

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМИ ТА СПОСОБИ ЇХ ВИРІШЕННЯ

Матеріали IV науково-практичної конференції
з міжнародною участю з нагоди 90-річчя
від дня народження Н.О. Галічевої (1931–2017),
видатного соціал-гігієніста, завідувача кафедри
соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я
Харківського державного медичного університету

м. Харків, 27 жовтня 2021 року



Харків – 2021

Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет

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

*Матеріали IV науково-практичної конференції
з міжнародною участю з нагоди 90-річчя від дня народження Н.О. Галічевої
(1931–2017), видатного соціал-гігієніста, завідувача кафедри соціальної
медицини, організації та економіки охорони здоров'я
Харківського державного медичного університету*

м. Харків, 27 жовтня 2021 року

Харків
ХНМУ
2021

УДК 614.2(477)
Г87

Затверджено вченою радою ХНМУ.
Протокол № 11 від 28.10.2021 р.

Редакційна колегія: М'ясоєдов В.В., Огнєв В.А., Сокол К.М.,
Мельниченко О.А., Нестеренко В.Г,
Мартиненко Н.М., Усенко С.Г., Вашева А.О.

Г87 **Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення:**
матеріали IV науково-практичної конференції з міжнародною участю
з нагоди 90-річчя від дня народження Н.О. Галічевої (1931–2017),
видатного соціал-гігієніста, завідувача кафедри соціальної медицини,
організації та економіки охорони здоров'я Харківського державного
медичного університету, Харків, 27 жовтня 2021 р. / Ред. кол.: В.В. М'я-
соєдов, В.А. Огнєв, К.М. Сокол та ін. – Харків, 2021. – 192 с.

УДК 614.2(477)

© Харківський національний
медичний університет, 2021
© В.В. М'ясоєдов, В.А. Огнєв, К.М.
Сокол та ін., 2021

Секція 1 ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

ФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТОК ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ ІДЕЙ ПРОФЕСОРКИ Н.О. ГАЛІЧЕВОЇ

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

Ніна Олександрівна Галічева (1931–2017), доктор медичних наук, професор, відомий український соціал гігієніст і організатор охорони здоров'я, талановитий педагог, прекрасна і порядна людина, мудрий керівник і ентузіаст своєї справи, завідувача кафедрою «Соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я» (1974–2002) Вона народилася 22 липня 1931 у с. Ядути Борзнянського району Чернігівської області. Становлення Н.О. Галічевої як вченого і педагога почалося зі студентських років і продовжилося під час її подальшої лікарської діяльності. Широкий науковий кругозір, глибокі знання в галузі соціальної медицини та організації охорони здоров'я, відмінні педагогічні, організаторські здібності та великий практичний досвід роботи сприяли формуванню її як фахівця.



**Професор, д.мед.н.
Галічева Ніна Олександрівна
(1931–2017)**

Н.О. Галічева у 1950 р. була зарахована на 1-й курс санітарно-гігієнічного факультету Харківського медичного інституту, який вона закінчила в 1956 р. і почала працювати лікарем-епідеміологом санепідстанції Жовтневого (з 2016 р. Новобаварського) району м. Харкова. У січні 1960 р. пройшла за конкурсом на посаду асистента кафедри організації охорони здоров'я Харківського медичного інституту. З цього часу життєвий шлях Ніни Олександрівни був міцно пов'язаний з навчальним закладом, який був її "Alma mater" протягом 60 років.

У 1974 р. Н.О. Галічева стала доцентом та завідувачем кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. Керувала кафедрою до 2002 р., з невеликою перервою з жовтня 1975 по жовтень 1977 року, коли була в докторантурі і займала посаду старшого наукового співробітника. Після 2002 року проф. Н.О. Галічева до останнього дня свого життя працювала професором кафедри.

Ніна Олександрівна проводила важливу роботу з пропаганди досягнень охорони здоров'я, здорового способу життя серед населення. Її наполеглива та завзята праця, здобутки в науковій та педагогічній сфері неодноразово відмічалися почесними грамотами та подяками МОЗ України, Харківської обласної державної адміністрації, Асоціації працівників державної санітарно-епідеміологічної служби та ректорату Харківського медичного університету. Н.О. Галічева мала

безумовний авторитет серед колег та друзів, була мудрим керівником та організатором, талановитим науковцем та педагогом, висококваліфікованим та вимогливим викладачем для студентів.

Ніна Олександрівна підтримувала і сприяла розвитку молодих науковців соціал-гігієністів. Під керівництвом Н.О. Галічевої підготовлені та захищені 4 кандидатські і 1 докторська дисертації (Я.Ф. Турецький «О диспансеризации больных сахарным диабетом (социально-гигиеническое исследование)», 1974; В.Д. Драч «Сахарный диабет среди городского населения (социально-гигиеническое исследование)», 1977; В.А. Капустник «Социально-трудовые и клинические аспекты реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда в трудоспособном возрасте», 1989; В.А. Огнев «Епідеміологія, фактори ризику та прогнозування алергічних захворювань у дітей в умовах великого міста», канд. дис., 1993); В.А. Огнев «Медико-соціальні проблеми алергічних захворювань у дітей». докт. дис. 2004.

Н.О. Галічева внесла вагомий вклад в розвиток соціал-гігієнічної медичної науки. Вона неодноразово була відповідальним виконавцем кафедральних наукових робіт, зокрема за темами «Артеріальна гіпертензія у підлітків-школярів, учнів технікумів та ПТУ», «Гігієноекоелогічні та медико-соціальні аспекти формування саногенезу при нових формах навчання», «Медико-соціальні аспекти здорового способу життя студентів», «Медико-соціальні аспекти якості життя студентів медичного вищого навчального закладу», «Медико-соціальні аспекти моніторингу стану здоров'я студентів вищого медичного навчального закладу».

Професор Н.О. Галічева активно працювала і у спеціалізованій вченій раді Харківського національного медичного університету Д 64.600.06 за спеціальностями гігієна та професійна патологія, соціальна медицина. Входила до складу комісії з попереднього розгляду дисертаційних робіт за спеціальністю «Соціальна медицина», шифр 14.02.03. Готуючись до засідання спеціалізованої вченої ради, Н.О. Галічева завжди ретельно вивчала матеріали дисертаційних робіт, активно брала участь в дискусіях під час обговорення дисертації. Використовуючи свій великий практичний досвід рекомендувала дисертантам обґрунтовані заходи, що значно покращували моделі або системи із забезпечення здоров'я населення, або організації медичного забезпечення, що виносяться на захист.

Основним напрямком наукової діяльності Н.О. Галічевої з 1960 р. було вивчення соціально-гігієнічних проблем серцево-судинних захворювань. Ніна Олександрівна була талановитим і допитливим науковцем. У 1965 р. вона захистила кандидатську дисертацію на тему «Матеріали соціально-гігієнічних досліджень інфаркту міокарда (м. Харків)», у 1987 р. – докторську дисертацію на тему «Інфаркт міокарда та його профілактика як соціально-гігієнічна проблема». Проф. Н.О. Галічева, відповідно до традицій кафедри соціальної гігієни продовжувала вирішувати завдання впровадження соціально-гігієнічного змісту в клінічні дисципліни. Соціально-гігієнічний підхід до питань клініки в цей період починає все ширше впроваджуватися в наукові дослідження клініцистів. Дослідження висвітлювали проблеми здоров'я населення в комплексі взаємовпливів соціальних-гігієнічних та клінічних факторів. Результатом цієї роботи стала видана Н.О. Галічевою монографія «Інфаркт міокарда» (1972), котра була підготовлена спільно з соціал-гігієністом проф. З.А. Гуревичем та клініцистами проф. В.Г. Почепцовим і проф. А.А. Дубинським.

Монографія "Інфаркт міокарда" – це комплексне соціально-гігієнічне і клінічне дослідження. Дана тема отримала подальший розвиток і практичне впровадження, за цією науковою тематикою під керівництвом проф. Н.О. Галічевої та академіком Л.Т. Малої була підготовлена і успішно захищена кандидатська дисертація В.А. Капустника "Социально-трудоые и клинические аспекты реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда в трудоспособном возрасте" (1989).

Н.О. Галічева є автором понад 90 наукових робіт. Вона брала участь в наукових форумах, в тому числі ІХ Міжнародному конгресі геронтологів (Київ, 1972), була делегатом і доповідачем на I, II і III з'їздах соціал-гігієністів і організаторів охорони здоров'я України (Дніпропетровськ, 1985; Київ, 1992; Одеса, 1998) та ін. Н.О. Галічева була обрана до правління Харківського товариства соціал-гігієністів і організаторів охорони здоров'я, тривалий термін була незмінним головою методичної комісії медико-профілактичного факультету.

У роки становлення України як незалежної і самостійної держави, у вищій школі розпочалися прогресивні перетворення. У 1990 р. проф. Н.О. Галічева, відповідно до рішення 2-го Всеукраїнського з'їзду соціал-гігієністів і організаторів охорони здоров'я (Вінниця, 1990 р.), виступила в університеті з ініціативою про перейменування кафедри «Соціальної гігієни, та організації охорони здоров'я». Трансформація терміна "соціальна гігієна" в термін "соціальна медицина" була аргументована наближенням його до міжнародної термінології. У зв'язку з цим в 1991-1992 навчальному році кафедра соціальної гігієни та організації охорони здоров'я ХМІ отримала нову назву – кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я. Згодом в найменування кафедри була додана і економіка охорони здоров'я.



**Проф. Н.О.Галічева
читає лекцію в аудиторії
ХМІ №1**

Проф. Н.О. Галічева велику увагу приділяла навчально-виховній роботі, в цей період кафедра продовжує викладати дисципліни «соціальну медицину, організацію та економіку охорони здоров'я» на всіх факультетах. У програму викладання входять такі розділи, як медична статистика, здоров'я населення, організація охорони здоров'я та економіка охорони здоров'я, а також курс історії медицини.

Навчально-методична робота включала підготовку методичних рекомендацій для викладачів і методичних вказівок для студентів, проведення відкритих лекцій та практичних занять, підготовку нових лекцій і практичних занять, видання методичної літератури. За останні роки на кафедрі ця робота продовжена за уніфікованою формою. Методичні матеріали для викладачів та методичні вказівки для студентів розроблені з усіх тем соціальної медицини, громадського здоров'я, біостатистики, історії медицини та економіки охорони здоров'я. Методичні матеріали видано друкарським способом, та розміщено в репозитарії ХНМУ, на сайті кафедри, на платформах дистанційного навчання, а також на паперових носіях у бібліотеці університету та кафедри, що зробило їх загальнодоступними для всіх студентів.

Велику увагу Н.О. Галічева приділяла організації та проведенню практичних занять у студентів. Вона організовувала проведення занять за принципом «Кожному студенту – індивідуальне завдання», для чого кафедра підготувала всі необхідні матеріали. Методики Ніни Олександрівни актуальні й сьогодні. Контроль знань студентів постійно вдосконалюється, для перевірки вхідного рівня знань на кожну тему підготовлені тести в декількох варіантах з еталонами відповідей і оцінною шкалою для викладачів. Підсумковий модульний контроль знань проводиться в класі програмованих форм навчання. Велика увага приділяється створенню банку завдань, а також організації та проведенню державного практично-орієнтованого іспиту.

За безпосередньою участю Н.О. Галічевої складені і видані методичні вказівки до самостійної роботи студентів по розділах: «Медична статистика та здоров'я населення», «Аналіз діяльності закладів охорони здоров'я по моделі кінцевих результатів», «Аналіз діяльності стоматологічної поліклініки (відділення, кабінету) за даними річного звіту», «Організація санітарно-протиепідемічного обслуговування населення», «Санітарно-епідеміологічна станція: задачі, структура, зміст і організація роботи», «Організація охорони здоров'я в сільському районі», «Медична статистика та її застосування в діяльності лікаря», «Обчислювальна техніка, що застосовується в медицині і охороні здоров'я» та багато інших.

Ніна Олександрівна була прекрасним педагогом, на високому науково-педагогічному рівні проводила лекційні та практичні заняття, пов'язуючи їх з практикою та вмюючи зацікавити студентів у вивченні дисципліни та продовженні наукової та дослідницької діяльності. Вона була вимогливою до себе, колег та учнів, надаючи при цьому всю необхідну допомогу та підтримку в оволодінні та удосконаленні професійних знань. Особливо Ніна Олександрівна була вимогливою до молодих викладачів, які починали свою педагогічну кар'єру, перш ніж допустити до проведення практичних занять викладачів-початківців, вона приймала у них по кожній темі окремо умовний «залік». До даного заліку молоді співробітники готувалися, хвилювалися, як правило, у кожного був конспект із рішенням і поясненням практичних завдань за даними темами. Перед допуском до занять молодий викладач повинен був обов'язково 2–3 рази відвідати заняття доцента і тільки тоді Ніна Олександрівна допускала до занять. Ці заходи безсумнівно підвищували якість освіти, дана традиція зберігається до сьогоднішнього дня.

Ніна Олександрівна мала безумовний авторитет серед колег та друзів, заступила повагу як організатор, талановитий науковець та педагог, висококваліфікований, ерудований професор. Вона була надзвичайно щирою, чуйною та доброзичливою людиною, що завжди готова була прийти на допомогу.

Пішла з життя Ніна Олександрівна 4 липня 2017 р. До останніх днів вона залишалась професором кафедри, брала активну участь у роботі спеціалізованої Ради із захисту дисертацій, допомагала аспірантам порадами щодо викладання одержаних результатів досліджень, давала відгуки на автореферати, допомагала у складанні звітів про наукову роботу кафедри тощо. Оптимістична та енергійна Н.О. Галічева невтомно працювала на науковій та педагогічній ниві соціальної медицини та організації охорони здоров'я майже 60 років. Вона користувалася заслуженою повагою студентів, співробітників, керівників факультету та університету, залишила глибокий слід в науці, серцях і житті колег, учнів та друзів. На нашій кафедрі її завжди згадують з пошаною й вдячністю.

ПРОФЕСІЙНІ ТА ЖИТТЄВІ УРОКИ ПРОФЕСОРА ГАЛІЧЕВОЇ НІНИ ОЛЕКСАНДРІВНИ

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

У житті кожної людини трапляються зустрічі, які справляють незабутнє враження, змушують по новому оцінювати ті чи інші події, спонукають до дій, окриляють. Саме такою була моя зустріч та спілкування з видатним соціальним гігієністом, сподвижником медико-соціальної науки, патріотом профілактичного напрямку професором Ніною Олександрівною Галічевою.

Заочно я знала Ніну Олександрівну давно. Адже вона понад чверть століття очолювала кафедру соціальної гігієни та організації охорони здоров'я Харківського національного медичного університету, а в цілому віддала їй 47 років свого професійного життя.

