицинского образования в Харькове. *Международный медицинский журнал*. 2013. № 4. С. 93–95.

## **ІСТОРИК ЕПІДЕМІОЛОГІЇ: ЕДУАРД ЮЗЕФОВИЧ ГОЛЬД (1937–1995)**

*Васильєв К.К., Одеський національний медичний університет, Одеса*

Мета даного повідомлення висвітити життя й діяльність Е.Ю. Гольда, який, ще будучи студентом, захопився історією медицини і під керівництвом завідувача кафедри історії медицини доцента Ф.Ф. Бурлакова виконав свої перші наукові роботи. При викладі його біографії ми будемо спиратися на його студентську справу [1].

Народився він 28 червня 1937 р. в Одесі. Його батько Юзеф Аврамович Гольд (1907–1942) інженер-будівельник, член КПРС (з 1928 р.), в 1941 р. добровільно вступив до лав Червоної Армії, учасник оборони Севастополя, пропав безвісти в липні 1942 р. Його мама Регіна Борисівна Гольд (н. 1910 р.) закінчила Одеський індустріальний технікум. У серпні 1941 р. Едуард Гольд з сім'єю був евакуйований спочатку в Краснодар, а потім – до Ташкенту. У 1944 р. відбулася реевакуація в Одесу. Е. Гольд вступив до середньої школи № 107, яку і закінчив в 1954 р. з срібною медаллю. У 1954 р. Е. Гольд був прийнятий на перший курс санітарно-гігієнічного факультету Одеського медичного інституту (нині – Одеський національний медичний університет), а закінчив його в 1962 р. Будучи студентом, Едуард Гольд брав участь в роботі Студентського наукового товариства (СНТ) – був членом Ради СНТ; виступав з доповідями на наукових студентських конференціях ОМІ; тези його повідомлень публікувалися в збірниках цих конференцій. Це «Жизнь и деятельность проф. Н.С. Кондратьева (1887–1951)»; «Выдающийся русский патологоанатом И.Ф. Пожариский (1875–1919)» та «Материалы к истории научного студенческого общества Одесского медицинского института» [2]. Доц. Ф.Ф. Бурлаков спільно зі студентом Гольдом опублікував статтю про проф. Й.Х. Пожариського в журналі «Архив патологии» (1960. № 1) та про проф. М.І. Райського в одеській збірці (Сборник научных статей Одесского отдела Украинского общества судебных медиков. 1957. Вып. 5). Крім того студент Гольд співавтор статті про проф.

Й.Й. Мочутковського (Врачебное дело. 1962. № 8). Після закінчення інституту Е.Ю. Гольд працював в Одеській портової протичумної лабораторії МОЗ СРСР. Під керівництвом зав. кафедрою епідеміології проф. К.Г. Васильєва він підготував кандидатську дисертацію «Роль научной школы Д.К. Заболотного в развитии эпидемиологии» (1970). В 1967–1974 рр. К.Г. Васильєв очолював Українське республіканське історико-медичне товариство. У ці роки Е.Ю. Гольд був відповідальним секретарем цього Товариства. Е.Ю. Гольд автор близько 70 публікацій з історії медицини. З них чотири монографії: «Человек редкой самобытности [о Л.А. Тарасевиче]» (Кишинев, 1970; в співавторстві; книга вийшла і на молдавський мові); «А.А. Чурилина» (Москва, 1979; в співавторстві); «М.Н. Соловьев (1886–1980)» (Москва, 1982; в співавторстві); «П.Г. Сергеев (1893–1973)» (Москва, 1986; в співавторстві). Його статті присвячені Е.С. Андрієвському (Врачебное дело. 1966. № 4; Советское здравоохранение. 1972. № 3); Л.В. Громашевському (Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 1968. № 1; Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии (далі – ЖМЭИ). 1968. № 6; 1988. № 7; Вопросы вирусологии. 1987. № 5; та ін.); Д.К. Заболотному (Здравоохранение Туркменистана. 1966. № 12; Советское здравоохранение. 1971. № 11; Гигиена и санитария. 1972. № 9; та ін.); Й.Й. Мочутковському (Советское здравоохранение. 1971. № 3); М.М. Соловйову (ЖМЭИ. 1971. № 8; ЖМЭИ. 1976. № 4); Л.О. Тарасевичу (ЖМЭИ. 1968. № 10; та ін.). Наприкінці 1980-х рр. Едуард Юзефович Гольд з сім'єю емігрував до Ізраїлю, де в 1995 р. помер.

#### **Список використаних джерел:**

1. Архів Одеського національного медичного університету. Д. 1813. 54 л.
2. Студенческая научная конференция Одесского государственного медицинского института им. Н.И. Пирогова. Тезисы докладов. 22–24 апреля 1956 г. Одесса, 1956.

## **МЕДИЧНІ ДОСЛІДИ З УЧАСТЮ ТВАРИН ЯК СКЛАДОВА ОСВОЄННЯ КОСМОСУ**

*М'якіна О.В., ХНМУ, Харків*

12 квітня 1961 р. Юрій Гагарін першим опанував Космос. Але першими за межами атмосфери побували тварини. Деякі з них повернулись назад, деякі залишились там назавжди. Наприкінці 1940-х рр. лікарі вже були знайомі з реакцією організму людей та тварин на перевантаження, вібрації, шум й інші фактори польотів на літаках. Але дані про біологічну дію невагомості вони не мали. Біологічні експерименти на вітчизняних ракетах почали НДІ авіаційної медицини в 1951 р. Об'єктами дослідження стали миші та криси. Згодом учених

зацікавили собаки, які легко піддаються дресурі, швидко пристосовуються до незвичних умов і достатньо спокійно при фіксації. Перевагу було надано дворнягам (з першого дня йде боротьба за виживання й вони краще переносять стреси). Восени 1950 р. 32 відібрані собаки приступили до тренувань. Перший їх запуск суборбітального польоту відбувся з полігону Капустин Яр в червні 1951 р. Ракета з двома піддослідними, самими спокійними й тренуваними членами загону, піднялась на 88 км. Коли двигун відключився, головна частина з тваринами відокремилась, і через 15 хв. парашут опустився біля стартового майданчика. Обидві собаки за своїми показниками почували себе добре. Це означало, що живі істоти можуть переносити подібний політ, передусім – перевантаження й короткочасну нерухомість. Мало місце ще чотири запуски з іншими дворняжками. У ході подальших експериментів проводились роботи по безпеці тварин в скафандрі при розгерметизації кабіни та катапультивання. Перший запуск по цій системі було здійснено улітку 1954 р. Тварини перенесли політ і катапультиувались благополучно. У рамках серії пройшло ще 9 стартів. З 12 собак – загинуло 5. Було прийнято рішення про запуск «Супутника». В Космосі собаки мали бути декілька днів. Ученим потрібно було передбачити їхню здатність переносити нерухомість, вібрації, перевантаження під час злету та температурні перепади. Для реєстрації дані фізіології було розроблено апаратуру, яка реєструє, частоту дихання, кров'яний тиск, знімала ЕКГ і температуру тіла. Було створено автомат годівлі та розроблено раціон харчування. Установили межу їх вагу в 6–7 кг. Відбір вівся з розплідника для бездомних тварин. Звертали увагу на білий окрас (цей колір краще виглядав на ТВ), потім проводили відбір: з 10 собак три претендували на перший космічний політ; відібрали Лайку.