Молодше покоління соціальних гігієністів училося на її наукових працях, які стосувалися актуальних проблем популяційного здоров'я та організації охорони здоров'я. Її кандидатська та докторська дисертаційні роботи присвячувалися вирішенню медико-соціальних проблем захворюваності населення на інфаркт міокарда, питанням його епідеміології та профілактики. Ніна Олександрівна власними глибокими науковими працями продовжила та збагатила надбання своїх попередників, насамперед свого вчителя, професора З.А. Гуревича.

У подальшому професор Н.О. Галічева спільно зі своїми учнями розширила проблематику наукових досліджень серцево-судинної патології іншими хронічними неінфекційними захворюваннями, зосередившись на науковому пошуку шляхів вирішення медико-соціальних проблем цукрового діабету, алергійних захворювань тощо. Наукові дослідження завершилися підготовкою низки кандидатських дисертацій, у т. ч. дисертації В.А. Огнєва на тему «Епідеміологічні чинники ризику та прогнозування алергійних захворювань у дітей в умовах великого міста».

Наукові успіхи колективу, очолюваного Ніною Олександрівною Галічевою, в контексті досліджень проблем алергійних захворювань сприяли долученню кафедри до міжнародних проектів та визначенні її Національним координаційним центром міжнародної програми «ISAAC». З урахуванням міжнародної методології учнем Ніни Олександрівни – В.А. Огнєвим за її безпосереднього консультування було виконано дисертаційне дослідження на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук щодо медико-соціальних проблем алергійних захворювань у дітей.

Професор Н.О. Галічева підготувала надійну зміну соціальних гігієністів, дала їм путівку в життя, а кафедрі виховала нового очільника, який продовжує і примножує славні традиції Харківської наукової соціально-гігієнічної школи.

Безпосереднє моє знайомство з професором Н.О. Галічевою відбулося в стінах Харківського національного медичного інституту на засіданнях спеціалізованої вченої ради Д 64.600.06, членом якої я маю честь бути. Перше, що мене вразило, це надзвичайна ерудиція, глибина наукових суджень та широкий світогляд. З усіх наукових проблем, які розглядалися на засіданні спеціалізованої вче-

ної ради, Ніна Олександрівна висловлювала свою думку, давала дуже влучні оцінки дисертаційним роботам, що заслуховувалися. Вона завжди бачила суть речей, її резюме вирізнялися чіткістю та лаконічністю.

У виступах Ніни Олександрівни принциповість завжди органічно поєднувалася з доброзичливістю. Навіть запитання до дисертантів Ніна Олександрівна ставила так уміло, що вони допомагали їм побачити власні недоліки та краще показати незаперечні переваги своєї роботи.

Я щиро вражалася величезній працездатності Ніни Олександрівни, яка не пропускала жодного засідання спеціалізованої вченої ради, активно працювала з першої до останньої хвилини кожного засідання, досконально знала кожну дисертаційну роботу і повністю викладалася при її експертизі.

Величезним задоволенням було слухати виступи професора Н.О. Галічевої, якими вона зачаровувала, обгрунтовувала і вчила. Це були справжні уроки майстерності наукової експертизи дисертаційних робіт і її представлення аудиторії.

А ще Ніна Олександрівна була великим оптимістом, завжди вірила в краще майбутнє медичної професії, рідного закладу, міста, країни. Вона заряджала своїм оптимізмом інших. І тоді певні негаразди, проблеми здавалися мілкими та незначними.

Професор Н.О. Галічева вміла об'єднувати навколо себе однодумців, колег, учнів своїх колег з інших закладів вищої медичної освіти, зокрема з Києва, Вінниці, Дніпра, Полтави тощо.

Попри незаперечний авторитет, професійний досвід і талант науковця та педагога Ніна Олександрівна була надзвичайно скромною людиною. Вона вміла слухати інших, цінувати і поважати їхню думку, навіть якщо мала інше судження. Поруч з нею завжди було комфортно і затишно.

Унікальні професійні і людські якості професора Ніни Олександрівни Галічевої високо цінували усі, хто знав її чи працював поруч з нею. Її любили колеги, учні, студенти, і вона любила людей.

Ніна Олександрівна відноситься до тієї категорії людей, яких вважаєш своїм учителем і наставником. І хоча безпосередньо професор Н.О. Галічева не була моїм керівником в педагогічній чи науковій діяльності, вона багато чому навчила мене, як і багатьох інших, хто мав щастя знати її і спілкуватися з нею. Вона виховувала своїм прикладом, своєю життєвою позицією, своїм світосприйняттям.

Я щиро вдячна долі за важливий урок професійності досконалості, компетентності, відданості справі, творчості, справедливості та порядності, який отримала від Ніни Олександрівни Галічевої.

СТОРІНКАМИ СІМЕЙНОЇ ПАМ'ЯТІ

Галічев С.К., Галічева А.С., Галічева К.С., ХНМУ, м. Харків

Цього року мало б виповнитись 90 років близькій і рідній людині Ніні Олександрівні Галічевій – нашій мамі, бабусі і прабабусі.

Тяжка хвороба прикувала її до ліжка, перервавши яскравий, благородний і насичений геніальністю 86-річний життєвий шлях.

...4 липня 2017 р. був звичайним днем чергової відпустки. Ніна Олександрівна поралася вдома. Біда прийшла раптово: необережний рух спричинив непо-

правне – перелом шийки стегна. Протягом усього життя вона була вельми організованою і в цій ситуації, отримавши важку травму, знайшла в собі сили дістатися до вогнища і запобігти пожежі в будинку.

Згодом хвороба прикувала Ніну Олександрівну до ліжка, що призвело до застійних явищ в легенях і до фатального результату.

Все життя Ніни Олександрівни було пов'язане із щоденною відповідальністю і, часом, виснажливою працею. Це була стежа дуже працелюбною людиною, яка прагне досконалості. В трудовій книжці професорки Н.О. Галічевої так и не з'явився запис про звільнення з Харківського медичного університету.

Злигодні і тяготи, пережиті цією благородною людиною в дитинстві, сформували її стабільний наполегливий характер.

Наша мама і бабуся народилась в родині сільських вчителів у с. Ядути Борзнянського району Чернігівської області. Її мама, Надія Федорівна, була вчителькою молодших класів, а батько – Олександр Іванович, був директором школи, і саме завдяки йому було зведено шкільну будівлю. У 1937 р. батька репресували «за доносом», і подальша доля педагога розчинилась в безглуздох надіях і очікуваннях. Незабаром Надію Федорівну звільнили, з двома дітьми вона змушена була поїхати.

Для неповної родини це були найважчі роки мандрів, тяжби і поневірянь. Врешті-решт вони оселились в с. Залиман, що на Харківщині. Під час фашистської окупації родина спробувала евакуюватися, проте на певний період часу зупинилась в с. Олександрівка того ж району, де Надія Федорівна, після Перемоги до 1953 р. працювала в місцевій школі.

Прошли роки. У 1950-х Ніна Олександрівна пов'язала своє життя з Харківським медичним інститутом. За нелегкі 65 років вона пройшла усі тернисті сходинки службової драбини – від студентки до професорки, доктора медичних наук.

Доля була прихильною до Ніни Олександрівни. Навчаючись в інституті і винаймаючи кімнату на Бурсацькому узвозі, вона познайомилась з майбутнім чоловіком – Костянтином Олексійовичем. Він жив в тому ж дворі, був ветераном війни і студентом Харківського інженерно-будівельного інституту. Незабаром, в 1955 р., молоді побрались і в них народився син. Ніна Олександрівна була щасливою, безмежно люблячою дружиною і турботливою матір'ю.

Завдяки мамі атмосфера в родині була дружньою, невимушеною, сповненою приємними спогадами.

Згодом сім'я росла. Ніна Олександрівна стала мамою і для невістки, а потім і бабусею улюблених онук Антоніни і Катерини. А в міленіум бабуся Ніна стала прабабусею онуки Вікторії.

Не зважаючи на хронічну зайнятість наша мама і бабуся піклувалась про кожного в нашій родині, підтримуючи і допомагаючи в зростанні.

Нехай цей щирий образ і легка посмішка матері і бабусі, як погляд вічно живої Джоконди, назавжди залишається для нас загадковою взірцевою досконалістю – даниною честі з величезною вдячністю.

ДРУГЕ ЖИТТЯ ГЕНІАЛЬНОГО ВЧЕНОГО ТА ХІРУРГА (ДО 140-РІЧЧЯ З ДНЯ СМЕРТІ М.І. ПИРОГОВА)

Марковський В.Д., М'якина О. В., Огнєв В.А., ХНМУ, м. Харків

Біля Вінниці, у живописній Вишні, знаходиться музей-садиба Миколи Івановича Пирогова – видатного вченого, геніального хірурга, анатома, творця воєнно-польової хірургії, педагога і громадського діяча. Чверть століття М.І. Пирогов жив і працював в Україні, яку щиро любив, і поважав її працелюбний народ.

Якими ж були його останні роки життя на Україні?

Півстолітній (1881 р.) ювілей лікарської, наукової і суспільної діяльності М.І. Пирогова вирішили відзначати на його батьківщині. Запросити вченого та хірурга на святкування до Вінниці приїздив професор М.В. Скліфосовський. Вже на своїй батьківщині Миколу Івановича зустріли на вокзалі хлібом-сіллю. Серед зустрічаючих був і наш земляк-художник І.Ю. Рєпін (теплу зустріч ювіляра біля потяга він увіковічив на полотні "Приїзд М.І. Пирогова до Москви"). Це була остання зустріч геніальної людини зі своїми колегами й учнями.

Останнім часом здоров'я 71-річного хірурга підупадало. За рік до свого ювілею у нього випав останній зуб (кутній правої верхньої щелепи), однак від штучних щелеп-протезів він відмовився. Що солоні й кислі страви завдають йому болю у певній ділянці рота й спричиняють подразнення слизової оболонки професор помітив ще на початку 1881 р.

Микола Іванович смутно здогадувався, що це в нього може розвиватися злоякісний процес і в розмовах намагався уникати цієї теми, не скаржився на біль, продовжував спокійно працювати. Оточенню він здавався цілком здоровим, однак поганий стан чоловіка не могла не помітити дружина. Вона відїзвала з Києва доктора С.С. Шкляревського (в цей час Миколу Івановича також відвідали доктор І.В. Бертенсон і професор М.В. Скліфосовський).

Першим оглянув Пирогова хірург Скліфосовський. Сумніву в тім, що виразка злоякісна і що існуюче новоутворення має епітеліальний характер, у Миколи Васильовича не було, і він порадив швидше зробити операцію. Професори Грубе та Ейхвальд погодилися з висновком попереднього лікаря і повідомили про це родину хворого. Сім'я на операцію згоду дала, але вирішила провести її у Відні, у лікаря Теодора Більрота.

У Відні Т. Більрот, оглянувши пацієнта, висловив таку ж думку про перебіг захворювання, однак приховав це від нього, бо вважав, що втручання вже не допоможе. Він «заспокоїв» колегу, сказавши, що виразка доброякісна. Настрій Миколи Івановича у Австрії різко і швидко змінився – він знову збадьорився.

Повернувшись до України, він почував себе задовільно, катався верхи, працював на винограднику і в теплиці, де викохував свої улюблені троянди, продовжував, як звичайно, приймати хворих. Але оперував рідко.

Влітку Пирогов вирушив під Одесу на лиман (до Куяльника), де, оселився на дачі знайомого лікаря. Саме тут, біля перлини моря, Микола Іванович остаточно зрозумів безнадійність свого становища. Після повернення до маєтку він усе більше переконувався в невблаганному характері своєї хвороби. Рідко залишав кімнату, відмовлявся від прогулянок. Виразка в роті почала помітно збільшувати-

тися і все частіше завдавала йому болю. Різкіше проявлявся занепад сил. На додачу до всього восени під час прогулянки вчений застудився. З'явилися припухлість та інфільтрат шийних лімфатичних вузлів. Почалася боротьба зі смертю.

Останній місяць життя був для професора дуже важким: мучив невгамовний біль у ділянці обличчя й шиї. 23 листопада 1881 р. Миколи Івановича Пирогова не стало...

На четвертий день після смерті тіло вченого-хірурга було набальзамоване доктором Д.І. Виводцевим, котрий приїхав у Вишню з Петербургу (Д. Виводцев застосував той самий оригінальний метод, який описаний у його монографії "Бальзамирование и способы содержания анатомических препаратов и трупов животных", вид. 1881 р.). Тривало бальзамування біля чотирьох годин і ефект його був разючим.

Ще до смерті Микола Іванович виявив бажання бути похованим у своїй садибі і перед самим кінцем ще раз про це нагадав.

Безліч телеграм зі словами співчуття надійшло на ім'я дружини – Олександри Антонівни у Вишню від рідних, друзів і знайомих, медичних товариств, університетів, лікувальних установ, навчальних закладів тощо. Надіслали телеграми й управа медичного товариства Константинополя, члени Російської пироговської публічної читальні в Гейдельберзі й т. п.

29 листопада 1881 р. забальзамоване тіло Миколи Івановича було перенесене з будинку в церкву села Шереметки для подальшого поховання на місцевому цвинтарі. Склеп будувався на спеціально придбаній дружиною ділянці сільського цвинтаря. Труну замовляли аж у Відні. Було оголошено, що офіційний похорон М.І. Пирогова відбудеться 24 січня 1882 р. о 12 годині дня. До Вінниці почали прибувати депутати, надсилалися вінки. Відкрита труна з тілом вченого була піднята з катафалка і перенесена на руках синами вченого, лікарями й офіцерами в склеп, де її встановили на постамент (на цьому самому місці вона покоїться до сьогодні).

Спочатку над склепом спорудили тимчасову каплицю, а у 1885 р. зведено церкву, освячену на честь св. Миколи Чудотворця. Удова М.І. Пирогова сама піклувалася про підтримку тут необхідного порядку, перед своєю смертю заповідала 10 000 карбованців на утримання труни, церкви-усипальниці і школи для селянських дітей, побудованої поруч її власним коштом. Однак із часом ця святиня, на жаль, ставала все більш занедбаною.

Величезних збитків і усипальниці й садибі заподіяно в роки іноземної інтервенції і Громадянської війни. А у 1920 р. напівзруйнований будинок Пирогова був наданий під житло групі робітників, що прибули з Америки і утворили тут комуну ім. Дж. Ріда. Пізніше садиба Миколи Івановича перейшла до дослідницької сільськогосподарської станції. В цей час відбувся ремонт будинку Пирогова і службових приміщень садиби, але жодних заходів для збереження тіла й усипальниці не вживалося. У 1936 р. садиба була передана Наркоматові охорони здоров'я України, який розмістив тут Вінницьку обласну інфекційну лікарню.

Питання про збереження тіла великого медика і перетворення його садиби на музей уперше було ініційоване на початку 1920-х років Вінницьким науковим товариством лікарів на чолі з доктором медичних наук М.М. Болярським. Цю ж проблему обговорювали учасники Першого Всеукраїнського з'їзду хірургів (1926 р.).

З нагоди 125-річчя з дня народження легендарного хірурга професори Вінницького медичного інституту М.М. Болярський та Г.М. Гуревич вказували, що "кращім пам'ятником Пирогову буде створення з дому, де він жив, музею історії хірургії".

У зв'язку з наближенням вже 135-річного ювілею вченого Наркомздорів і Українське відділення Пироговського товариства лікарів знову порушили питання про створення у Вишні меморіального комплексу. Сюди прибули фахівці, що зробили огляд останків М.І. Пирогова і склепу, а основні роботи з реставрації тіла були призначені на літо 1941 р. . . .

Лише 27 жовтня 1944 р. урядове "Розпорядження" вказувало: "В целях увековечения памяти основоположника военно-полевой хирургии Н.И. Пирогова обязать:

1. Совнарком Украинской ССР передать Главвоенсанупру Красной Армии в селе Шереметка Винницкой области усадьбу Пирогова Николая Ивановича со всеми постройками и земельным участком.

2. Главвоенсанупру Красной Армии организовать в усадьбе Пирогова Н. И. музей его имени и принять меры по сохранению останков Пирогова Н. И."

У травні 1945 р. у Вишню прибула ще одна комісія в складі вчених із Ленінграда, Києва, Харкова, Вінниці – професорів Максименкова, Синельникова, Даля, Спірова, Дермана, Отелина, Замятіна та полковника медичної служби Герасименка. Ім необхідно було провести роботи з відновлення тіла М.І. Пирогова, котре, за визначенням офіційного акта, мало "ужасающий вид". Після п'ятимісячної наполегливої праці первісний вигляд тіла був відновлений, а процеси розпаду значно сповільнені. Це була перша ребальзамація, проведена через 65 років після смерті М.І. Пирогова – аналогічні роботи згодом проводилися українськими вченими у 1956 і 1973 рр.

Відкриття музею відбулося 9 вересня 1947 р. Саме цього дня рівно 100-ліття тому М.І. Пирогов уперше в світі застосував ефір як знеболуючий засіб при хірургічних операціях на полі бою. Через 30 років Рада Міністрів Української РСР видала розпорядження про проведення в музеї чергових реставраційно-будівельних робіт. Цим документом і відповідним наказом міністра охорони здоров'я академіка Б.В. Петровського було визначено комплекс заходів щодо створення оптимальних умов для довготермінового збереження тіла М.І. Пирогова в умовах природного середовища.

Усі ці проблеми вдалося успішно вирішити. Більше того, ще двічі (у 1979 і 1988 рр.) група вчених з НДІ Міністерства охорони здоров'я під керівництвом академіка С.С. Дебова і в складі професорів Купріянова, Авцина, Сапіна, Денисова-Нікольського й Жеребцова здійснила ребальзамацію і відновлення останків М.І. Пирогова. За своєю новизною і обсягом досягнутих результатів ця робота стала унікальною. Науковці досягли максимальної подібності вигляду тіла великого хірурга до його прижиттєвого зображення. Була повністю переустаткована труна – з неї зняли скляне вікно, а саму її вміщено у герметичний саркофаг. Винахідливість та рідкісне вміння при цьому виявили фахівці Всесоюзних НДІ скла і світла, підприємств Міністерства авіаційної промисловості та низки інших установ і відомств.

На сьогоднішній час найдіяльнішу участь у ребальзамації тіла Миколи Івановича Пирогова поряд з фахівцями беруть учені Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова і співробітники музею. Тепер для періодичних ребальзамацій у пироговській садибі обладнано спеціальну лабораторію. Такі процедури виконувались тут у 1994 і 2000 рр.

Музейний комплекс складається з будинку вченого, будинку-аптеки, церкви-некрополя, де 126 років зберігається набальзамоване, доступне для огляду тіло М.І. Пирогова, садиби, площею 20 гектарів, у якій до цього часу ростуть дерева, посаджені руками талановитого лікаря. У двадцяти залах музею розгорнуто експозицію, яка відображає лікарську, наукову, педагогічну і громадську діяльність ученого. Музей багатий своїми фондами, кількість експонатів перевищила 16,5 тисяч. Матеріали музею є невичерпним джерелом для роботи вчених, лікарів-практиків, студентів. На їх основі підготовлено чимало наукових праць.

Музей є навчальною базою Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. Тут проводять заняття з історії медицини, засідання студентських наукових гуртків. Разом із Міністерством охорони здоров'я України, Вінницьким національним медичним університетом ім. М.І. Пирогова, обласним управлінням охорони здоров'я музей був одним з організаторів проведення у Вінниці значних наукових форумів, присвячених М.І. Пирогову, серед яких – виїзна сесія Академії медичних наук, Пироговські читання, з'їзди, наукові конференції.

Музей М.І. Пирогова відноситься до найважливіших об'єктів культурної спадщини України і занесений до Державного реєстру пам'яток історії та архітектури національного значення. Його меморіальний парк є пам'яткою садово-паркового мистецтва. За 60 років свого існування Пироговський меморіал набув світової слави. Більше 7 мільйонів відвідувачів із 169 країн світу ознайомилися з його експозиціями.

Діяльність ученого залишила глибокий слід в історії вітчизняної і світової медицини, науки і культури. Силою свого генія і мудрості він зумів не тільки передбачити майбутнє на багато десятиліть уперед, але і закласти основи магістральних розділів медичної науки і практики. Ураховуючи великий внесок Миколи Івановича Пирогова у світову та вітчизняну науку, а також значну роль музею-садиби у вивченні і збереженні історії України, проведенні унікальних наукових досліджень загальнодержавного значення, пироговському меморіалу у Вишні надано статус Національного.

Література:

1. Пирогов Н.И. Вопросы жизни. Дневник старого врача (юбилейное издание, посвященное 200-летию со дня рождения Н.И. Пирогова, 2010. 440с.
2. Брежнев А.П. Пирогов. М.: Мол. гвардия, 1990. 476 с.
3. Шкляревский С.С. Очерк жизни и деятельности Н.И. Пирогова. Киев: тип. С.В. Кульженко, 1881. 16 с.
4. Шевченко Ю.Л., Козовенко М.Н. Музей Н.И. Пирогова. СПб.: Наука, 2005. 253 с.
5. Даль М. К. Смерть, погребение и сохранение тела Николая Ивановича Пирогова // Новый хирургический архив. 1956. № 6. С. 65-74.
6. Шкляревский С. С. История болезни Н. И. Пирогова. 1882.-№ 10.
7. Кульчицкий К. И., Кланца П. А., Собчук Г. С. Н. И. Пирогов в усадьбе Вишня.К., 1981.
8. Синельников Р. Д. Метод реконсервации бальзамированного трупа // Привес М. Г.1956. С. 98 114.
9. Собчук Г. С, Кланца П. А. 25 лет музея-усадьбы Н. И. Пирогова в Вишне. Советское здравоохранение.1973. № 5. С. 87 90.

ОРГАНІЗАТОР ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ІСТОРИК МЕДИЦИНИ, ПРОФЕСОР АРКАДІЙ ФЕДОРОВИЧ КІСЕЛЬОВ (1925–2017)

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

Ми знаємо багатьох видатних організаторів охорони здоров'я, які захоплювалися історією медицини і присвятили їй вивченню багато часу. До їх числа належав А.Ф. Кісельов.

Він народився 3 жовтня 1925 р. в с. Софіївка Софіївського району Криворізького округу УРСР (нині смт в Дніпропетровській області України) в сім'ї селянина. Під час колективізації сім'я переїхала в Дніпродзержинськ (до 1936 р. і нині Кам'янське). Тут, в 1939 р, Аркадій Кісельов вступив в фельдшерсько-акушерську школу. У роки Великої Вітчизняної війни він опинився на тимчасово окупованій території. Після звільнення Дніпродзержинська – в жовтні 1943 р. – призовною комісією військкомату був направлений фельдшером у відділення госпітально для військових хворих на венеричні захворювання.

Наступний етап життя А.Ф. Кісельова пов'язаний з м. Івано-Франківськ (до 1962 р. – Станіслав), куди в травні 1946 р. він був спрямований по комсомольській путівці, де по 1953 р. працював фельдшером в обласному шкірно-венерологічному диспансері. В 1947 р. обласний відділ охорони здоров'я дав фельдшеру Кісельову направлення на навчання до місцевого медичного інституту, який він закінчив в 1953 р. за фахом лікувальна справа (одночасно продовжував працювати в названому диспансері). Будучи студентом, брав участь у роботі студентського гуртка з історії медицини та організації охорони здоров'я.

У 1953 р., після здачі державного іспиту, А.Ф. Кісельов був направлений завідувачем Новоодеського районного відділу охорони здоров'я. Райцентр, місто Нова Одеса в Миколаївській області – вся подальша його діяльність була пов'язана з Миколаївщиною. З 1962 до 1971 р. А.Ф. Кісельов завідувач Миколаївського обласного відділу охорони здоров'я; став заслуженим лікарем УРСР (1970). З 1962 р. він очолював обласне товариство істориків медицини, яке в 1992 р. стало секцією обласного товариства соціальних гігієністів та істориків медицини. Захистив кандидатську дисертацію в 1969 р в Одеському медичному інституті ім. М.І. Пирогова (нині Одеський національний медичний університет).

З 1971 р. А.Ф. Кісельов працював у Миколаївському педагогічному інституті (тепер – Миколаївський національний університет ім. В.О. Сухомлинського), де пройшов шлях від старшого викладача, доцента до завідувача кафедри біологічних основ фізичного виховання і спорту (1978–2000 рр.); а в 2000–2015 рр. він професор кафедри. 4 липня 1991 р. А.Ф. Кісельову було присвоєно звання «професора кафедри біологічних основ фізичного виховання і спорту». Останні роки він хворів і ні з ким не спілкувався. Помер Аркадій Федорович Кісельов 5 жовтня 2017 р. в Миколаєві. Вдячний В.С. Єрмілову (Миколаїв) за надані матеріали з біографії проф. Кісельова.

Публікації з історії медицини у Аркадія Федоровича з'явилися в 1960-х роках. На III Всесоюзну науково історико-медичну конференцію, що проходила в 1967 р., А.Ф. Кісельовим були представлені тези «Сдвиги в здоров'є населення Николаевской области за 50 лет Советской власти», але вони не увійшли до збірки цієї конференції внаслідок обмеження її обсягу.

У 1980 р. у Ташкенті проходив II Всесоюзний з'їзд істориків медицини. У матеріалах цього з'їзду були опубліковані тези А.Ф. Кісельова «Роль областного общества историков медицины в идеологической и воспитательной работе среди медицинских работников» (у співавторстві) та «Медицинские работники Николаевщины – в революции 1905–1907 гг.».

У 1986 р. в Кобулеті Грузинської РСР зібрався останній III Всесоюзний з'їзд істориків медицини. Я брав участь у роботі як II, так і III з'їзду, однак не можу сказати чи приїжджав на ці наукові форуми проф. Кісельов, але в збірнику III з'їзду є його тези «Некоторые вопросы диспансеризации населения Николаевской области» (у співавторстві).

У дев'яності і нульові в Москві проходили з'їзди Конфедерації істориків медицини (міжнародної) – у 1998, 2003 і 2009 рр. У матеріалах кожної з них є тези А.Ф. Кісельова (всі написані в співавторстві): про патріотичну і професійну діяльність медиків у роки Великої Вітчизняної війни; про діяльність Миколаївського обласного наукового товариства істориків медицини; про музей історії медицини Миколаєва.

Проф. Кісельов не тільки організував і провів, а й видав тези кількох історико-медичних конференцій, які збирали істориків медицини не тільки України, а й зарубіжжя: Науково-практична конференція, присвячена 225-річчю від дня народження видатного вітчизняного епідеміолога Данила Самойловича (1969); Обласна науково-практична конференція медичних працівників, присвячена 200-річчю м. Миколаєва (1989); Науково-практична конференція, присвячена 60-річчю санітарно-епідеміологічної організації (1997).

У радянську епоху були труднощі з виданням тез наукових форумів. Саме А.Ф. Кісельов допоміг із випуском матеріалів V Республіканської наукової історико-медичної конференції (1970). Конференція відбулася в Одесі, а її матеріали побачили світ у Миколаєві.

Коли я, будучи завідувачем кафедри в Сумському державному університеті, проводив історико-медичні конференції, то на них запрошував Аркадія Федоровича і він відгукувався на ці запрошення. У матеріалах конференцій поміщені його повідомлення (всі у співавторстві): про медичну освіту на Миколаївщині (2002); про роль медичних працівників у боротьбі з німецько-фашистськими окупантами (2005); про історію медицини в Миколаївському державному університеті (2007).

З початку XXI ст. у авторів з'явилася можливість видавати монографії. Проф. Кісельов у співавторстві випустив українською мовою ряд монографій про громадське здоров'я та організації медичного обслуговування населення. У цих виданнях видно його великий досвід організатора охорони здоров'я та знання вченого, який володіє історичним методом. У всіх цих монографіях досліджувався матеріал за великий історичний період: амбулаторно-поліклінічні та стаціонарні установи Миколаївщини: 1789–2004 рр. (2005); здоров'я жінок Миколаївщини: 1789–2005 рр. (2006); медична та соціальна допомога дітям Миколаївщини: 1789–2004 рр. (2006); хірургічна служба Миколаївщини: 1789–2005 рр. (2008); наркологічна служба Миколаївської області: 1950–2008 рр. (2009); психічне здоров'я населення Миколаївщини: 1830–2009 рр. (2010).

Як бачимо, праці з історії охорони здоров'я та медицини професора Аркадія Федоровича Кісельова присвячені локальній історії історії Миколаївщини з 1789 р., тобто року заснування міста Миколаєва і до наших днів.

ЗБЕРЕЖЕННЯ ПАМ'ЯТІ ПРО ВЧИТЕЛІВ: ДО 220-РІЧЧЯ КАФЕДРИ СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ, МЕДИЧНОГО ПРАВознавства ІМЕНІ ЗАСЛУЖЕНОГО ПРОФЕСОРА М.С. БОКАРІУСА

О.В. Дунаєв, В.О. Ольховський, П.О. Леонтьєв, ХНМУ, м. Харків

У 2024 р. Харківський національний медичний університет (ХНМУ) буде святкувати історичний ювілей – 220 років з часу свого заснування. Одночасно славетний ювілей будуть відмічати й кафедри університету, які беруть свій початок від 1804 р. Серед них – кафедра судової медицини, медичного правознавства імені заслуженого професора Миколи Сергійовича Бокаріуса. Саме професор М.С. Бокаріус вперше у 1905 р. підготував нарис про історію кафедри з 1835 р., який був розміщений у збірнику Імператорського Харківського університету до 100-річчя його заснування. У подальшому професор М.С. Бокаріус у 1920-х роках створив стенди з наочними матеріалами про конкретний внесок завідувачів кафедри за вказаний період. Послідовники М.С. Бокаріуса, а саме професори М.М. Бокаріус, М.П. Марченко, В.О. Татаренко зберегли вказані стенди та доповнювали матеріали з історії кафедри у наукових публікаціях.