На космодромі Лайку сажали на декілька годин в кабіну, де вона звикала до майбутнього польоту. Почалась підготовка до посадки на супутник. 03 листопада 1957 р. з Байконуру стартувала ракета з штучним супутником Землі. На старті собаче серце забилося зі швидкістю 260 уд./хв., що утричі вище норми. Коли апарат вийшов на орбіту, радіосигнали дали знати, що перша мандрівниця потрапила до Космосу живою. Проте, попри перевантаження, опинившись у невагомості, фізіологічні дані повернулись до норми. Усіх цікавило, чи повернеться Лайка на Землю. Але через декілька днів згадки про політ узагалі зникли із зведень. Лише на восьмий день після запуску ІА повідомило світу, що радіосигнали з супутника перестали надходити. Насправді, поінформовані науковці наперед знали, що Лайка полетить лише в один бік. Було розраховано, що собака проживе на борту тиждень. Саме на цей строк і передбачені запаси харчів і кисню. Але в невагомості Лайка була жива упродовж 4 витків навколо Землі. Через помилки розрахунків площа апарата й відсутність системи терморегулювання, за цей час температури піднялась до 40 °С. Собака померла від перегріву й стресу. Сам же супутник з мертвою собакою здійснив ще 2570 витків навколо Землі, потім згорів в атмосфері 4 квітня 1958 р.

Після цього головним конструктором було поставлена задача – підготувати собак для добового польоту з можливістю повернення в апараті, що спускається. Відібрали 12 тварин і лише самок (для них простіше було розробити пристрій для асенізації – туалет). Окрас все той же – світлий. В липні 1960 р. з Байконуру стартувала ракета с двома тваринами. Проте через аварію першої ступені ракети-носія запуск закінчився невдачею – тварини загинули. Після катастрофи, було прийнято рішення про запуск собак-дублерів Белки та Стрілки. 19 серпня 1960 р. зі стартового комплексу № 1 було здійснено успішний запуск корабля на орбіту. На його борту відправили цілий звіринець: 2 собаки, 2 мишей, 2 криси, в 15 колбах находились мухи-дрозофілі, а також рослини й деякі види мікробів. В польоті реєструвались частота пульсу, дихання, артеріальний тиск, ЕКГ, ФКГ (тони серця), рухова активність тварин і температура тіла. На наступний день було дано команду на запуск циклу спуска. При візуальному огляді було видно, що Білка та Стрілка почували себе добре. Учені були отримані унікальні наукові дані про вплив факторів космічного польоту на фізіологічні, біохімічні, генетичні та цитологічні системи тварин і рослин. Але дослідників насторожив фізіологічний стан Білки, яка після четвертого витка стала украй неспокійною, билась й намагалась звільнитися від кріплення. Зроблено висновки про необхідність обережного підходу до питань планування майбутнього польоту людини в Космос. Прийнято рішення обмежити політ першої людини мінімальною кількістю витків (Білка фактично визначила одновитковий політ першого космонавта Ю. Гагаріна). Собаки провели в космосі 25 годин і повернулись на Землю знаменитостями. Новина про вдалий політ облетіла весь світ. Легендарні «першопрохідці» одразу ж стали знаменитими. За весь період експериментів (до весни 1961 р.) було запущено 29 носіїв з тваринами. В польотах приймали участь 48 собак. Деякі з них успішно літали по два, три и навіть чотири рази. Космос же освоювали – дев'ять. Однак експерименти не завжди закінчувались вдало: за цей час загинуло двадцять собак. «Догнати й перегнати Лайку!» – так сформулювало задачу американська космічна агенція, яку було створено в 1958 р.

Шлях на орбіту людини мали продовжити його найближчі родичі – мавпи. До цього часу вони літали на ракетах уже десять років. Перша макака – резус (зрештою, загинула) відправилась до верхніх шарів атмосфери в 1948 р. на німецькій балістичній ракеті ФАУ-2. Багато мавп загинуло, так и не відірвавшись від Землі. Перша «мавпа-астронавт» пережила політ в космос, який відбувся наприкінці 1958 р., проте зустріла свою смерть на дні Атлантики. Тут особливу увагу було приділено вивченню обміну речовин – надходженню кисню до тієї чи іншої ділянки організму и до коре мозку. Окрім двох самців макак літали тритони, комахи та рослини.

В процесі підготовки з'ясувалось, що мавпи освоюють «космічні завдання» всього за 2 місяця і де в чому переважають людей. На борту ракети, запущеної в 1959 р. на висоті 500 км, знаходились одразу два «космонавта» – мавпа



та макака. Необхідно було перевірити, чи спроможна жива істота використати засвоєні на Землі навички в умовах космосу.

У першій половині 1960-х космічні дослідження на живих істотах перестали бути прерогативою провідних країн: в 1963 р. французи відправили в космос кішку, а через три роки – китайці запустили ракети з собаками на борту.

Радіаційний ризик вважається одним з найбільш істотних в міжпланетних мандрях. При підготовці до польоту на Марс, учені збираються опромінювати мавп і на них вивчити довгострокові наслідки космічної радіації. Планують також запустити на орбіту мишей, де на них упродовж п'яти тижнів буде діяти сила тяжіння Червоної планети – втричі менше земної. Жаби першими з хребетних побували в космосі, запускають мух-дрозофіл і равликів.

У рамках «місячної програми» дослідження передбачали вивчення впливу перевантажень при поверненні з другою космічною швидкістю і, як радіаційна обстановка на місячному шляху позначиться на живих організмах. В космос вирішили відправити середньоазійських степових черепах: їм не потрібно великого запасу кисню, вони можуть півтори тижні нічого не їсти й тривалий час знаходиться ніби то як в летаргічному сні.

Упродовж 20 років з початку будівництва вітчизняних важких космічних станцій і МКС тварини живуть в космосі разом з космонавтами на борту. Мишей, равликів, ящірок і тарганів, які побували в космосі, й повернулися в 2005 р. на Землю, приспали, щоб спеціалісти могли вивчити їх органи на благо науки. Контейнер з бактеріями було відправлено в космос американцями. В 2010 г. дві черепахи здійснили успішний політ на ракеті, запущеній Іраном. В Парижі, у пам'ять про тварин, які віддали своє життя в ім'я науки, в 1958 г. споруджено гранітну колону. Її вершину вінчає спрямований вгору супутник, із якого виглядає кам'яна мордочка Лайки – першої космічної мандрівниці.

Результати експериментів з тваринами й рослинами, що проводяться нині на борту орбітальної станції, будуть у нагоді майбутнім міжпланетним експедиціям. На сучасному космічному кораблі до Марса летіти слід практично пів року, стільки ж назад. Весь цей час космонавти повинні чим-то харчуватися. Звісно, у них буде багато консервів і сушених продуктів, а фрукти та овочі будуть вирощуються в космічних оранжереях. Поки ще точно невідомо чи є життя на інших планетах. Воду знайдено на Марсі, супутниках Юпітера та Сатурна. Відтак, там можливе й життя, а тим можуть перебувати тварини. Перш ніж з планетами зустрінуться космонавти, ми повинні дізнатись про те, як земні тварини та рослини ведуть себе в космосі. Тому останні ще не раз будуть літати туди, а підкорювачі – радувати нас новими відкриттями.

#### **Перелік використаних джерел:**

1. Рогозин Д. Полеты животных в космос. *Вселенная, пространство, время*. 2007. Вып. 9. С. 26–29.
2. Голованов Я.К. Лайка – космонавт № 1. Москва: Известия, 1986, С. 152–160.
3. Яздовский В.И. На тропах Вселенной. Москва: ГНИИИА и КМ, 1990.

4. Уманский С.П. Геофизические ракеты. Космодром Капустин Яр. Ракеты-носители, космодромы. Москва, 2001. С. 34–39, 122–126.
5. Карпицкая Д. Рассекреченная Лайка. С. 34–37, 54–58.
6. Розовская Л. Животные в космосе: проложить путь человеку. С. 78–98.
7. Лайка – первый космонавт планеты: космическая энциклопедия. С. 124–126.