Поштовхом до подальшого дослідження історичного надбання кафедри та конкретного внеску завідувачів кафедри стало святкування у 2005 р. 200-річчя заснування кафедри. Колектив кафедри (завідувач кафедри – проф. В.О. Ольховський) виступив з ініціативою проведення на базі кафедри Всеукраїнської науково-практичної конференції судових медиків та криміналістів з міжнародною участю. Також колектив кафедри поставив задачу створити до цих урочистостей Музей історії кафедри з восковими скульптурами професорів Бокаріусів (автор – харківський художник С.Ф. Дегтяр), які безумовно є засновниками сучасної судово-медичної служби України, та встановити меморіальну дошку на честь М.С. Бокаріуса на фасаді будинку кафедри по вул. Дмитрівській, 16. Цю ініціативу кафедри підтримало керівництво Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи (начальник – В.В. Хижняк). Поставлені завдання були успішно виконані. 12 вересня 2005 р. Музей історії та меморіальна дошка були урочисто відкриті в присутності делегатів та гостей конференції. Одночасно учасникам конференції проф. В.О. Ольховський представив поглиблені матеріали з витоків кафедри, що дозволило обґрунтувати дату заснування кафедри з 1805 р. та доповнити дані про завідувачів кафедри та їх науковий внесок з 1805 по 1835 рр. Вказані матеріали найшли своє відображення у додаткових стендах та численних наукових публікаціях.

У 2008 р. на кафедрі була створена меморіальна експозиція з восковою скульптурою професора М.П. Марченка, учня та наступника проф. М.М. Бокаріуса. Наступником кроком до поглибленого вивчення внеску видатних вчених кафедри стало встановлення меморіальної дошки на честь професора Миколи Миколайовича Бокаріуса на фасаді головного будинку Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи, начальником якого він був у 1943–1952 рр. Урочисте відкриття дошки відбулося у 2009 р. під час проведення на базі кафедри чергової Всеукраїнської науково-практичної конференції судових медиків та криміналістів з міжнародною участю, що була внесена до державного реєстру наукових форумів України. Також під час конференції її делегатам був презентований портрет

вчителя М.С. Бокаріуса – професора Феодосія Олексійовича Патенка (автор – харківський художник С.Ф. Дегтяр). Портрет виконано олійними фарбами та встановлено в лекційній аудиторії кафедри (по вул. Дмитрівській, 16), якій делегати конференції присвоїли ім'я професора Ф.О. Патенка (був завідувачем кафедри з 1887 по 1910 р.). У 2010 р., у зв'язку з 205-річчям кафедри, був створений додатковий стенд за зразком стендів, які створив ще М.С. Бокаріус, який додав нові історичні матеріали про завідувачів кафедри з 1805 по 1835 рр. та з 1931 р. по теперішній час.

У 2016 р. з нагоди 85-річчя з дня смерті професора М.С. Бокаріуса за поданням колективу кафедри рішенням Вченої ради ХНМУ кафедрі присвоєно почесне ім'я заслуженого професора Миколи Сергійовича Бокаріуса, що свідчить про значний внесок вченого в історичну спадщину харківської вищої медичної школи.

У 2020–2021 н. р. кафедра отримала нові приміщення на базі НДІ гігієни праці університету по вул. Трінклера, 6. Це поставило нелегку задачу перед колективом кафедри (завідувач – професор О.В. Дунаєв) передислокації Музею історії кафедри з восковими скульптурами професорів Бокаріусів, меморіальної експозиції професору М.П. Марченку, стендів з історичного внеску завідувачів кафедри з 1805 р. та інших пам'ятних матеріалів у нові приміщення. На честь колективу кафедри сьогодні це завдання успішно виконане. Як і раніше вказані історичні матеріали знову будуть демонструвати студентам університету пріоритетні здобутки провідних вчених кафедри в судово-медичній науці, педагогіці, судовій експертизі та криміналістиці за славетну майже 220-річну історію.

КОВРОВ ЯКІВ ГРИГОРОВИЧ

*Зайцев В.В., Макаров Д.С., Симковський С.Р.,
Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро*

Мета та завдання. У 2024 р. виповнюється 100 років зі дня народження професора, д.мед.н. Яківа Григоровича Коврова (1924–2017). Метою роботи є визначення вкладу Я.Г. Коврова у розвиток медичної науки та освіти України.

Матеріали та методи досліджень. Під час історичних описових досліджень вивчити матеріали біографії Я.Г. Коврова та зміст його наукових праць.

Результати. В історії Дніпровського державного медичного університету Я.Г. Ковров залишився як видатний лікар-гігієніст, доктор медичних наук (1974), професор (1976), завідувач кафедри гігієни дітей та підлітків (1971–1989). Яків Григорович Ковров народився в багатодітній селянській родині в Херсонській області, де і закінчив середню школу. Однак мрія про подальшу освіту була зруйнована війною. У 1943 р., перебуваючи в евакуації в Донецькій області, був мобілізований. Відважно воював на різних фронтах та закінчив війну на Далекому сході, борючись з військами японської Квантунської армії. У битвах із ворогами був тричі поранений. Був удостоєний чисельних урядових нагород за бойові заслуги [1, с. 127–128].

Яків Григорович демобілізувався в 1947 р. і після іспитів був зарахований на санітарно-гігієнічний факультет Дніпропетровського медичного інституту (ДМІ). Під час навчання брав активну участь у наукових гуртках із гігієни та організації охорони здоров'я. У 1953 р. Я.Г. Ковров закінчив ДМІ. Беручи до уваги

здібності молодого лікаря, йому було порекомендовано скласти іспити в аспірантуру на кафедрі організації охорони здоров'я. Після закінчення аспірантури кафедри (1956) Яків Григорович був направлений на роботу до Криворізького науково-дослідного інституту гігієни праці та професійної патології, де протягом майже трьох років працював керівником організаційно-методичного відділу [2, с. 224–225]. Прагнення присвятити себе науково-педагогічній діяльності спонукало Я.Г. Коврова у 1959 р. повернутися на кафедру охорони здоров'я ДМІ. Основним напрямком його наукової діяльності в цей період була організація медичного обслуговування та профілактика захворюваності серед працівників металургійної та гірничої промисловості [3, с. 85–92; 4, с. 3]. Результатом цієї науково-дослідницької праці була кандидатська дисертація на тему «Диспансеризація та цехово-дільничний принцип роботи медико-санітарної частини (МСЧ)», яку він успішно захистив в 1961 р. У висновках дисертації було зазначено, що завдяки диспансеризації і цехово-дільничному принципу роботи МСЧ на підприємстві на 25 % знизилася загальна захворюваність серед робочих, були намічені напрямки подальшої організації медичної роботи МСЧ [5, с. 13–14]. У 1967 р. Якову Григоровичу було присвоєно звання доцента [6, с. 138–139]. Подальша науково-дослідницька робота молодого вченого була присвячена різним аспектам організації охорони здоров'я трудящих Дніпропетровщини [7, с. 113–115, 8, с. 121–124, 9, с. 252–254]. За підсумками цих робіт у 1974 р. доцент Я.Г. Ковров у 1974 р. успішно захистив докторську дисертацію на тему «Соціально-гігієнічні аспекти сліпоти та слабкого зору». У дисертаційній роботі він провів різнобічний аналіз стану проблеми сліпоти і слабкого зору в Україні, в якому показав зниження рівня сліпоти порівняно з 1926 роком на 24,07 % ($p > 0,05$) та визначив напрямки подальшої медико-профілактичної роботи відносно сліпоти [10, с. 21–24]. Через два роки (1976) йому було присвоєно вчене звання професора. З 1971 до 1989 р. Я.Г. Ковров працював завідувачем кафедри гігієни дітей та підлітків ДМІ, головним науковим напрямком якої було вивчення впливу соціально-гігієнічних факторів на фізичний розвиток дітей і підлітків та їх здоров'я [11, 12]. На кафедрі було досліджено близько 20 тисяч дітей та підлітків віком від 3 до 7 років [13, с. 245–246; 14, с. 112–113], результатом чого стали затверджені нові регіональні стандарти фізичного розвитку школярів, видані у 1988 р. Під керівництвом професора Я.Г. Коврова колектив кафедри вивчав стан здоров'я дітей Придніпров'я та розробив систему реабілітаційних та профілактичних заходів щодо оздоровлення школярів. Підсумки дослідницької роботи кафедри були опубліковані у Всесоюзному збірнику «Матеріали по фізичному розвитку дітей та підлітків міст та сільських місцевостей СРСР» (1982). З ініціативи Я. Г. Коврова з 1979 по 1984 рр на кафедрі з метою удосконалення практикуючих лікарів проводились курси з гігієни дітей та підлітків. Майже до останніх років життя (1989–2014) професор Я.Г. Ковров працював у Дніпропетровському державному інституті фізичної культури і спорту на посаді професора кафедри водних видів спорту за спеціальністю фізична культура, фізичне виховання різних груп населення [15, 16]. Головними напрямками його наукових досліджень в цей період життя були теоретико-методологічні засади рекреаційної діяльності дітей і молоді у процесі фізичного виховання, формування їх фізичного, психічного, морального здоров'я та мотивації до рухової активності, пропаганді здорового способу життя.

Наукова спадщина професора Я.Г. Коврова представлена 96 науковими працями, у тому числі: «Досвід диспансеризації робітників заводу ім. В.І. Леніна м. Дніпропетровська» (1959), «Міопія як причина інвалідності» (1967), «Очні хвороби як причина інвалідності населення» (1970), «Профілактика і реабілітація інвалідів по зору» (1973), «Раціональне харчування дітей» (1983), «Фізична підготовленість шестирічних дітей» (1999), «Сколиотична постава у юних плавців та її корекція за допомогою фізичних вправ» (2005) тощо [17, 18]. Під керівництвом професора Я.Г. Коврова було захищено 3 кандидатські дисертації. У своєму повсякденному житті він завжди займав активну громадянську позицію: з 1979 по 1989 р. був головою гігієнічного товариства, з 2003 р. очолював союз ветеранів Великої Вітчизняної війни Дніпропетровської державної медичної академії, проводив патріотичне виховання молоді.

Висновки. Доведена видатна роль професора Я.Г. Коврова у становленні та розвитку соціальної медицини та гігієни дітей та підлітків на Дніпропетровщині.

Література:

1. Лехан В. М., Семенова Л. С. Професор Ковров Яків Григорович (До 85-річчя від дня народж.) // *Медичні перспективи*. 2009. №3, 127 128.

2. Професори Дніпропетровської медичної академії: 1916–2019 рр. Дніпр: Пороги, 2020. С. 224 225;

3. Опыт диспансеризации рабочих завода им. В.И. Ленина г. Днепропетровска. В кн.: *Сборник научных трудов Днепропетровского государственного медицинского института, том XIV, ч. 1*, г. Днепропетровск, 1959 г. С.85 92.

4. Ковров Я.Г. – К вопросу об условиях труда, медицинского обслуживания и состояния здоровья горнорабочих Марганец-Никопольского бассейна. В кн.: *Научная конференция по проблеме «Силикоз и борьба с ним»*. Кривой Рог. 1958, С. 143 147.

5. Ковров Я.Г. – Диспансеризация и цехово-участковый принцип работы медико-санитарной части в борьбе за снижение заболеваемости и травматизма рабочих завода им. В.И.Ленина г. Днепропетровска. *Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук*. Харьков. 1961 С. 13 14.

6. Професори: біографічний довідник професорів Дніпропетровської державної медичної академії (1916-2001). Упорядник О.В. Люлько. Дніпропетровськ: Пороги, 2002. С. 138 139;

7. Ковров Я.Г. – Близорукость как причина инвалидности. В кн.: *Материалы XXX юбилейной научной конференции Днепропетровского мед. Института*. Киев, Здоров'я, 1967. С. 113 115.

8. Ковров Я.Г. Глазные болезни как причина инвалидности. В кн.: *Вопросы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины*. Киев. 1970 С. 121124.

9. Ковров Я.Г. К вопросу трудоустройства инвалидов по зрению. В кн.: *Вопросы клинической и теоретической медицины. Труды Днепропетровского мед. Института*. Киев. 1970 С. 252 254.

10. Ковров Я.Г. Социально-гигиеническое исследование слепоты и слабовидения (по материалам Днепропетровской области). *Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук*. Днепропетровск. 1971.

11. Ковров Я.Г. О некоторых причинах слабовидения у детей. В кн.: *Социальная гигиена, организация здравоохранения и истории медицины*. Киев, 1971. С. 55 59.

12. Ковров Я.Г. К характеристике причины слепоты. Журнал *Здравоохранение Российской Федерации*. 1972. С. 2.

13. Ковров Я.Г. , Буряк Л.И. Загоруля Н.Я. и др. Физическое развитие и состояние здоровья городских и сельских школьников Украины. *X Украинский съезд гигиенистов: Тез. Докл., том 1* – Киев. 1981 С. 245-246.

14. Ковров Я.Г. , Чередниченко Н.Н. Уровень артериального давления у младших школьников, проживающих в условиях интенсивной промышленной зоны. *Охрана здоровья детей и подростков* – Киев. 1989. Вып. 20, С. 112–113.

15. Буряк Л.І. Ковров Яків Григорович // *Енциклопедія Сучасної України*. 2006. [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://esu.com.ua/search_articles.php?id=7346

16. Постанова президії ВАК України від 11.05.2005 №21-067/4, С. 3. «Паспорт спеціальності 24.00.02 - фізична культура, фізичне виховання різних груп населення».-2005. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v21-0330-05#Text>

17. Ковров Я.Г. Фізична підготовленість шестирічних дітей // *Мат. Всеукр. міжвузів. конф.* Дніпропетровськ. 1999. С. 9.

18. Ковров Я.Г. Сколіотична постава у юних плавців та її корекція за допомогою фізичних вправ // *Спорт. вісн. Придніпров'я*. Дніпропетровськ. 2005. № 1, С. 17.

СТУДЕНТСЬКА СЕКСУАЛЬНІСТЬ У ХАРКОВІ ПОЧАТКУ ХХ СТ.: МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА МАСТУРБАЦІЇ

Робак І.Ю., Альков В.А., ХНМУ, м. Харків

Історія сексуальності в умовах сучасних історіографічних трендів набуває все більшої актуальності, але в Україні тема досі більш-менш табуована. У масовій свідомості вкорінена думка про те, що певних речей серед наших предків не існувало, і це – виключно прояв сучасності. Наприклад, онанізм, що громадською думкою наприкінці імперського періоду розглядався як «жахливий порок» та хвороба, потребував, на думку громадськості та лікарів, негайної реакції. А причини до хвилювання були об'єктивні.