## **ПРОФЕСОР МЕДИЦИНИ І.П. СКВОРЦОВ: ФАКТИ БІОГРАФІЇ ТА НАУКОВА СПАДЩИНА**

*М'якина О.В., Мамон М.О., ХНМУ, Харків*

Скворцов Іринарх Поліхронійович народився у 1847 році в сім'ї священика. Спочатку навчався в духовно-навчальному закладі в Самарі. У 1865 році став вільним слухачем медичного факультету Казанського університету. Після того, як склав іспит в гімназії та отримав атестат, став студентом цього факультету. В березні 1871 року закінчив навчальний заклад. Лікар бере участь в боротьбі з епідемією холери й лікує. Протягом двох років був стипендіатом з підготовки до професорського звання на кафедрі фізіології та гігієни медичного факультету Казанського університету. За цей період склав іспит на доктора медицини, захистив дисертацію в медико-хірургічній академії (під керівництвом А.П. Доброславіна). З 1875 р. – штатний доцент кафедри гігієни в Казані. З 1879 по 1882 рр. працює старшим лікарем усіх богоугодних закладів Казанського губерньського земства, працюючи водночас доцентом університету та директором земської фельдшерської школи. В 1885 р. І.П. Скворцова перевели екстраординарним професором тієї ж кафедри Варшавського університету.

Приїзд професора І.П. Скворцова до Харкова співпав з переходом гігієнічної лабораторії до нового приміщення (до цього був тільки «кабінет гігієни»). Це була окреме приміщення, збудоване для студентського гуртожитку. При розподілі коштів на лабораторії та кабінети медичного факультету дало можливість купити новий інвентар, різні матеріали, створити солідну спеціальну бібліотеку. З 1885 р. він був ординаторним професором у Харківському університеті. Викладання лекцій з гігієни вченим велося 4 години на тиждень для студентів 4 курсу. Для практичних занять було виділено 2 години на тиждень. Професор Скворцов І.П., окрім медичної (санітарної) гігієни, викладав епідеміологію, епізоотологію та ветеринарну поліцію. Кожен студент мав пройти практичний курс протягом року. Він мав дослідити себе з антропологічної, буденної сторони та своє житло. Практично ознайомитися з методами дослідження властивостей повітря, води, молока, які є найбільш важливими з точки зору гігієни. Свої спостереження кожен студент вносив до «Записних книжок», яких було всього 4. На заліку професор продивлявся цей матеріал і робив свої зауваження. Для полегшення роботи студенти отримували «Пам'ятну книжку», яка містила

короткий план і способи дослідження. Протягом своєї 30-річної викладацької діяльності Іринарх Поліхронійович, допомагав не тільки кафедри, а й університету. Крім основної роботи читав зоогієну в Харківському ветеринарному університеті. У 1887–1894 рр. викладав професійну гієну в Харківському технологічному інституті. Брав участь у публічних курсах в Казані та Харкові, викладав гієну вчителям церковно-приходських шкіл Харківської єпархії та земських шкіл Самарської губернії. В 1900 р. І.П. Скворцов отримав звання заслуженого професора. З 1906 р. він вийшов у відставку й починає працювати професором гієни у Київському університеті. Він їздив усією країною, що допомогло йому зібрати багато цікавого матеріалу про медико-санітарний стан і написав детальний звіт й нариси про умови праці на різних підприємствах.

І.П. Скворцов виступив з проектом реформи медичної освіти, запропонувавши протягом чотирьох років здобувати загальну медичну освіту, а наступні два роки – проходити спеціалізацію з судової медицини, гієни та лікувальної медицини, після цього велася клінічна підготовка. Він першим у світі запропонував метод тканинних культур, є автором більше 150 робіт, в яких висвітлено дуже багато різних тем. Основна спрямованість – це вивчення впливу фізичних, хімічних, біологічних чинників на здоров'я людини. Показав себе як універсально мислячий вчений, про що говорять назви робіт: «Динамічна теорія», «Сили Землі», «Нова теорія створення світу» та інші. За редакцією І.П. Скворцова було видано працю «Медичний факультет Харківського університету за перші 100 років існування». Розробив теорію, що життя як єдине ціле людини й довкілля. Тому він розглядав гігієнологію, науку, про природне середовище, й гігієну – науку про штучне середовище, створене людиною. Він вивчав комплексно людину й довкілля у їхній взаємодії між собою, а також мінеральні джерела, які приносять користь тоді, коли безпосередньо знаходишся біля них. Був прибічником розвитку історії медицини, склав програму курсу з нового предмету. Вчений зробив великий внесок у військову гігієну, розробивши перший посібник з військово-польової гігієни. За це його було нагороджено премією. Професор Скворцов видавав посібники для народу, причому вони були написані мовою, зрозумілою народові. Також посібники були адаптовані до умов тогочасного життя людей. Наслідком було те, що люди ставали більш освіченими, намагалися дотримуватися санітарних норм. Вчений вказував, де саме мають бути розташовані будівлі, аби не засмічувати навколишнє середовище. Його турбувало життя людей, які жили у містах, адже саме там люди хворіли найбільше, були великі показники смертності. Він вважав, що в тому, що вмирають люди, винні вони самі, адже псують воду, ґрунт і повітря.

#### **Перелік використаних джерел:**

1. Жаботинський В.М. І.П. Скворцов – видатний гігієніст. *Праці Харківського медичного інституту*. 1958. Вип. 46. С. 67–76.
2. Медичний факультет харківського університету за перші 100 років його існування / під редакцією проф. І.П. Скворцова та Д.І. Багалея. Харків: Видво «Сага», 2011. С. 79, 128, 154–156, 269–271.
3. Скворцов І.П. Про розширення викладання гігієни в університетах і про ведення її в програму інших навчальних закладів. *Лікарські відомості*. 1883.

## ВКЛАД П.І. ШАТІЛОВА В ХАРКІВСЬКУ ТЕРАПЕВТИЧНУ ШКОЛУ (ДО 150-РІЧЧЯ З ДНЯ ЙОГО НАРОДЖЕННЯ)

*М'якина О.В., Федірко А.П., ХНМУ, Харків*

Петро Іванович Шатілов народився 4 жовтня 1869 р. в слободі Казацькій, Старооскольського уїзда, Курської губернії. Походить із сім'ї спадкових дворян. Гімназію закінчив з медаллю. З 1890 по 1895 рр. – студент медичного факультету Харківського імператорського університету. Будучи ще на перших курсах, звернув на себе увагу професури. Він поглиблено вивчав окремі дисципліни: патологічну анатомію, гістологію й топографічну анатомію під керівництвом відомих професорів. Ще студенту, йому наполегливо рекомендували присвятити своє життя науковим медичним дослідженням. Під час усіх літніх канікул працював екстерном і фельдшером при Старооскольській лікарні. В 1892 р. завідував фельдшерською дільницею в слободі Казацькій під час епідемії холери.

В роки навчання П.І. Шатілов проживав на квартирі у В.С. Досекіна, де господар був кращим фотографом імперії (фотографував П.І. Чайковського й членів імператорської родини), в домі бували художники, артисти й письменники. Жив у них й знаменитий художник В. Серов. Одружившись на доньці Досекіна (Марії), Петро Іванович в якості приданого отримав багату садибу на околиці Харкова. З 1895 до 1903 рр. Шатілов працював в якості екстерна, потім – асистента при клініці госпітальної терапії. В 1902 р. захистив дисертацію на степінь доктора медицини, й отримав звання приват-доцента, почав читати студентам «Курс клінічних методів дослідження». В 1904 р. Петро Іванович зайняв посаду понадштатного асистента в факультетській терапевтичній клініці Харківського університету. Для поповнення знань і знайомства з європейською медициною П.І. Шатілов, їде в Париж працювати в фізіологічній і патологічній лабораторіях. Тут він вивчає обмін речовин в організмі, імунітет, бактеріологію й найбільш нові методи діагностики. Працював і в бактеріологічному інституті професора Колля й за його дорученням керував науковою роботою окремих стажерів. Займався епідеміологією зоба, вперше вияснив придатність реакції Вассермана. Молодим ученим були підготовані схематичні рисунки при розробці Ерліховської теорії, які були прийняті в якості демонстрації на лекціях в університетах Німеччини та Швейцарії, а потім розміщені у відомому керівництві Колля. П.І. Шатілов працював і в лабораторіях Швейцарії та Берліна.