Наприклад, 1910 р. вчителі зафіксували кілька випадків онанізму серед учнів шкіл міста Харкова, що занепокоїло громадськість та навіть стало причиною винесення проблеми на розгляд широкої громадськості, коли вона попала на шпальта популярної в місті газети «Утро». Рівень суспільного резонансу був такий, що училищна комісія та комісія, утворена зі шкільних лікарів, вирішили провести детальне розслідування. У результаті вдалося з'ясувати, що онанізм неочікувано широко розповсюджений серед учнів середніх шкіл та ВНЗ міста, причому у вищій школі «захворювання» (а саме так його тоді розглядало медичне співтовариство) вразило до 80 % усіх студентів. При цьому, було встановлено, що самозадоволення прийшло до вищої школи з середньої. Це змусило вищезгадані комісії спільно з вчителями взятися до розробки заходів щодо боротьби з онанізмом у міських школах [4].

Слід зазначити, що інститут шкільних лікарів був частиною санітарного нагляду й особливою ефективністю не вирізнявся. На кожного шкільного лікаря припадало від однієї до чотирьох шкіл. Платили їм по 120 рублів на рік за кожну, що мотивувало їх займатися головно чимось іншим. Через таку низьку оплату

праці шкільні лікарі приділяли своїм об'єктам небагато уваги, зводячи роботу здебільшого до лікарських порад під час відвідування шкіл та профілактики епідемічних захворювань, яку вели разом із санітарними лікарями [2, с. 78]. Тому навряд чи за допомогою цих незацікавлених та заклопотаних іншими питаннями людей проблему можна було вирішити.

Тим не менш, актуалізована проблема продовжувала перебувати у фокусі уваги санітарних лікарів. Того ж року очільником міської санітарної служби В.В. Фавром, який користувався в місті великим авторитетом, було опубліковано результати аналізу анонімного анкетування серед студентів щодо статевого життя, венеричних хвороб та онанізму. Він вже цікавився проблемою як дослідницькою та визначав її моральні аспекти як перепону на шляху розуміння, втім, називаючи «пороком». Його підходи відповідали новому розумінню природи явища, що з'явилося на рубежі XIX–XX ст. [3, с. 101]. Анкета В.В. Фавра складалася з 18 коротких і максимально зрозумілих питань. Відповідь давалася шляхом підкреслювань, аби унеможливити деанонізацію автора. 1902 р. анкету було запропоновано студентам Імператорського харківського університету, Технологічного та Ветеринарного інститутів. Респонденти надали 1298 відповідей, що складало загалом близька половини облікового складу. Зорієнтована анкета була на чоловіків [5, с. 1–3].

При заповненні відомостей анкети В.В. Фавра студенти часто пропускали пункти про онанізм. Із тих, хто їх заповнив (1 066 осіб), 683 визнали, що займалися онанізмом. При цьому, лікар зазначає, що, зважаючи на численні пропуски та небажання заповнювати саме цей пункт, цифра може бути значно більшою. Вдалося з'ясувати, що розпочинали практикувати онанізм із половим дозріванням, яке на той період часу починалося з 13–14 років, сягало апогею явище в 15 років, як раз під час навчання в середніх навчальних закладах, а з початком статевого життя поступово зменшувалося в масштабах. У таких закритих навчальних закладах, як семінарії, відсоток тих, хто практикував онанізм, міг сягати 70 %. З усіх опитаних лишень 4 % не мали полових стосунків і не займалися онанізмом. В.В. Фавр приходить до висновку, що втриматися від першого або другого, або спочатку другого, а потім першого не міг майже ніхто [5, с. 9–10]. Власне, тому студенти ставали однією з категорій відвідувачів публічних будинків. На той час в Європі вважалося, що проституція – це результат невідповідності між статевим потягом та фактичною можливістю вступу до шлюбу [1, с. 9]. Відповідно, той, хто не мав достатньо грошей, вдавався до альтернативної практики.

Таким чином, можна стверджувати, що в м. Харкові наприкінці імперської доби поширення онанізму серед молоді, що навчалася, було доволі значним і охоплювало, за досить неповними даними, близька двох третин. Явище, вочевидь, пояснювалося невідповідністю статевого дозрівання та можливістю задовольнити свої потреби, але продовжувало розглядатися як хвороба та викликало суспільне занепокоєння.

Література:

1. Блох И. История проституции. СПб.: «Рид»; «АСТ-ПРЕСС», 1994. 544с.
2. Робак І.Ю. Організація охорони здоров'я в Харкові за імперської доби (початок XVIII ст. – 1916 р.). Харків: ХДМУ, 2007. 346 с.
3. Соколов А.Б. «Грех Онана»: еволюція представлений о мастурбации в Новое время. *Corpus Mundi*. 2020. № 1. С. 82 – 110.
4. Утро. 1910. № 1883.

5. Фавр В.В. К вопросу о половых сношениях, о венерических болезнях и онанизме учащейся молодежи: Результаты харьковской анкеты среди студентов. Харьков: тип. «Печатное дело», 1910. [2], 19 с.

DEVELOPMENT OF NURSING IN UKRAINE OVER THE LAST 70 YEARS

Miakina O.V., Vasheva A.O., KhNMU, Kharkiv

Every year on May 12, the entire medical community of the world celebrates the World Nurse's Day. The link of nurses is important and integral in the field of health care, without it it is impossible to form, maintain, preserve and restore the health of citizens of Ukraine, because it unites specialists of different levels and profiles [7] (paramedics, nurses, midwives, assistants to sanitary doctors, laboratory assistants, pharmacists, dental technicians and other junior specialists working in treatment and prevention facilities).

In the post-war period, all spheres suffered significant decline, and the medical service and education in Ukraine were no exception. Therefore, significant efforts have been made to restore, further development and expand the network of medical institutions for developing professional training, including nurses. At the crossroads of the first and second half of the twentieth century, the work was carried out to develop and improve all health services. Reform measures also affected the issues of secondary medical education. Considerable attention was paid to the restoration of the network of secondary medical schools and the opening of new ones. Since 1947, the lists of specialties and curriculum for training in terms of specialists have been considered and approved. In 1948, the training of midwives lasted 4 years, the training of nurses for children's institutions, which previously lasted 2 years, increased to 3 years. In 1952, evening classes were opened at medical schools for people who had not completed secondary medical education, but worked in health care institutions. [2]

Later, in order to bring to a single system, reduce the number of secondary medical education, eliminate multidisciplinary and improve the quality of training of secondary medical personnel, in 1954 the following types of secondary medical schools and terms of training in them were established: medical schools training of midwives, paramedics, sanitary paramedics, paramedics and dentists with a 3-year training period; future pharmacists had to study in pharmaceutical schools for 3 years; The training of future dental technicians lasted for 2 years. [2]

In 1959, the organization of advanced training, improvement and specialization of secondary medical personnel was started. In the period after the war and until the mid-1970s, the number of students wishing to acquire medical professions increased, and accordingly the network of medical schools was constantly expanding.

In the same year, the Ministry of Higher Education approved new curriculum for medical training. The terms of training in the following specialties were extended: paramedic, obstetrician and pharmacist, for persons on the basis of incomplete secondary education up to 4 years and on the basis of complete secondary education up to 2.5 years. Training practice was introduced in the curriculum and the time for practical training was increased. The Ministry of Health has started organizing ongoing training courses, training and specialization of nurses.

In 1979, the International Labor Organization Convention on Nursing was ratified, and in 1987 the nomenclature of specialties with secondary medical education was revised, and attestation of midwives with the qualification category was introduced. [1] The following qualification categories have been introduced for nurses: nurse without category (for medical school graduates), second, first and higher category.

In 1989, the specialty "Nurse" was renamed the specialty "Nursing", which more significantly reflected the essence of the profession. [3] A new curriculum in this specialty was introduced, and the discipline "Fundamentals of Nursing" was presented for the first time.

In 1991, the Law "On Education" was adopted, which, taking into account international experience, planned significant changes in the higher education system with the introduction of four levels of qualification (junior specialist, bachelor, specialist and master) and the definition of types of educational institutions. [4]

On August 24, 1991, Ukraine became an independent democratic country.

Among other acute problems, the state felt the need to develop a legal framework and restructure in the field of education. The following year, the Verkhovna Rada approved the Law on Education, which provides the introduction of four levels of continuing higher education in Ukraine. According to it, the term "secondary special education" was refused and replaced by the term "first level higher education". Educational institutions that provide this level of education are called educational institutions of the first level of accreditation. There are higher educational institutions of a new type – colleges, which belong to educational institutions of the II level of accreditation. In these educational institutions, students are provided with basic higher education and after graduation – a bachelor's degree. Institutions of III-II levels of accreditation provide full higher education at the level of specialist and master.

From 1995–1996, nursing faculties began to open in medical universities and academies.

In 1996, the Ministry of Health of Ukraine issued an order "On the establishment of the National Program for the Development of Nursing in Ukraine." About 80 bachelor's nurses were soon released in Ukraine. Back in 1994, the Ministry of Health of Ukraine informed the heads of bodies and institutions of health care and heads of institutions subordinated to the Ministry of Health of Ukraine that: a nurse of the department, a nurse of a specialized department, a nurse-teacher of medical educational institutions of the I and II levels of accreditation, a nurse of a family doctor ". However, the legal status and salaries of specialists of the new type have not yet been legally approved.

We currently have stereotypical outdated approaches to the role of nurses in the health care system. They need change. Therefore, together with the medical community, the Ministry of Health is discussing the creation of a new model of nursing, because in addition to improving working conditions, it is important to move to a better and more modern level of education of nurses.

In order to implement these changes, in 2018 a conference was held on the topic "Reforming nursing in health care in Ukraine. Education of Junior Specialists ", a conference on "Reforming Nursing in Healthcare of Ukraine. Professional activity of a nurse" was held in the Club of the Cabinet of Ministers of Ukraine..

In August 2021, the order of the Ministry of Health of Ukraine "On the establishment of the Coordinating Council for Nursing Development" [5] established

an advisory body to provide expert support to the tasks and functions of the Ministry of Health, participation in strategy and development of nursing, coordination of work with the Ministry of Health. in the field of "nursing". The members of the Coordinating Council are elected heads of institutions of professional higher education who have higher medical education, nurses who have a master's degree in nursing and work experience in the main specialty for at least 7 years. To this end, the Coordinating Council should identify the main priorities in the development of nursing, justify the feasibility of modern medical innovations that can be used in the practice of nurses and make appropriate recommendations and suggestions to the leadership of the Ministry of Health.

References:

1. Учебные материалы по сестринскому делу. ВООЗ.Европейское региональное бюро, 1996. С.45
2. Вороненко Ю.В., Т.І. Чернишенко. Реформування медсестринської освіти в Україні.1998. N21. С. 5-11.
3. Грандо О. Визначні імена в історії української медицини. *Тріумф*, 1997.С. 335
4. Закон України Про освіту (Відомості Верховної Ради УРСР (ВВР), 1991, № 34, ст. 451) <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1060-12#Text>
5. Наказ МОЗ України «Про створення координаційної ради з розвитку медсестринства» <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1794282-21#Text>
6. Сорокіна І. Мати Тереза. *Медсестринство України*.1998.№ 1. С. 55-57.
7. Чернишенко Т. І. Міжнародний день медичної сестри. *Медсестринство України*. – 1999.№ 2.С. 5-7.

Секція 2 ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

АДВОКАЦІЯ: ДІЯ ЗАРАДИ ЗМІН У СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

М'ясоєдов В.В., Огнєв В.А., Яременко А.В., ХНМУ, м. Харків

Утвердження громадянського суспільства та демократії в нашій державі тісно пов'язано з громадською активністю, контролем громадян за діяльністю органів державної влади і місцевого самоврядування, а також їх можливістю впливати на прийняття важливих для громади рішень.

Важливим інструментом демократичних перетворень, в тому числі і в системі охорони здоров'я є адвокаційні кампанії, які все частіше використовують громадські організації, місцеві активісти, журналісти та прості громадяни.

У сучасному світі описано велику кількість визначень, що таке адвокація, вони відрізняються один від одного в залежності від конкретної країни, культури, часу і політичних режимів. У зв'язку з чим важливо визначити, що таке адвокація, найчастіше, коли мова заходить про адвокацію люди неодмінно асоціюють цей термін з юриспруденцією, адвокатською діяльністю юристів. Адвокаційна діяльність дійсно базується на знанні законів і підзаконних актів, проте означає значно ширшу діяльність – і за своїми цілями і завданнями, і за методами досягнення мети та часто використовується в системі охорони здоров'я.

Адвокація була, є і завжди буде одним з пріоритетних напрямків діяльності організацій громадянського суспільства, якщо навіть вони ніколи не чули цього терміну. Її суть полягає у взаємодії з органами влади усіх рівнів та широким колом зацікавлених осіб (стейкхолдерів) з метою представлення та просування інтересів певних соціальних (як правило, незахищених, вразливих, неактивних, недостатньо організованих тощо) груп, наприклад тих, які мають недостатню доступність до заходів по забезпеченню здоров'я громади.

Слово «адвокасі» або «адвокація» походить від англійського «advocacy» (to advocate) і означає як заклик до надання підтримки (рекомендації, аргументації, просування чогось). За терміном адвокація, закріпилося і специфічне поняття значення, яке трактує «адвокасі» як особливий рід занять характерними рисами, і, як правило, спрямований на соціальну проблематику.

Явище адвокації виникло в результаті необхідності реагувати на гострі проблеми, що виникають в суспільстві, або ж вироблення комплексної відповіді на систематичні проблеми, які виникають в процесі вирішення актуальних питань у сфері громадського здоров'я. Наприклад, особа або група осіб, які потрапили в скрутне становище, або ж усвідомлюють існування певної проблеми, не завжди можуть цю проблему вирішити самостійно. Тому виникає необхідність пошуку і впливу на того, кому підвладне вирішення даної проблеми. Звідси і визначальна риса адвокації - вплив на особу, яка приймає рішення.

Подеколи громадські організації вважають, що головною метою адвокаційної кампанії є внесення змін в чинне законодавство (прийняття нових норм або, навпаки, відміна діючих). Насправді це не завжди так. Ґрунтовний аналіз законодавства може показати, що змін в законодавстві не потрібно робити – нормативні

акти є, але вони не завжди виконуються в повному обсязі. Якщо ми говоримо про громадське здоров'я, то у такому випадку кампанію треба направити на забезпечення виконання законів, які прийняті в системі охорони здоров'я, а не на внесення змін. З цієї ж причини не можна забувати й про моніторинг прийнятих рішень – вони мають виконуватись! Так само, як і про моніторинг змін, що відбулися в реальному житті людей. Є приклади адвокаційних кампаній, які були успішними з точки зору досягнення мети та завдань кампанії, але в реальності приводили до погіршення ситуації.

Адвокаційні кампанії можуть здійснювати громадяни, їх ініціативні групи (двоє та більше осіб), громадські (професійні спілки, молодіжні та дитячі організації, організації роботодавців, творчі спілки тощо) благодійні та інші організації, засоби масової інформації (як окремі журналісти, так і телевізійні канали, друковані, електронні видання та інші). Проте успішною кампанія є тоді, коли вказані суб'єкти діють спільно, в коаліції.

Для можливості здійснення кампаній необхідна наявність відповідної нормативно-правової основи. Проведений аналіз чинного законодавства показав, що наразі в Україні відсутній закон чи підзаконний нормативно-правовий акт, який би чітко визначив, що таке «адвокація», «адвокаційна кампанія» і як вона здійснюється. Водночас в чинному законодавстві є ряд нормативно-правових положень, які визначають основні права громадян та їх об'єднань, і таким чином становлять базу для проведення кампаній. Зокрема: Норми Конституції України; Міжнародний пакт про громадянські і політичні права; Рішення Конституційного Суду України; Закон України «Про інформацію»; Закон України «Про звернення громадян». Безперечно, це не вичерпний перелік, його можна доповнювати і доповнювати.

Варто знати деякі моменти для підготовки та проведення успішної адвокаційної кампанії в системі громадського здоров'я. Перш за все потрібно вивчати ставлення цільових аудиторій до теми та мети адвокаційної кампанії. Визначення ситуації, аналіз причин та наслідків необхідних для проведення успішних кампаній. Запорукою успіху є знання механізмів прийняття рішень та правильне визначення мішеней в рамках проведення адвокаційної кампанії з питань збереження здоров'я, також залучення цільової аудиторії, вони не повинні бути пасивними споживачами наслідків кампанії. В деяких випадках критично важливим є формування широкої коаліції для вирішення проблеми з представниками керівних органів. Чітко сформульовані індивідуальні ключові повідомлення та правильно вибрані передавачі, точки входу та канали мають забезпечити ефективний результат щодо впливу на цільову аудиторію. Під час проведення переговорів із представниками влади необхідно орієнтуватися на співпрацю та пошук можливих компромісів. Залучення засобів масової інформації може стати в нагоді для інформування широких прошарків населення та тиску на чиновників, зокрема у разі виявлення корупційної складової або інших шахрайських схем. Чітко сформульовані, досяжні та вимірювані мета та завдання кампанії є передумовою досягнення успіху. Необхідно скласти простий, але одночасно ефективний та гнучкий план реалізації, що дозволить досягти мети при мінімальному використанні ресурсів та зусиль. Враховуючи велику кількість методів та інструментів, що використовуються в адвокаційній практиці в системі громадського здоров'я, варто вибирати переважно ті, що не потребують значних витрат та організаційних зусиль.

Інколи ситуація сама примушує займатися адвокацією у випадку, коли потрібно якомога швидше попередити чи зменшити негативні наслідки будь-якої події при наданні медичної допомоги населенню або вирішенню питань, які виникають в ході організації заходів з питань поліпшення здоров'я населення. А інколи ж діяльність з адвокації можлива лише як довгостроковий процес. Зазвичай у таких випадках мета адвокації поліпшення загального стану речей в організації чи підвищення статусу певної громади. Для цього потрібно розробити стратегічний план та використовувати методи для того, щоб поступово створити сприятливу ситуацію чи попередити виникнення труднощів.

Захист громадських інтересів передбачає індивідуальні стратегії та дії, найбільш адекватні й дієві в кожній конкретній ситуації. У одному випадку будуть потрібні зустрічі з представниками виконавчої або законодавчої влади і серія освітніх заходів, в іншому мобілізація громадян співтовариства (асоціації), активне спілкування із журналістами, в третьому подання позову і ведення судового процесу.

Важливість адвокації в системі громадського здоров'я полягає в тому, що це дає людям шанс приймати участь у вирішенні питань, які мають вплив на їхнє здоров'я й життя та надає можливість зосереджувати увагу на особистостях та їхніх правах, надає право вибору. Адже вибір є основою для поваги та гідності, є одним з людських прав. Адвокація дозволяє населенню орієнтувати сферу послуг на потреби клієнтів та покращує життя людей.

Література:

1. Пугач Л. Ю. Питання "advocacy" на сторінках наукових видан (2000–2015 рр.): історіографія дослідження / Л. Ю. Пугач // Молодий вчений. – 2016. – № 9. – С. 339–344.

2. Абрам'юк І. Врегулювання механізмів участі громадян в управлінні громадою. – К.: «Легальний статус», 2011. – 63 с.

3. Солонтай О.Г., Навроцький В.В., Коваль О.Д. Лобіювання: сутність, засади, практика застосування: посібник по адвокації / О.Г. Солонтай, В.В. Навроцький, О.Д. Коваль. – Ужгород, 2003. 140 с.

4. Загуменна В. В. «Адвокасі» без перешкод: про актуальну проблему сьогодні: потребу вільного та відкритого доступу до інформації / В. В. Загуменна // День. – 2010. – С. 7. Режим доступу: <http://www.day.kiev.ua/>

5. Посobie по адвокации: Власть и участие народа. http://www.advocate-for-children.org/ru/advocacy/media_advocacy/start

6. VeneKlasen, Lisa, and Miller, Valerie, 2002. A New Weave of Power, People, and Politics: An action guide for policy and citizen participation. P. 39. World Neighbors, Oklahoma, USA.

7. ADVOCACY: MODELS AND EFFECTIVENESS. Ailsa Stewart, Gillian MacIntyre, School of Applied Sciences, University of Strathclyde, 2013

8. ADVOCACY: PEOPLE'S POWER AND PARTICIPATION GUIDE. The Institute for Sustainable Communities (ISC) and Nader Tadros of People's Advocacy, 2009

9. Адвокасі: практичний посібник / Упорядк. Ганна Кіященко. К., 2009. 102 с.

ЗАКРІПЛЕННЯ ПРАВА НА ГІДНЕ СТАРІННЯ В НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ АКТАХ РІЗНОГО РІВНЯ

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

Стратегічний курс політики, спрямований на забезпечення гідного старіння, а саме: належних умов життя та праці осіб старшого віку, збереження та підтримку їхнього здоров'я, надання медичних та соціальних послуг тощо, регламентовано низкою нормативно-правових документів різних рівнів, зокрема, міжнародного, регіонального та національного. Конкретні шляхи досягнення активного довголіття літніх людей передбачають втілення ряду програмних заходів за участі усіх секторів суспільства. Особи старшого віку в цьому контексті розглядаються як суб'єкти, що беруть активну участь у процесі розбудови суспільства [1, 2].

Проблемі старіння присвячено багато уваги в законодавчій базі на міжнародному рівні. Масштабність проблем процесу постаріння населення розглядалося на всесвітніх асамблеях Організації Об'єднаних Націй (ООН). Першу Всесвітню асамблею ООН з питань старіння було скликано у 1982 р. Результатом роботи Асамблеї стало прийняття Віденського міжнародного плану дій з проблем старіння. Цей документ складався з 62 пунктів і акцентував увагу спільноти на питаннях охорони здоров'я, харчування, захисту літніх людей, забезпечення житлом, екологічного благополуччя, родини, соціального та матеріального забезпечення, зайнятості, освіти тощо [3, 4]. А в 1991 р. Генеральною Асамблеєю ООН було проголошено Принципи Організації Об'єднаних Націй по відношенню до людей похилого віку. Документ містив 18 пунктів і закликав уряди країн включити в свої національні програми такі принципи, як незалежність людей похилого віку та їх залучення до життя суспільства, забезпечення догляду за літніми особами та їх захисту, всебічної реалізації їхнього внутрішнього потенціалу та гідності [5]. Наступного року було проведено Міжнародну конференцію з проблем старіння. На цьому заході прийнято Декларацію з проблем старіння, в якій закликано міжнародне співтовариство втілювати в життя Міжнародний план дій з проблем старіння, а також підтримувати ініціативи, пов'язані з питаннями старіння, в контексті національних стратегій і програм [6]. Для розуміння процесів старіння населення у світовому масштабі, з метою привертання уваги спеціалістів з цих питань, у першу чергу осіб, що приймають рішення, та суспільства, 1999 р. було оголошено Міжнародним роком людей похилого віку, а Міжнародний день людей похилого віку з 1991 р. щорічно відзначається 1 жовтня.

Подальшим кроком з розбудови міжнародної нормативно-правової бази з питань старіння було прийняття Політичної декларації та Мадридського міжнародного плану дій з проблем старіння у 2002 р. на Другій Всесвітній асамблеї з проблем старіння [7]. План є основним документом, в якому представлено ключові принципи для розробки політики по відношенню до людей старшого віку, а також з реалізації такої політики. План містить 10 ключових цілей та конкретні рекомендації, що стосуються доходу, здоров'я, житла, транспорту, старіння за місцем проживання, культурного різноманіття, ставлення до процесу старіння, зайнятості та можливостей літніх людей. У документі наголошено на перегляді

політики на всіх рівнях в інтересах використання величезного потенціалу і можливостей людей старшого віку у двадцять першому столітті .

У стратегічному документі Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) «Здоров'я – 2020. Основи європейської політики і стратегія XXI століття» одним з пріоритетів задекларовано зміцнення здоров'я і благополуччя людей старших вікових груп [8]. В документі наголошено на тому, що питання активного довголіття повинні посідати важливе місце в стратегіях і ініціативах кожної країни. Основами визначено заходи, що стосуються вирішення цього питання. Вони повинні включати такі складові, як забезпечення участі літніх осіб у розробці політики охорони здоров'я, прийнятті рішень щодо їхнього особистого лікування і догляду; підвищення рівня санітарної грамотності та набуття досвіду самостійного ведення хвороби; зниження ризиків для психічного здоров'я у людей з хронічними соматичними порушеннями; подолання упередженого ставлення громадськості до осіб поважного віку.

На 62-й сесії Європейського регіонального комітету ВООЗ було прийнято «Стратегію і план дій у підтримку здорового старіння у Європі, 2012–2020 рр.». У ньому надано пріоритетні напрями і втручання щодо стратегії здорового старіння згідно з основами політики Здоров'я – 2020 [9]. Логічним продовженням розбудови нормативної бази з питань старіння на регіональному рівні було затвердження другого плану дій Глобальної стратегії з проблем старіння і здоров'я «Десятиліття здорового старіння на період 2020–2030 рр.» [10]. Документ спрямовує на тісне і взаємодоповнююче співробітництво міжнародної спільноти, де ключовими суб'єктами мають виступати люди старших вікових категорій. Для втілення в життя цього плану в інтересах покращення життя літніх осіб, їх сімей та громад, членами яких вони є, необхідно об'єднати зусилля урядів, громадськості, міжнародних установ, науковців, засобів масової інформації та приватного сектора.

Для розуміння глобальних демографічних зрушень, акцентування уваги до проблем старіння та пропаганди активного довголіття Всесвітній день здоров'я 2012 р. було присвячено питанням старіння та здоров'я. Він проходив під гаслом «Добре здоров'я додає життя рокам».

В Україні у 2018 р. схвалено Стратегію державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 р. та План заходів із реалізації Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 р. [11, 12]. Цим документом окреслено комплексні заходи, що стосуються захисту прав осіб старших вікових категорій і спрямовані на покращення умов для самореалізації та участі літніх людей в процесах розвитку суспільства; підтримки збереження їхнього здоров'я та забезпечення благополуччя; створення середовища, сприятливого для активного життя; підтримки продовження трудової діяльності та організації гнучкого режиму робочого часу, сприяння їх волонтерській діяльності; формування політики неперервного навчання з метою залучення літніх людей до участі в освітніх процесах, збільшення можливостей набуття нових професійних і загальноосвітніх навичок, у т. ч. в області інформаційно-комунікативних технологій; збільшення адресності програм соціальної допомоги малозабезпеченим особам, забезпечення доступності товарів і послуг першої необхідності для вразливих осіб старших вікових категорій тощо.

Отже, у всьому світі відбуваються процеси трансформації демографічної структури населення у бік збільшення частки осіб старшого віку. Наслідки цього процесу лягають додатковим тягарем на системи охорони здоров'я, соціальні служби, кадрові ресурси, пенсійну систему країн. Перед медичною галуззю та сферою соціального забезпечення виникають ключові завдання щодо забезпечення засад здорового способу життя та благополуччя людей старшого віку, надання якісних і доступних медичних послуг. Уряди країн, інші зацікавлені відомства, особи, що приймають рішення, повинні реагувати на можливості та виклики, що спричинені таким явищем як старіння населення. Тому першочерговим завданням є розробка таких програм, які б вирішували проблеми старіння населення і задовольняли б сподівання літніх людей на гідне старіння. Всі ці положення законодавчо закріплено нормативними документами у політиках держав на глобальному, регіональному та національному рівнях.

Література:

1. World report on ageing and health. – Geneva: WHO, 2015. – 260 p.
2. Health of the elderly people as the basis for formation of medical and social needs / Dyachuk M.D., Gruzieva T.S., Inshakova G.V. [at al.]. – Wiadomości Lekarskie. – 2021. – Т. LXXIV, nr 3, Part 2. – P.658 664.
3. Ageing. URL : <https://www.un.org/en/global-issues/ageing>.
4. Vienna International Plan of Action on Aging. New York : United Nations, 1982. 101 p. URL : <https://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/Resources/VIPEE-English.pdf>.
5. United Nations Principles for Older Persons. New York : United Nations, 1991. 2 p. URL : <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/olderpersons.pdf>.
6. Proclamation of ageing. URL: https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/47/5.
7. Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Aging. New York : United Nations, 2002. 58 p. URL : https://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf.
8. Здоровье-2020. Основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2013. 225 м.
9. Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012–2020. Copenhagen : WHO EURO, 2012. 25 p.
10. A Decade of Healthy Aging for a Period 2020-2030. URL : <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>.
11. Про схвалення Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 11.01.2018 р. № 10-р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/10-2018-%D1%80#Text>.
12. Про затвердження плану заходів з реалізації Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 року : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 26.09.2018 р. № 688-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-politiki-z-pitan-zdorovogo-ta-aktivnogo-dovgolittya-naselennya-na-period-do-2022-roku>.

ВИКОРИСТАННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Лещина І.В., Огнєв В.А., Орел О.В., ХНМУ, м. Харків

Громадське здоров'я має дуже давню історію свого становлення. Перші згадки про нього можна знайти у вченнях Гіппократа. У своїх працях він приділив окрему увагу чинникам, які мають вплив на стан здоров'я та виникнення захворювань. Зовнішніми чинниками він вважав вплив сезону року, місцевий клімат, якість ґрунту, води, особливості харчування; а внутрішніми – вік, стать, температура, спадковість, спосіб життя, брак або надлишок фізичних вправ і таке інше. Гіппократ вважав, що велику роль відіграють захисні сили організму («природа лікує, а лікар спостерігає») і що швидкість одужання людини від хвороб залежить від захисних сил організму.

У своєму творі «Про повітря, води й місцевості» Гіппократ формулює положення, що еколого-географічне середовище і насамперед клімат впливає на здоров'я, звичаї, поведінку людини, її тілесні й психічні властивості та навіть деякі суспільно-історичні процеси. Він поєднував дві можливості погіршення стану здоров'я людини – внутрішню причину та вплив зовнішнього середовища і способу життя.

Уперше термін «громадське здоров'я» був згаданий у статуті «Охорона громадського здоров'я» в Англії у ХІХ сторіччі.

Всесвітня організація охорони здоров'я, дала таке визначення: громадське здоров'я – це наука та практика попередження захворювань, подовження тривалості життя і зміцнення здоров'я шляхом організованих зусиль суспільства; це формування відповідальної поведінки людей стосовного власного здоров'я. В Україні вперше на рівні держави формується підґрунтя для забезпечення пріоритету профілактики в національній системі охорони здоров'я, тобто зміщення акценту на попередження захворювань, а не лише на вчасну діагностику й лікування шляхом розвитку системи громадського здоров'я. [2]

У 2012 р. Європейським бюро ВООЗ з десяти основних оперативних функцій громадського здоров'я дев'ятью зазначено інформаційно-роз'яснювальну діяльність (адвокацію), комунікацію й соціальну мобілізацію в інтересах здоров'я [7].

Важливу роль комунікацій у громадському здоров'ї вперше було виокремлено на державному рівні у США шляхом включення окремого розділу при розробленні Департаментом охорони здоров'я і гуманітарних послуг у 2000 р. національної програми Healthy People 2010, а в Інституті раку засновано центр комунікацій.

До цієї функції належить планування, проведення та оцінювання інформаційно-роз'яснювальних програм громадського здоров'я. Комунікація в інтересах громадського здоров'я спрямована на поліпшення рівня санітарної грамотності та поліпшення стану здоров'я окремих громадян і груп населення. Це мистецтво й техніка інформування окремих громадян, установ і різних аудиторій громадськості, впливу на них і створення в них певної мотивації щодо важливих питань і детермінантів здоров'я. Комунікація також покликана підвищувати здатність отримувати, розуміти та використовувати інформацію для зниження різноманітних ризиків, запобігання захворюванням, зміцнення здоров'я, уміння орієнтуватися в послугах охорони здоров'я та правильно ними користуватися, захисту

політики охорони здоров'я та підвищення рівня добробуту, якості життя та здоров'я громадян [1].

Основою ефективного функціонування системи громадського здоров'я (СГЗ) є інтегровані координовані зусилля усього суспільства з метою запобігання хворобам, продовження життя та промоції здоров'я. Зрозуміло, що узгодження дій усіх зацікавлених сторін неможливе без чітко налагоджених комунікацій між ними.

Групою науковців на чолі з Г.О. Слабким розроблено методологію з підготовки та проведення комунікацій у рамках системи громадського здоров'я. Вона складається з таких етапів: оцінка ситуації та визначення проблеми; визначення цілей; планування та програмування; пошук на всіх рівнях прихильників із рішення поставлених цілей та підготовка спеціалістів для проведення комунікаційних програм; вибір цільових груп комунікаційного впливу; відбір каналів і механізмів масової комунікації та техніки впливу; планування бюджету; практичні дії в межах затвердженої програми комунікацій; оцінка ефективності та результатів.

Ефективна комунікативна діяльність може бути забезпечена шляхом використання:

- сучасних технологій комунікацій у загальній стратегії публік рілейшнз ;
- методів індивідуального та масового інформування населення з актуальних питань громадського здоров'я;
- своєчасності надання необхідної інформації;
- вивчення шляхом проведення соціологічних досліджень потреби населення та окремих цільових груп в інформації профілактичного, медичного, організаційного, законодавчого характеру;
- прогнозування позитивної та негативної реакції населення чи окремих цільових груп та певну інформацію та форму її подання [8]

Для проведення ефективної комунікаційної кампанії важливу роль відіграє вибір комунікаційного каналу.

Найбільш поширеним і впливовим каналом комунікації є мережа Інтернет. Він відкриває доступ до будь-яких розміщених в ньому інформаційних баз даних (текстової, аудіо- чи візуальної інформації), надає змогу використовувати їх, обмінюватися даними, вступати в комунікацію з необмеженою кількістю осіб. Інтернет став невід'ємною частиною життя сучасної людини. Щодня люди використовують Інтернет для комунікації і пошуку необхідної інформації. Кількість користувачів Інтернету збільшується в геометричній прогресії, а сама мережа стає доступною для різних верств суспільства. Важливу роль у поширенні інформації відіграють соціальні мережі. Також ефективними і швидким способом поширення інформації є мобільні додатки Viber, Telegram та інші. Прикладом цього є кампанія профілактики COVID19. Населення отримує інформацію стосовно цього захворювання та його профілактики через вищезазначений канал комунікації. Як результат ми маємо зміну індивідуальної поведінки (носіння масок) у відношенні попередження поширення цього захворювання. Завдяки ефективному функціонуванню комунікаційної компанії від початку вакцинації станом на третю декаду жовтня 2021 р. щеплено близько 7 000 000 людей.

Таким чином, комунікації є важливим інструментом у формуванні відповідального ставлення до здоров'я, його поліпшення як в індивідуума, так і в населення в цілому.

Література:

1. Г.О. Слабкий, В.І. Миронюк, Л.О. Качала Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст. *Здоров'я нації*. 2017. № 3 (44) С. 1–8
2. Т.С. Грузева, Н.В. Гречишкіна, Л.О. Литвинова Громадське здоров'я (public health) як нова спеціальність: сучасні підходи до викладання (на прикладі дебреценського університету, Угорщина) *Здоров'я нації*. 2017. № 1 (42) С. 1–7
3. Махній М.М. Історія психології: навчальний посібник. 2016.
4. К.О. Булавінова, О.З. Децик, З.О. Ціхонь Роль комунікаційних стратегій у системі громадського здоров'я України *Здоров'я нації*. 2018. № 3 (50)
5. Bernhardt J. M. Communication at the Core of Effective Public Health // *Am J Public Health*. – 2004. – № 94 (12).
6. Rimal R. N., Lapinski M. K. Why health communication is important in public health // *Bulletin of the World Health Organization*. – 2009. – № 87. – P. 247–247. – doi: 10.2471/BLT.08.056713.
7. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (документ EUR/RC62/12). – 52 с.
8. М.А. Знаменська, Г.О. Слабкий Комунікації в охороні здоров'я [монографія]. – 2019. – 194 с.

СТОМАТОЛОГІЧНЕ ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я – ПЕРСПЕКТИВНИЙ НАПРЯМОК НАУКОВОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДЛЯ ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ

Крячкова Л.В., Коробко М.Ю., Сімон К.І., Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро

Здоров'я порожнини рота – ключовий показник загального стану здоров'я, благополуччя і якості життя населення [4]. Пріоритетна роль у його забезпеченні належить ефективній профілактиці, заходам із забезпечення стоматологічного громадського здоров'я, політиці у галузі системи охорони здоров'я [2].

Стоматологічне громадське здоров'я визначають як науку та мистецтво профілактики захворювань порожнини рота, зміцнення стоматологічного здоров'я, як на індивідуальному, так і на популяційному рівнях та поліпшення якості життя населення шляхом організованих зусиль суспільства у галузі збереження і зміцнення стоматологічного здоров'я [3].

Основна роль громадської охорони стоматологічного здоров'я полягає у розумінні впливу детермінант захворювань порожнини рота, а також в навчанні, мотивації та зміцненні здоров'я порожнини рота серед різних груп населення [1].

За висновками експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), особливої актуальності набуває проблема забезпечення стоматологічного громадського здоров'я та його охорони у дитячому віці, оскільки найбільш розповсюджене стоматологічне захворювання – карієс, яким за різними оцінками уражено біля 50 % школярів, вважається неінфекційною хворобою, з великою різноманітністю факторів ризику, якої можна запобігти [5].

Одним із найбільш важливих завдань стоматологічного громадського здоров'я відносно дитячого населення є виявлення та усунення факторів ризику формування стоматологічних захворювань, враховуючи характер перебігу та асоційовані ризику, пов'язані із загальним станом здоров'я дитини, оскільки доведено зв'язок між здоров'ям порожнини рота та загальним станом здоров'я, хронічними неінфекційними хворобами. Проблеми зі здоров'ям порожнини рота пов'язані з респіраторними інфекціями, серцево-судинними захворюваннями, діабетом тощо [1, 3–5]. Значна інтенсивність ураження дітей різними захворюваннями зубощелепної ділянки висуває проблему виявлення таких факторів та усунення або зменшення їх негативного впливу.

В останні роки відзначається зростання розповсюдженості стоматологічних патологій, як в Україні, так у світі. Стоматологічне здоров'я дітей характеризується чітко вираженою тенденцією до погіршення з віком та має найбільший ступінь керованості на ранніх періодах. За таких умов великого значення набуває проведення ефективної профілактики стоматологічних захворювань, організація дієвих превентивних заходів.

Як і у більшості хронічних неінфекційних захворювань, етіологія та профілактика карієсу та інших стоматологічних захворювань у дітей визначається соціально-поведінковими, економічними, екологічними та соціальними факторами, відомими як соціальні детермінанти здоров'я. Усвідомлення взаємозалежного обтяжуючого впливу факторів ризику загального та стоматологічного здоров'я є підґрунтям для визначення нових завдань щодо організації превентивних заходів по поліпшенню стоматологічного здоров'я населення у контексті розбудови сектору громадського здоров'я в Україні. До теперішнього часу наукових досліджень щодо впливу соціальних детермінант на рівень стоматологічного здоров'я дитячого населення та заходів щодо його зміцнення в країні бракує.

Таким чином, відсутність на даний час науково обґрунтованої концепції стоматологічного громадського здоров'я, необхідність визначення доказово-ефективних програм первинної профілактики та раннього виявлення патології зубощелепної ділянки у дітей вимагають проведення наукових досліджень з даного напрямку з подальшим впровадженням отриманих результатів у практику вітчизняного громадського здоров'я.

Література:

1. Gambhir R.S., Kaur A., Singh A. et al. Dental public health in India: An insight. *J Family Med Prim Care*. 2016. №5(4). P. 747-751. doi: 10.4103/2249-4863.201155.
2. Hancocks S. Dental public and political health. *Br Dent J*. 2019. №227(11). P. 941. doi: 10.1038/s41415-019-1082-0. PMID: 31844196.
3. Lomazzi M., Wordley V., Bedi R. Dental public health capacity worldwide: Results of a global survey. *J Public Health Policy*. 2016. №37(4). P. 528-542. doi: 10.1057/s41271-016-0029-9.
4. Petersen P.E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003. Suppl 1. P. 3-23. doi: 10.1046/j..2003.com122.x.
5. WHO. Tobacco cessation and oral health integration. WHO. Geneva, 2017. 68 p. URL: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/who-monograph-on-tobacco-cessation-and-oral-health-integration>

ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ БЕЗПЕКИ ТА ЗАХИСТУ ЗДОРОВ'Я МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЯК СКЛАДОВА СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

*Завгородній І.В., Літовченко О.Л., Лисак М.С.,
Чеховська І.М., Біличенко Н.П., ХНМУ, м. Харків*

У теперішній час Національна сфера охорони здоров'я України зазнає складний шлях реформування. Здоров'я завжди ставили на перше місце, як одну з найбільших цінностей людства. Воно впливає на процеси та результати економічного, соціального й культурного розвитку країни, демографічну ситуацію та стан національної безпеки, а також є важливим соціальним критерієм ступеня розвитку та благополуччя суспільства [1, с. 35]. На державу покладаються певні обов'язки для забезпечення належних умов праці. Ці вимоги спрямовані на реалізацію громадського здоров'я.

Слід зазначити, що ефективність роботи медичної галузі, залежить від здоров'я самих медичних працівників, та безпосередньо впливає на збереження та відновлення здоров'я інших працюючих. Напруженість та інтенсивність праці медичних працівників в нашій країні насамперед пов'язані з: недостатністю бюджетного фінансування, використання застарілого матеріально-технічного обладнання, недоліками в організації роботи медичних закладів, кадровим дефіцитом. Медики працюють в умовах підвищеного ризику інфікування та значного нервово-емоційного навантаження. До погіршення стану здоров'я працівників та зростання професійної захворюваності призводять складні та незадовільні умови праці, низький рівень соціальної захищеності, низька заробітна плата [2, с. 6-7]. Все це значною мірою не дозволяє приділяти необхідну увагу стану свого здоров'я та гідним чином організувати свій відпочинок та оздоровлення.

Враховуючи вищезазначене, питання ефективності роботи системи громадського здоров'я та соціальної безпеки населення вимагає першочергово захисту медичних працівників на робочому місці. Для реалізації та забезпечення безпечними та здоровими умовами праці медичних працівників в нашій державі сформована система охорони праці. Основними законодавчими актами є: Конституція України, Закон України «Про охорону праці», Кодекс законів про працю України (КЗпП) від 10.12.1971 р., Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24.02.1994 р., Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 6.04.2000 р., Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності» від 23.09.1999 р [3, с. 20–24].

Охорона праці є невід'ємною складовою забезпечення гармонійного розвитку суспільства, а збереження здоров'я та життя працівників залежить від кожного, хто бере участь у трудовій діяльності. Тому важливо пам'ятати, що дотримання законодавства у сфері охорони праці, розвиток культури охорони праці у суспільстві стане запорукою збереження громадського здоров'я та найціннішого – людського життя. Аналізуючи стан охорони праці та здоров'я працівників медичної галузі, слід зазначити, що він потребує суттєвих покращень, необхідно вдосконалювати заходи щодо захисту медичного персоналу від потенційних негативних наслідків. Недостатні заходи з безпеки та здоров'я на роботі можуть

привести до збільшення частоти захворювань, пов'язаних з професійною діяльністю, високих показників відсутності на роботі у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності, зниження продуктивності праці та зниження якості медичної допомоги [2, с. 7–8].

Отже, проблема професійної захворюваності в медичній галузі залишається актуальною. Недосконалість системи профілактики професійних захворювань негативно впливає на медичних працівників та їхні родини. Мова йде про економічні втрати через зниження продуктивності праці та збільшення навантаження на систему соціального забезпечення. Підсумовуючи наведені результати аналізу стану охорони праці в нашій державі, слід звернути увагу на те, що всі заходи щодо забезпечення належних умов праці не можуть бути реалізовані у повному обсязі. Система громадського здоров'я повинна удосконалюватися з питань моніторингу та профілактики можливих негативних наслідків при виконанні професійних обов'язків робітниками, а саме: приділяти уваги контингенту населення, який є у зоні ризику зокрема працівникам медичної галузі.