Повернувшись через чотири роки до Харкова, його обрано професором кафедри діагностики з пропедевтичною терапевтичною клінікою. В 1912 р. учені вперше застосовано вакцинацію проти порожнинного тифу. По доносу, через проведення експерименту без офіційного дозволу, П. Шатілова звільняють від завідування кафедрою й відряджають до Франції. В Парижі професор приймає участь в Першому міжнародному конгресі лікарів зі порівняльної патології й робить дві доповіді: вивчення протитифозної вакцини, індивідуальний

підхід до хворих при діагностиці захворювань. В січні 1913 р. повертається до Харкова з міжнародним визнанням і знову приступає до завідування пропедевтичною терапевтичною клінікою університету. При створенні в Харкові Жіночого медичного інституту, П.І. Шатілов було обрано керівником кафедри діагностики й пропедевтичної терапевтичної клініки. В 1914 р. завідує кафедрою факультетської терапевтичної клініки. Від початку Першої світової війни його відряджають в якості консультанта на передову для вивчення еритематозного тифа. З 1917 р. Петро Іванович виконує обов'язки завідувача кафедрою факультетської терапевтичної клініки університету, а потім – завідувача дитячою клінікою. Незабаром П.І. Шатілов очолює комісію медичного факультету по вивченню висипного тифу, а потім комісію Харківського губерньського відділу охорони здоров'я по боротьбі з цією патологією. Проводячи огляди ув'язнених хворих, Петро Іванович заразився тифом і 13 травня 1921 р. помер. Професор заповів передати свій посмертний скелет в анатомічний музей, мозок – університету, а нутрощі – патолого-анатомічному інституту. Було вирішено вивезти його портрети в залах медичного суспільства, присвоїв його ім'я терапевтичній клініці й клопотати про пенсію для родини.

Петро Іванович Шатілов вніс значний внесок в науку. Він є автором 31 праць з питань діагностики й терапії, мікробіології та епідеміології, проблемам імунітету, антропології та рентгенології. Особливе значення мають його класичні роботи по перкусії та аускультатії серця, про пульс і ритми серця. Професор Шатілов увійшов в історію медицину, як видатний клініцист та учений, основоположник своєї терапевтичної школи, уперше застосував в Російській імперії протипорожнинно-тифозну вакцину. Він впровадив в клініку й бактеріологічну лабораторію методи діагностики. Будучи прихильником ідеї цілісності організму, основою судження про хворого вважав клінічні спостереження.

Проте саме ім'ям клініциста не названі вулиці, воно не згадується і в почесному переліку медичних світил, а будинок на вулиці Миросицькій, 57, в якому жив лікар, не «обтяжений» меморіальною табличкою. Залишилась лише Шатіловка («Шатілова дача»), стихійно отримавши цю народну назву.

#### **Перелік використаних джерел:**

1. Медицинский факультет Харьковского университета за первые 100 лет его существования (1805–1905) / под ред. И.П. Скворцова, Д.И. Багалея. Харьков: Изд-во Сага, 2011. С. 156–158, 166, 180, 189, 324.

2. Коган-Ясный В.Я. Сборник статей, посвященных памяти профессора П.И. Шатилова. Харьков, 1922.

3. Коган-Ясный В.М. Петр Иванович Шатиллов. *Врачебное дело*. 1946. № 5. С. 32–33.

4. Фурсов Н.З. К 25-летию со дня смерти П.И. Шатилова. *Врачебное дело*. 1946. № 5. С. 24–25.

5. Воронов Я.К., Гринбанд Н.М. Жизнь и творчество П.И. Шатилова. *Врачебное дело*. 1951. № 11. С. 17–18.

6. Голик Г.Х. Профессор П.И. Шатиллов – создатель самобытной русской терапевтической школы. *Клиническая медицина*. 1956. № 8. С. 18–23.

## HIPPOCRATES OF THE SCYTHIANS

*Martynenko N., KhNMU, Kharkiv*

Hippocrates was the first scholar, who defined and described from the scientific point of view the influence of natural factors on the pathology formation [1, p. 19]. In his notable treatise «On Airs, Waters and Places» Hippocrates left valuable information about the Scythians. He wrote that in Europe there was Scythian commonalty settled the country next to the Meotian Lake (the Sea of Azov). This people differed a lot from other nations. Their women rode horses, shoot from bows, and threw spears. They kept virginity until the killing of three enemies. Girls did not have a right breast, because in the infancy mothers put red-hot copper instrument on it for the prevention of its growth and accumulation of full strength in the right humerus and arm. After Hippocrates, the Scythians were nomadic tribes, and they did not build houses. They lived in felt wagons with 4 (6) wheels, which protected them from rain, snow and wind. The wagons were pulling by two or three pairs of hornless bulls. Women and children spent their life in those wagons, men were riding horses. They were followed by herds of sheep, cows and horses. They stayed at the same place until there was enough food for their cattle, and when the last one was missing, they moved to another country. The Scythians ate boiled meat, drank mare's milk, and consumed hippacus (horse cheese).

Hippocrates paid the attention on the feeding of the Scythians. He wrote that this people ate the same food in summer and in winter, wore the same clothes, drank melt water, and did not do any physical exercises. Hippocrates made the conclusion that because of such lifestyle Scythians were thick, fleshy, moist and weak. Obesity made male and female bodies similar. Obesity and horse riding caused problems in sexual life and fertility.

Hippocrates considered that bloodletting used by the Scythians for treatment of joint pain, resulted male impotence.

Moreover, Hippocrates emphasized that excess riding led to sciatica and podagra. For the sexual relations they were completely unsuitable.

It is interesting fact, that after Hippocrates the Scythians were sure that the causes of sexual disorders happened because of anger of gods.

### **References:**

1. Чикин С.Я. Врачи философы. Москва: Медицина, 1990. С. 19.
2. Гиппократ. Избранные книги / пер. В.И. Руднева. Москва: Биомедгиз, 1936. Кн. 1. С. 297–302.
3. Опарин А.А. История Древней и средневековой медицины. Харьков: Факт, 2017. С. 264–267.

## HISTORICAL EXPERIENCE OF COMBATING ALCOHOLISM IN SWEDEN

*Martynenko N., KhNMU, Kharkiv*  
*Tewolde Vincent, Stockholm University, Stockholm (Sweden)*

Sweden accumulated rich experience in the sphere of fighting with alcoholism. Situation was dramatic, because since 1788 full freedom of distilling and potatory trade had been held. By 1829 there were 173,124 distilleries and approximately each village had tavern. Drunkenness achieved the top in the middle of 19<sup>th</sup> century. Annual alcohol consumption per capita was 34 liters. Some laws aimed changing of this situation, were adopted after 1835. The number of distiller plants was shortened up to 43,947 by the 1850, and per capita annual alcohol consumption decreased nearly twice. In 1855 home-made alcohol production was forbidden. In five years, in 1855, the number of distillery plants had been reduced to 3,481, and per capita annual alcohol consumption decreased from 22 liters to 9,5 liters in 1865 per capita. There were other measures for the limitation of potatory trade that started to depend on the permission of the community and local government; more than that the value of patents was increased and the attention was paid to increasing of the moral qualification of shop-assistants. However, personal benefits encouraged sellers to spread of alcohol consumption. This led to the realization of the need to remove drinking trade from the hands of interested parties and thereby deprived it of the character of profit.

In 1865, in Gothenburg, a pastor-philanthroper Peter Wieselgren established "The Gothenbourg Joint Stock Company". The new system of combating alcoholism took the name of this company. The main principle of this company was spending of profits on the welfare of the population. The Gothenbourg Joint Stock Company got potatory monopoly and from the very beginning it started to reduce the number of taverns from 72 to 19 in 1885; the rest of pubs had spacious good premises; selected contingent of trustworthy sellers, who earned sufficient salary; the sale of alcohol on credit and on bail was strictly prohibited. It was forbidden to sell of alcoholic drinks to drunken visitors as well as young people under the age of 18. Moreover, the sale of alcohol could be denied for adults, known for their drunken behaviour, at the request of their relatives. Due to the fact that according to the experience, people were more likely drank on an empty stomach, much attention was paid to the sufficient amount of food supplies, dishes and soft drinks in every drinking establishment, to the rate approved by the society; their successful sale was ensured because all profits from the sale came in the personal favour of sellers.

In addition to the desire of limitation and streamlining of the consumption of alcoholic beverages, the society set the goal of contributing to everything that could distract the population from the desire to use alcohol: it arranged several extensive dining rooms and several large reading rooms, where everyone could find a significant selection of books, newspapers and magazines and got for a small fee healthy,

soft drinks. Each drinking establishment had a choice of magazines and newspapers, which were available to everyone every day until 10 pm, while the sale of alcoholic beverages stopped at 7 or 8 pm, depending on the time of year, and moreover, on all holidays and weekends. The totality of all these activities had led to the fact that from 1875 to 1892 the per capita consumption of alcohol in Gothenburg decreased for more than the half. Nevertheless, the joint-stock company made profit from the enterprise, which it (with the exception of 5 % on the spent capital) expended money for the benefit of the population; this was achieved by increasing of the cost of alcoholic drinks nearly twice at that period. The local city government supposed to control the revenues from the system and use them to arrangement of dining rooms, reading rooms, lectures, libraries, parks, museums, sports grounds, cinemas, as well as to finance ambulance services and mercy sisters' work. Gothenburg system and its principles started to use in Norway, Finland and Scotland. In 1919–1955 Swedish government changed the system. Swedish youth nowadays considers that making alcohol consumption illegal in Sweden have an impact on the Swedish culture and lifestyle. Sure, it decreased some of the disadvantages for the certain group of people, but could also increase illegal imports of alcohol that does not withhold the Swedish standards and be even more dangerous for a person. And if a person starts to accept that him/her is doing something illegal, it's reasonable to believe that it would be easier for that person to perform another illegal act within reason, like trying other illegal drugs. It is also possible that making these things accepted could also affect people around to follow the same behaviour. Overall, from our point of view, giving the information about handling of alcohol would be more effective than making it illegal.

#### **References:**

1. Aasland O.G. The Negative Social Consequences of Alcohol Use. Oslo: Norwegian Ministry of Health and Social Affairs, 1991.
2. Aitken P.P., Jahoda G. An observational study of young adults' drinking groups: I. Drink preferences, demographic and structural variables as predictors of alcohol consumption. *Alcohol and Alcoholism*. 1983. № 18. P. 135–150.
3. Critchlow B. Beliefs about the effects of alcohol on self and others. *Journal of Studies in Alcohol*. 1987. № 48. P. 467–475.

## **CONTRIBUTION OF ANDREAS VESALIUS INTO ANATOMY**

*Semenenko O., KhNMU, Kharkiv*

Andreas Vesalius laid foundation of modern anatomy by his works. It won't be an understatement to say, that he made a revolution in medicine back in his time. Not only he discovered and described numerous bones, muscles, vessels, nerves and organs of the human body. But he also dared to correct the most unbeatable medical au-



thority of the Middle Ages Galen, whose works were considered dogmatic in medicine of that period. More over Vesalius changed the whole methodology of teaching medicine by being the first scientist, who combined lectures, demonstration on corpses and dissections in his teaching practice.

The aim of this abstract is to review Andreas Vesalius' biography and highlight his most creditable achievements in the field of medical science [1].

Andreas Vesalius was born on December 31, 1514 in Brussels, Belgium, in a family of physicians. His grandfather was a family physician, while his father was a pharmacist. Both of them had served the Emperor of the Holy Roman Empire [2].

In 1529 Vesalius entered the Catholic University of Leuven to study arts. There he became interested in medicine. In 1533 Vesalius entered the Faculty of Medicine of the University of Paris, which was one the most well-known medical schools at the time. In 1536 he returned to the Catholic University of Leuven, where he spent one year. Finally in 1537 Vesalius went to a place, where he made his most significant discoveries, the University of Padua. There he received his medical degree and was offered a position of Anatomy and Surgery professor, which he occupied until 1543 [1]. In Padua Vesalius wrote his most famous work "De humani corporis fabrica libri septem", which overthrown the whole understanding of human anatomy. It was based on careful study of Galen's works and Vesalius own experience learnt from dissections, which he performed himself. The latter was unthinkable as for a medieval professor, who wasn't supposed to approach to a corpse. The book was finished in 1543, and consisted of seven volumes. There, Vesalius proved that Galen never performed human dissections. All his ideas were based on theoretical knowledge and dissections of apes and other animals, whose body structure was significantly different from the human one [2].

In 1544 Vesalius became a court physician of Emperor Charles V [1].

He continued working on improvement of his fundamental work. In 1555 the second edition of "De humani corporis fabrica libri septem" saw the light. The central idea of the book was that human body could be learnt and understood through human dissections and no other way. The revised edition contained description of uterus, fetus, heart (Vesalius discovered and described interventricular septum, the presence of which in a human body was denied by Galen), venous valves and etc [2].

In 1556, Charles V abdicated his throne and Vesalius started serving to the new King Phillip II [1]. The death of Vesalius is still controversial. In 1564, the famous scientist made a pilgrimage to the Holy Land. Between the reasons of such an unpredictable decision could be threats from the Inquisition. However, Vesalius was going to return to his work at the University of Padua according to a letter sent to his great disciple Fallopius. On his way back, in 1564, Vesalius' boat got into a storm, and though he managed to survive, but he fell ill. The ship eventually landed on the island of Zante (Greece) and soon after Andreas Vesalius died [2].

The epitaph on his tomb says: "The genius lives forever, everything else is mortal – Andreas Vesalius of Brussels" [1].

The most important contribution Vesalius made in medicine was transition from studying anatomy on the basis of ancient authorities to making human dissections and relying exceptionally on experience.

**Reference:**

1. Zampieri F., ElMaghawry M., Zanatta A. Andreas Vesalius: Celebrating 500 years of dissecting nature. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov> (дата звернення 02.10.19)

2. Mesquita E.T., Souza Júnior C.V., Ferreira T.R. Andreas Vesalius 500 years-A Renaissance that revolutionized cardiovascular knowledge. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov> (дата звернення 02.10.19).

## ПЕРЕЛІК УЧАСНИКІВ

II науково-практичної конференції з міжнародною участю "Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення" – 24 жовтня 2019 р.

АРАСЛАНОВА Тетяна Романівна	студент, II медичний факультет, 5 курс, 22 група, ХНМУ, Харків
АСТАПОВА Яна Валеріївна	лаборант кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
АЩЕУЛОВА Тетяна Вадимівна	д.мед.н., проф., завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини № 1, основ біоетики та біобезпеки, ХНМУ, Харків
БАБІЧЕВА Катерина Андріївна	студент, II медичний факультет, 5 курс, 25 група, ХНМУ, Харків
БАТЮК Лілія Василівна	к.б.н., доц., доцент кафедри медичної та біологічної фізики і медичної інформатики, ХНМУ, Харків
БАХНІВСЬКИЙ Валентин Станіславович	докторант, кафедра управління людськими ресурсами, Краківський економічний університет, Краків (Польща)
БОНДАРЕВА Алла Володимирівна	к.біол.н., заступник директора ННІ ПІГ ХНМУ, Харків
БОНДАРЕНКО Владислав Вікторович	к.мед.н., асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
ВАСИЛЬЄВ Костянтин Костянтинович	д.мед.н., проф., професор кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я і медичного права, Одеський національний медичний університет, Одеса
ВЛАСЕНКО Ольга Володимирівна	студент, III медичний факультет, 5 курс, 03 група, ХНМУ, Харків
ВОДОП'ЯНОВ Володимир Анатолійович	лікар, 3-я міська поліклініка, Маріуполь
ВОЛКОВА Ольга Сергіївна	к.мед.н., доцент кафедри терапевтичної стоматології, ХНМУ, Харків
ВОЛОШИНА Діана Сергіївна	асистент кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ
В'ЮН Валерій Васильович	д.мед.н., проф., директор Навчально-наукового інституту післядипломної освіти, ХНМУ, Харків
ГАПОНОВА Еліна Олександрівна	к.е.н., старший викладач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
ГЕРАСИМЕНКО Ольга Ігорівна	к.б.н., доц., доцент кафедри гігієни та екології № 1, ХНМУ, Харків
ГОРБУНОВА Ірина Василівна	студент, II медичний факультет, 5 курс, 22 група, ХНМУ, Харків
ГРАДІЛЬ Григорій Іванович	к.мед.н., доц., доцент кафедри інфекційних хвороб, ХНМУ, Харків
ГРИГОРОВ Микола Миколайович	асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
ГРИГОРОВ Сергій Миколайович	завідувач хірургічного відділення голови та шиї, КНП Харківської обласної ради "Обласна клінічна лікарня", Харків

ГРИГОРОВА Ірина Анатоліївна	д.мед.н., проф., заслужений діяч науки і техніки України, завідувач кафедри неврології № 1, ХНМУ, Харків
ГРИШНЯЄВА Олена Володимирівна	асистент кафедри екстреної та невідкладної медичної допомоги, ортопедії та травматології, ХНМУ, Харків
ГРУЗЄВА Тетяна Степанівна	д.мед.н., проф., завідувач кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ
ДМУХОВСЬКА Тетяна Миколаївна	лікар-терапевт, клініка НДІ гігієни та професійних захворювань, Харків
ЄРЬОМЕНКО Галина Володимирівна	д.мед.н., доц., доцент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини № 2 та медсестринства, ХНМУ, Харків
ІВАЩЕНКО Роман Олегович	асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
ІЛЮХА Сергій Едуардович	Лікар-інтерн, кафедра терапії, нефрології та загальної практики-сімейної медицини, Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків
ІНШАКОВА Г.В.	асистент кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ
ІСАЄВА Інна Миколаївна	к.мед.н., доц., доцент кафедри фізіології, ХНМУ, Харків
КАДНАЙ Олексій Сергійович	студент, I медичний факультет, 3 курс, 07 група, ХНМУ, Харків
КАНУНІК Тетяна Сергіївна	асистент кафедри терапевтичної стоматології, ХНМУ, Харків
КАПУСТНИК Валерій Андрійович	д.д.мед.н., проф., заслужений працівник освіти України, ректор, ХНМУ, Харків
КАРМАЗІНА Ірина Станіславівна	к.мед.н., доц., доцент кафедри фізіології, ХНМУ, Харків
КОБИЛИНСЬКА Людмила Іванівна	студент, III медичний факультет, 5 курс, 04 група, ХНМУ, Харків
КОВАЛЬОВ Максим Миколайович	асистент кафедри фізіології, ХНМУ, Харків
КОМПАНІЄЦЬ Кіра Миколаївна	д.мед.н., доц., професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини № 1, основ біоетики та біобезпеки, ХНМУ, Харків
КОРОБЧАНСЬКИЙ Володимир Олексійович	д.мед.н., проф., академік Академії наук вищої освіти України, професор кафедри гігієни та екології № 1, директор НДІ гігієни праці та професійних захворювань, ХНМУ, Харків
КОРОП Олег Андрійович	д.мед.н., проф., професор кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ; професор кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я, ХМАПО, Харків
КРАВЧЕНКО Валерій Іванович	к.е.н., доц., доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
КРАВЧЕНКО Жанна Дмитрівна	к.держ.упр., заступник головного лікаря з організаційно-методичної роботи, КНП "Міська студентська лікарня" Харківської міської ради, Харків

КРУПЕНЯ Володимир Ілліч	к.мед.н., доц., доцент кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я, ХМАПО, Харків
КУРІЧОВА Наталія Юріївна	к.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології № 1, ХНМУ, Харків
ЛЕЩИНА Ірина Володимирівна	к.мед.н., доц., в.о. проректора з науково-педагогічної роботи, ХНМУ, Харків
ЛІСОВИЙ Володимир Михайлович	д.мед.н., проф., член-кореспондент Національної академії медичних наук України, заслужений лікар України, голова Вченої ради, ХНМУ, Харків
ЛЮБЯНОВА Єлизавета-Ольга Євгенівна	студент, II медичний факультет, 5 курс, 25 група, ХНМУ, Харків
МАМОН Маргарита Олександрівна	студент, I медичний факультет, 1 курс, 05 група, ХНМУ, Харків
МАРАКУШИН Дмитро Ігорович	д.мед.н., проф., директор Навчально-наукового інституту з підготовки іноземних громадян, ХНМУ, Харків
МАРКОВСЬКИЙ Володимир Дмитрович	д.мед.н., проф., проректор з науково-педагогічної роботи, ХНМУ, Харків
МАРТИНЕНКО Наталія Миколаївна	к.і.н., доц., доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
МЕЛЬНИЧЕНКО Владислав Олександрович	студент, факультет менеджменту, 3 курс, Технічний університет Мюнхену, Мюнхен (Німеччина)
МЕЛЬНИЧЕНКО Олександр Анатолійович	д.держ.упр., проф., професор кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
МІСЮРА Ірина Іванівна	головний лікар, медичний центр "Сімейний", Сочі (Росія)
МІЩЕНКО Марина Михайлівна	аспірант кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
МУРАТОВ Георгій Рафікович	к.мед.н., доц., директор, КНП "Обласна дитяча клінічна лікарня" Харківської обласної ради, Харків
М'ЯКІНА Олександр Володимирович	к.мед.н., доц., доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
М'ЯСОЄДОВ Валерій Васильович	д.мед.н., проф., заслужений діяч науки і техніки України, проректор з наукової роботи, ХНМУ, Харків
НЕСТЕРЕНКО Валентина Геннадіївна	к.мед.н., асистент кафедри гігієни та екології № 1, ХНМУ, Харків
НІКОЛАЄНКО О.Я.	асистент кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ
ОБРАЗЦОВА Наталія Олександрівна	студент, I медичний факультет, 4 курс, група ФР-16-2, ХНМУ, Харків
ОГНЄВ Віктор Андрійович	д.мед.н., проф., завідувач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
ОРЕЛ Ольга Володимирівна	асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
ПЕЛИХ Іван Миколайович	студент, I медичний факультет, 3 курс, 7 група, ХНМУ, Харків

ПЕТРЕНКО Аліна Олександрівна	студент, IV медичний факультет, 3 курс, 26 група, ХНМУ, Харків
ПОГОРЕЛОВА Тетяна Анатоліївна	студент, III медичний факультет, 2 курс, ХНМУ, Харків
ПОДПРЯДОВА Анна Анатоліївна	асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
ПОДРІГАЛО Леонід Володимирович	д.мед.н., проф., завідувач кафедри гігієни та фізіології людини, Харківська державна академія фізичної культури, Харків
ПОДРІГАЛО Ольга Олександрівни	к.б.н., доц., доцент кафедри гігієни та фізіології людини, Харківська державна академія фізичної культури, Харків
ПОМОГАЙБО Катерина Георгіївна	к.мед.н., старший викладач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
ПОНОМАРЕНКО Оксана Віталіївна	к.е.н., доц., експерт, Вупперталь (Німеччина)
ПРИСТЮК Катерина Денисівна	студент, факультет соціально-гуманітарних технологій, 2 курс, група 210.8, Національний технічний університет "Харківський політехнічний інститут", Харків
ПРОСОЛЕНКО Наталія Василівна	к.мед.н., доц., доцент кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я, ХМАПО, Харків
РЕЗУНЕНКО Юрій Костянтинович	д.мед.н., проф., проректор з науково-педагогічної (лікувальної) роботи, ХНМУ, Харків
РОГОЖИН Борис Анатолійович	к.мед.н., доц., доцент кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я, ХМАПО, Харків
РЯБОКОНЬ Євген Миколайович	д.мед.н., проф., завідувач кафедри терапевтичної стоматології, ХНМУ, Харків
СЕВИДОВА Яна Олександрівна	студент, III медичний факультет, 3 курс, ХНМУ, Харків
СЕРДЮК Олександр Іванович	д.мед.н., проф., завідувач кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я, ХМАПО, Харків
СИДОРЕНКО Микола Олександрович	к.мед.н., доцент, в.о. завідувача кафедри гігієни та екології № 2, ХНМУ, Харків
СКОРБАЧ Олена Іванівна	к.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології № 1, ХНМУ, Харків
СОКОЛ Костянтин Михайлович	к.мед.н., проф., професор кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
СОЛОМЕННИК Ганна Олегівна	к к.мед.н., доц., доцент кафедри інфекційних хвороб, ХНМУ, Харків
СОРОКА І.М.	асистент кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ
СТАРІК Дарія Сергіївна	лікар-педіатр, КНП "Обласна дитяча клінічна лікарня" Харківської обласної ради, Харків
ТКАЧЕНКО Віталій Григорович	к.мед.н., асистент кафедри інфекційних хвороб, ХНМУ, Харків
ТОКАР Аліма Абдулкадерівна	асистент кафедри терапевтичної стоматології, ХНМУ, Харків
ТРЕГУБ Павло Олегович	асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків

ТРЕГУБ Вікторія Леонідівна	лікар, КНП "Міська поліклініка № 26" Харківської міської ради, Харків
УДОВИЧЕНКО Наталія Миколаївна	к.держ.упр., доц., доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ; Директор Центру інноваційних технологій "Планета стоматології", Харків
УСЕНКО Світлана Георгіївна	к.мед.н., доц., доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
ФЕДІРКО Анна Павлівна	студент, I медичний факультет, 1 курс, 05 група, ХНМУ, Харків
ХАРЧЕНКО Еліна Олександрівна	студент, III медичний факультет, 5 курс, 03 група, ХНМУ, Харків
ЧОВПАН Ганна Олексіївна	к.ф-м.н., доц., доцент кафедри медичної та біологічної фізики і медичної інформатики, ХНМУ, Харків
ЧОРНА Дар'я Олексіївна	студент, II медичний факультет, 2 курс, 14 група, ХНМУ, Харків
ЧУХНО І нна Анатоліївна	к.держ.упр., доц., доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
ШАПОВАЛОВА Тетяна Василівна	лікар, Сватиська психіатрична клініка Луганської області, Сватово
ШЕСТАК Н.В.	асистент кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ
ЩЕРБИНА Микола Олександрович	д.мед.н., проф., завідувач кафедри акушерства та гінекології № 1, ХНМУ, Харків
ЯРЕМЕНКО Альона Володимирівна	асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
SHARMA Twinkle	студент, VII медичний факультет, 3 курс, 17 група, ХНМУ, Харків
TEWOLDE Vincent	магістр, Стокгольмський університет, Стокгольм (Швеція)

# ЗМІСТ

<b>ПРИВІТАННЯ</b> ректора Харківського національного медичного університету, д.мед.н., професора, заслуженого працівника освіти України <b>В.А. Капустника</b> учасникам II науково-практичної конференції з міжнародною участю «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення» .....	<b>3</b>
<b>ПРИВІТАННЯ</b> голови Вченої ради Харківського національного медичного університету, д.мед.н., професора, члена-кореспондента Національної академії медичних наук України, лауреата Державної премії України, заслуженого лікаря України <b>В.М. Лісового</b> учасникам II науково-практичної конференції з міжнародною участю «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення» .....	<b>4</b>
<b>Секція 1. ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я</b> .....	<b>5</b>
<b>Капустник В.А., Лісовий В.М., Огнєв В.А.</b> Громадське здоров'я: становлення та виклики сучасності .....	<b>5</b>
<b>М'ясоєдов В.В., Огнєв В.А., Чухно І.А., Мартиненко Н.М.</b> Соціальне благополуччя та його роль в системі громадського здоров'я .....	<b>11</b>
<b>Коробчанський В.О., Резуненко Ю.К, Герасименко О.І.</b> Медицина граничних станів – інноваційний напрям розвитку вітчизняної охорони здоров'я .....	<b>20</b>
<b>Щербина М.О., Курічова Н.Ю., Скорбач О.І.</b> Динаміка показників репродуктивного здоров'я жіночого населення в Україні .....	<b>22</b>
<b>Мельниченко О.А., Образцова Н.О., Пономаренко О.В.</b> Необхідність належної медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій: нагальна вимога для сучасної України .....	<b>23</b>
<b>Сокол К.М., Сидоренко М.О., Дмуховська Т.М.</b> Ноосферний розвиток як шлях подолання екологічної та демографічної кризи .....	<b>26</b>
<b>Іващенко Р.О., Власенко О.В., Харченко Е.А.</b> Професійне вигоряння медичних працівників .....	<b>29</b>
<b>Міщенко М.М.</b> Мозкові інсульти – актуальна медико-соціальна проблема сучасної світової спільноти .....	<b>30</b>
<b>Усенко С.Г., Кобилянська Л.І.</b> Оцінка стигми хворих ВІЛ-інфекцією серед студентів вищого навчального закладу .....	<b>32</b>
<b>Трегуб П.О., Трегуб В.Л.</b> Медико-соціальні аспекти захворюваності та поширеності хвороб підшлункової залози в Харківській області .....	<b>33</b>
<b>Chorna D.</b> Introduction of clinical protocols based on evidence-based medicine .....	<b>34</b>
<b>Pomogaibo K., Sharma T.</b> Key measures to ensure healthy nutrition and proper physical activity among children and adolescents .....	<b>36</b>
<b>Pomogaibo K., Sharma T.</b> Obesity as one of the most important risk factors for the development of non-infectious diseases .....	<b>37</b>
<b>Pomogaibo K., Sharma T.</b> The role of educational institutions in combating the obesity epidemic among children .....	<b>38</b>
<b>Gryshnjaeva O., Shapovalova T.</b> An interdisciplinary approach in the mental health system .....	<b>39</b>
<b>Orel O., Babicheva C.</b> Alcoholism as a medico-social problem .....	<b>40</b>
<b>Yaremenko A., Lubyanova E.-O.</b> Problems of sexual education in Ukraine .....	<b>41</b>
<b>Yaremenko A., Gorbunova I.</b> Reasons of childhood mortality and methods to reduce it .....	<b>42</b>
<b>Yaremenko A., Gorbunova I.</b> Vaccination, one of the main methods of population promotion .....	<b>44</b>



<b>Секція 2. ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА, СУЧАСНА ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА БІОЛОГІЧНА СТАТИСТИКА .....</b>	<b>46</b>
<b>Огнев В.А., Чухно І.А.</b> Сучасна епідеміологія: випадкові і систематичні помилки та шляхи усунення їх впливу .....	46
<b>Грузєва Т.С., Сорока І.М.</b> Використання електронних технологій в умовах розвитку електронної системи охорони здоров'я .....	49
<b>Подрігало О.О., Подрігало Л.В., Сокол К.М.</b> Підвищення ефективності моніторингу стану спортсменів за допомогою статистичного аналізу .....	51
<b>Бондаренко В.В.</b> Використання принципів доказової медицини при вирішенні експертних завдань .....	53
<b>Граділь Г.І.</b> Внутрішній клінічний аудит та анкетування як способи оцінки якості в сфері охорони здоров'я .....	54
<b>Усенко С.Г., Петренко А.О.</b> Вільям Сілі Госсет – піонер розвитку сучасних статистичних методів .....	56
<b>Секція 3. ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....</b>	<b>58</b>
<b>Коробчанський В.О., Нестеренко В.Г.</b> Сьогодення та перспективи впровадження страхової медицини в охорону здоров'я України .....	58
<b>Грузєва Т.С., Калашникова Н.М.</b> Актуальні питання організації онкодерматологічної допомоги населенню .....	60
<b>Грузєва Т.С., Ніколаєнко О.Я.</b> Проблеми організації експертизи втрати працездатності в первинній ланці охорони здоров'я .....	62
<b>Григорова І.А., Григоров М.М., Водоп'янов В.А.</b> Патоморфоз факторів ризику та клініко-патогенетичних ознак у хворих Харківської області з гострими ішемічними порушеннями мозкового кровообігу .....	63
<b>Григоров М.М., Григорова І.А., Григоров С.М.</b> Сьогодення екстреної медичної допомоги в Харківській області .....	64
<b>Рябокоть Є.М., Токар А.А., Канунік Т.С., Волкова О.С.</b> Оцінка ефективності застосування препаратів «Фтор-Люкс» і «Десенсетин» при лікуванні гіперестезії зубів у хворих зі захворюванням пародонту .....	66
<b>Муратов Г.Р., Старік Д.С.</b> Удосконалення якості надання медичної допомоги дітям .....	67
<b>Єрмоєнко Г.В.</b> Оцінка рівня контролю бронхіальної астми .....	70
<b>Трегуб П.О., Трегуб В.Л.</b> Медико-санітарна допомога та реабілітація хворих на хронічний панкреатит .....	71
<b>Трегуб П.О., Трегуб В.Л.</b> Основні положення оптимізованої моделі реабілітації хворих на хронічний панкреатит .....	72
<b>Ллюха С.Е., Погорелова Т.А., Севидова Я.О.</b> Розвиток гіподинамії у хворих на гіпертонічну хворобу .....	72
<b>Marakushyn D., Isaieva I., Karmazina I., Kovalyov M.</b> Review of circadian rhythms influence to health .....	73
<b>Riabokon Ye., Kanunik T., Tokar A., Volkova O.</b> Analysis of the effectiveness of immunomodulation antiseptics «miramistin» in complex treatment of periodontal diseases .....	74
<b>Orel O., Araslanova T.</b> The problem of teenage pregnancy and methods of its decision .....	76
<b>Podpriadova A.</b> The influence of risk factors on the development of myocardial infarction .....	77
<b>Podpriadova A.</b> Life quality assessment in patients after myocardial infarction .....	79
<b>Секція 4. ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ТА ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....</b>	<b>80</b>
<b>В'юн В.В., Мельниченко О.А., Кравченко Ж.Д., Місюра І.І.</b> Критерії привабливості медичних послуг .....	80

<b>Мельниченко О.А., Удовиченко Н.М.</b> Механізми публічного управління розвитком ринку стоматологічних послуг .....	82
<b>Гапонова Е.О., Бахнівський В.С.</b> Розвиток та ефективна інтеграція ринку медичних послуг України .....	86
<b>Кравченко В.І.</b> З досвіду реалізації принципу справедливості в оплаті праці медиків у Німеччині .....	89
<b>Удовиченко Н.М.</b> Оперативні звіти за результатами діяльності стоматологічних клінік з використанням програми «Dentist-24» .....	92
<b>Chukhno I., Bondarjeva A.</b> Conflicts in the activities of healthcare organizations and their management .....	94
<b>Chovrap G., Batyuk L.</b> The study of factors affecting the motivation of employees of state health care institutions .....	97
<b>Секція 5. МЕДИЧНА ОСВІТА, НАУКА ТА ПРАКТИКА .....</b>	<b>99</b>
<b>Марковський В.Д., Лещіна І.В., Огнєв В.А., Чухно І.А.</b> Педагогічні аспекти підготовки фахівців зі спеціальності «Громадське здоров'я» в Харківському національному медичному університеті .....	99
<b>Сидоренко М.О., Завгородній І.В.</b> Перспективи розвитку спеціальності «Громадське здоров'я» .....	105
<b>Грузєва Т.С., Волошина Д.С.</b> Проблеми фізичної активності в програмі підготовки магістрів медицини з питань громадського здоров'я .....	107
<b>Мельниченко О.А., Мороз Г.А., Мельниченко В.О.</b> Проблеми адаптації першокурсників до навчання у вітчизняних медичних ВНЗ .....	109
<b>Іншакова Г.В., Шестак Н.В.</b> Підготовка магістрів з біостатистики (на прикладі медичного факультету університету Гейдельбергу, Німеччина) .....	111
<b>Ащеулова Т.В., Компанієць К.М.</b> Медична освіта: сьогодення та майбутнє .....	113
<b>Каднай О.С., Єрмоєнко Г.В.</b> Методи навчання студентства медичних закладів .....	115
<b>Пелих І.М., Єрмоєнко Г.В.</b> Розвиток студентської науки в медичних університетах .....	116
<b>Ткаченко В.Г., Граділь Г.І., Соломенник Г.О.</b> Форми залучення студентів до наукової роботи на кафедрі інфекційних хвороб .....	118
<b>Astapova Ya., Pristyuk K.</b> Monitoring of the training quality of future physicians by means of knowledge control in a test form .....	119
<b>Секція 6. ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ .....</b>	<b>121</b>
<b>Сердюк О.І., Короп О.А., Рогожин Б.А., Просолєнко Н.В., Крупеня В.І.</b> Історія кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я харківської медичної академії післядипломної освіти .....	121
<b>Васильєв К.К.</b> Історик епідеміології: Едуард Юзефович Гольд (1937–1995) .....	124
<b>М'якина О.В.</b> Медичні дослідження з участю тварин як складова освоєння Космосу .....	125
<b>М'якина О.В., Мамон М.О.</b> Професор медицини І.П. Скворцов: факти біографії та наукова спадщина .....	129
<b>М'якина О.В., Федірко А.П.</b> Вклад П.І. Шатілова в харківську терапевтичну школу (до 150-річчя з дня його народження) .....	131
<b>Martynenko N.</b> Hippocrates of the Scythians .....	133
<b>Martynenko N., Tewolde V.</b> Historical experience of combating alcoholism in Sweden .....	134
<b>Semenenko O.</b> Contribution of Andrea's Vesalius into anatomy .....	135