Література:

1. Ціборовський О.М. Шляхи систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я / О.М. Ціборовський, С.В. Істомін, В.М. Сорока. – К., 2011. – 72 с.

2. Vodnar, L. P., Bob, A. O., Vodnar, R. Y., Reha, N. I., & Vodnar, T. V.. Фактори ризику професійних захворювань медичних працівників (огляд літератури). *Вісник наукових досліджень*. 2018. № 2. <https://doi.org/10.11603/2415-8798.2018.2.8929>

3. Основи охорони праці: підручник / В.І. Голінько; М-во освіти і науки України; Нац. гірн. ун-т. – 2-ге вид. – Д.: НГУ, 2014. – 271 с.

ДУХОВНІ АСПЕКТИ ЗДОРОВ'Я

*Семидоцька Ж.Д., Чернякова І.О., ХНМУ, м. Харків,
Неффа М.Ю., КНП ХОР «ОКСДРЗН», м. Харків*

Для того, щоб бути здоровими, потрібні нові знання, потрібна глибша концепція життя. Ми здібні свідомо створювати власне здоров'я. Основний закон Світобудові – закон Рівноваги і Гармонії. Інстинкт пошуку рівноваги вбудований в людину також природно, як почуття голоду або спраги. Тому кожна функція в організмі людини прагне зберігати свою первісну норму.

Результати досліджень показали, що існує зв'язок між духовним світом людини та її здоров'ям. Духовний аспект буття – це та частина людського існування, яку потрібно неодмінно враховувати, якщо ми хочемо зрозуміти фундаментальні основи здоров'я та хвороби [1].

Людина може бути здоровою, якщо додержується об'єктивних законів Природи. Тільки осмислено застосування законів Природи на практиці, тільки осмислений погляд на себе і своє місце у Природі – є запорукою здоров'я тому, що людина – це не тільки матеріальна, але і духовна субстанція.

Необхідність духовного оздоровлення все наполегливіше заявляє про себе тому, що в сучасному світі все сильніше поглиблюються суперечності між технократичним і духовним розвитком людства. «Наша бездуховна цивілізація спрямована на задоволення безмірно зростаючих, в основному надмірних, потреб

тіла фізичного, що людство втратило мету свого розвитку і руху. Необхідно, щоб метою кожної людини стало перетворення і духовне вдосконалення в ім'я переходу людства на новий віток еволюційного розвитку – від людини розумної до людини духовної» [2].

Лікування духовності це валеологічна парадигма ХХІ століття. Духовність тісно взаємодіє з, так званим, фізичним вакуумом з одного боку і з фізичними структурами особистості з другого. Зв'язуючою ланкою при тому є енергосистема організму. Визначаючи духовно-фізичну структуру особистості, офіційна медицина прагне відновлювати тільки фізичне здоров'я, нехтуючи його духовною константою. В організмі існує гармонійна енергетична система, яка керує життєдіяльністю і є зв'язуючою ланкою між людиною і Всесвітом [1, 3]. Енергетичний біопотенціал біосистеми є інформативним показником її стійкості при впливі екстремальних факторів.

Проф. Г.Л. Апанасенко пише про те, що «...перед людством стоїть проблема, значущість якої поки не усвідомлюється в достатній мірі ні громадськістю, ні наукою – біологічна деградація виду Homo Sapiens. Вона проявляється прискореним темпом старіння, зниженням «кількості» здоров'я (життєздатності) популяції, епідемією хронічних неінфекційних захворювань, ослабленням репродуктивної функції, народженням ослабленого потомства, погіршенням психофізіологічних якостей та ін. Ознаки цієї деградації спостерігаються на всій Земній кулі, включаючи розвинені країни. Все це є наслідком зниження стійкості нерівноважної термодинамічної системи (живого) через дефіцит внутрішньоклітинної енергії («мітохондріальної недостатності») [4].

Таким чином, соціальна еволюція вступає в протиріччя з біологічною еволюцією, ускладнюючи біоенергетичний прогрес. Чи можливо цьому протидіяти? Г.Л. Апанасенко стверджує, що усе можливо з переходом від стратегії управління хворобою до стратегії управління здоров'ям [4]. Медицина має досліджувати і відновляти процеси, пов'язані з рухом елементарних структур організму. Саме вони складають основу життя людини. Їх порушення призводить до зламу клітинних структур, отже до хвороби.

Згідно з теорією Ейнштейна, людина є сукупністю енергетичних полів, які взаємодіють із фізичним тілом на клітинному рівні. Життя і здоров'я людини залежать від невлітимої життєвої субстанції, яка здібна регенерувати і відновляти всі елементи і структури тіла, тому що його клітини являють собою сукупність різних молекул, об'єднаних найскладнішим зв'язком енергетичних полів, що взаємодіють одне з одним.

Зробити керованим процес управління клітиною – ось шлях до здоров'я. Класична фізика має обмеження, коли вона стикається з дослідженням енергії, а також із поведінкою елементарних частинок, що складають все у матеріальному Всесвіті. Це галузь квантової фізики.

Суть квантової фізики – невизначеність. Вона передбачає ймовірності, а не безсумнівні факти. Атоми водночас володіють властивостями частинки і хвилі. Вони здатні перебувати в певній точці простору і одночасно існувати поза нею. Чудо полягає в тому, що це відбувається в один і той же мить. Енергія і маса взаємопов'язані. Квантовий світ при цьому враховує присутність спостерігача, який тісно пов'язаний з поведінкою матерії. Матерія при цьому постійно трансформується, осцилює – то з'являючись у вигляді матерії, то зникаючи у

вигляді енергії. З цього виходить, що переважання розуму над матерією – квантова реальність. Квантове поле – це павутина, що поєднує речовину і енергію в єдину систему. У мікросвіті кванта суб'єктивний розум може впливати на об'єктивну реальність. Зосереджуючись на тому, чого ти бажаєш, можна викликати бажане до життя і водночас змусити зникнути все небажане, просто перестав звертати на нього увагу. Коли виникає підвищений емоційний стан, атоми починають швидше обертатися і випромінювати сильніше енергетичне поле, що у свою чергу діє на фізичну матерію. Фізичні частинки, з котрих складається тіло, реагують на енергію, яка зростає. Людина стає більш енергією, ніж матерією, вона швидше хвиля, ніж частинка. Використовуючи свідомість, людина підіймає матерію на нову частоту, і тіло реагує на нові стани свідомості [5].

Свідомість, енергія думки управляє здоров'ям, стимулюючи його, або навпаки викликає хворобу.

Думки людини – основний носій інформації. З точки зору квантової моделі будь-яка хвороба є зниження частоти. Вкладаючи енергію своєї свідомості до нового напрямку думок, людина виводить хворобу з нижчих частот на підвищену частоту. І тепер молекули і клітини отримують нову інформацію, позитивно впливаючи на тіло. Енергетичні поля, які виникають при тому, роблять тіло не-підвладним законам фізики. Влада 2-го закону термодинаміки, згідно з якого матеріальні речі у Всесвіті мають схильність руйнуватися (закон ентропії) перестає діяти, Людина переживає зворотну ентропію. Використання сили думки – запорука здоров'я. «Все, що ми є – результат наших думок. Що ми думаємо, тимі стаємо» (Будда).

Людина від природи захищена проти спеки, сильного холоду, проти мікробів але вона є беззахисною проти жорстокості, заздрості, дурості людей. Думка, що хвороба виліковується природними силами, висловлена ще Гіппократом (488–377 рр. до н.е.). Тому треба навчитися контролювати свої думки, які створюють ментальний, а потім реальний світ.

Для того, щоби квантове поле почало реагувати, необхідно піднятися на більш високий рівень волі та щирості. З квантових законів руху виходить, що сильний намір, який проявляється у швидкій послідовності схожих між собою навмисних дій, є схильним утримувати відповідну модель дії. І тоді квантова фізика починає працювати на рівні найдрібніших частинок, приносячи тілу здоров'я.

Американський генетик Брюс Ліптон стверджує що «... ми здібні керувати нашою біологічною природою; ми можемо за допомогою думки, віри і прагнень впливати на наші гени. Величезна відміна людини від інших істот на Землі полягає у тому, що він може змінювати своє тіло, зцілювати сам себе від смертельних хвороб, даючи на це психічну установку організму». Ми своїм полем свідомості впливаємо на процеси оздоровлення. Єдине Поле Свідомості постійно перетворюється. На чому ми фокусуємо увагу, те й починаємо реагувати на нас. І це вже підтверджено законами квантової фізики. На квантовому рівні матерія реагує на увагу людини. Незримий світ духу чекає змін. Залишається тільки обрати в якому світі жити.

Література:

1. Апанасенко Г.Л. Валеология или медицина 4P? Медкнига. 2020. 144 с.
2. Толкачев П.С. Духовно-нравственные ориентиры мировой экономики. М: Наука. 2011. №3. 304 с.

3. Казначеев В.П. Космопланетарный феномен человека: Проблемы комплексного изучения. Новосибирск: Наука. 1991. 304 с.

4. Апанасенко Г.Л. Планетарная эволюция и здоровье человека. Историческая психология и социальная история. 2014. т.1. №1. С. 92–101.

5. Диспенза Дж. Сам себе плацебо. Как использовать силу подсознания для здоровья и процветания. Москва: Бомбора. 2018. 414 с.

ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ВСІХ У ХХІ СТОЛІТТІ: ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ

Семидоцька Ж.Д., Чернякова І.О., Авдєєва О.В., ХНМУ, м. Харків

У середині ХХ століття система цінностей людства зазнала радикальної зміни парадигми: найважливішою цінністю визнано здоров'я кожної людини, одним із основних її прав – володіння найвище досяжним рівнем здоров'я.

У 1977 р. ВООЗ проголошує глобальну політику «Здоров'я для всіх», здоров'я розглядається як позитивна концепція, що є соціальним, фізичним і психічним ресурсом для життя людини. У 1997 р. ВООЗ визначає головною метою досягнення до 2000 р. громадянами такого рівня здоров'я, який дозволить їм вести соціально активне і економічно продуктивне життя. Європейський регіональний комітет ВООЗ неухильно розвиває політику досягнення здоров'я для всіх, оцінює результати діяльності у цьому напрямку, визначає глобальні пріоритети держав-членів ВООЗ, принципи політики на ХХІ століття для досягнення цієї мети.

Але у 2019 р. констатується, що, не дивлячись на певні успіхи охорони здоров'я, головна мета стратегії «Здоровая и благополучная жизнь для всех. Доклад о ситуации с обеспечением справедливости в отношении здоровья в Европейском регионе ВОЗ. Европейское региональное бюро ВОЗ. 2019» залишається недосягнутою. Серед причин указуються відсутність сталого розвитку, соціальної справедливості, якісного харчування, житла, погіршення стану довкілля, нерівний доступ до послуг охорони здоров'я і сучасних медичних технологій різних верств населення, а також нездоровий спосіб життя [1–4].

Констатовано культурно-антропологічний парадокс: людина схильна цілеспрямовано і систематично руйнувати своє здоров'я і при тому прагне до самовдосконалення, бажає бути здоровою і довго жити, шукає нові підходи до збереження і підтримки свого здоров'я. З цією метою випробовуються різні моделі способу життя, які включають харчування, фізичну активність, застосування досягнень сучасних медичних технологій тощо.

Особливості харчування коливаються від суворих дієтичних обмежень (вегетаріанство, веганство, сиродіння, роздільне харчування, біонічне харчування, середземноморська дієта, персоналізоване харчування) до антидієтичного підходу («інтуїтивне», «свідоме», «мудре» харчування).

Прихильники інтуїтивного харчування виступають проти будь-яких дієтичних обмежень, закликають прислухатися до свого організму, внутрішніх сигналів голоду та ситості. Отримано докази, що у харчових пристрастях людини провідну роль відіграє його кишечна мікробіота. Вивчається роль генетичного поліморфізму у реалізації харчової поведінки [5]. Ідея «правильного харчування» часто стає сенсом і метою життя («дієтичний екстремізм»).

Невід'ємною складовою здоров'я є фізична активність, яка стимулює епігенетичну активність геному, формування нових клітин мозку, контролює системне запалення, створює у головному мозку нові мережі нейронів.

Натепер складовою здорового способу життя пропонуються різні види фітнесу (загальний, оздоровчий, ментальний), функціональний тренінг, тайцзи, скандинавська ходьба та ін. Важлива роль у розвитку фізичних і адаптаційних здібностей відводиться генетичним, епігенетичним факторам (генетика фізичної активності). Існує програма комплексного генетичного дослідження схильності до різних видів спорту, яка використовується при виборі спортивної секції для дітей чи осіб, що займаються фітнесом [6]. Культ здорового спортивного тіла може викликати залежність від тренувань («compulsive exercise»), зростаючу потребу в стресових надмірних навантаженнях, медикалізації, що призводить до серйозних розладів здоров'я.

Природне для людини бажання бути здоровим, жити довго, зберігати і множити здоров'я привело до появи численних моделей способу життя з використанням досягнень сучасних біотехнологій – клітинної терапії, генної інженерії, біоінженерії, біоінформатики, омїкс-технологій. Трендом цього напрямку став біохакінг – глибока модифікація свого організму з метою покращення здоров'я, підвищення працездатності, значного продовження життя (більше за 100 років). Біохакінг потребує постійного моніторингу всіх параметрів гомеостазу на ґрунті досягнень сучасних технологій, проведення корекції відхилень за допомогою ретельно підбраної на ґрунті секвенування геному персоніфікованої дієти (нутрицевтика), циклів голодування, фізичних навантажень. Застосовується детоксикація з використанням БАД, антидепресантів, мікродоз ЛСД, псилобіцина. Використовується «прогресивний біохакінг» – редагування геному (CRISPER/CAS9 технології), ін'єкції стовбурових клітин, імплантація чипів для зберігання інформації, модифікація мозку і нервової системи [7]. Наслідки таких експериментів важко прогнозувати, це вкрай небезпечні гри з матінкою природою.

Певні перспективи досягнення успіху політики «Здоров'я для всіх у XXI столітті» відкриваються за допомогою сучасних досягнень системної біології, біомедицини, біоінформатики, т.з. P4 Medicine (Personalized, Predictive, Preventive, Participatory) [8].

Для втілення ідей політики «Здоров'я для всіх у XXI столітті» необхідна відповідна підготовка майбутніх лікарів, які будуть толерантними, готовими до прийняття складних альтернативних персоніфікованих рішень щодо збереження і підтримки здоров'я у кожному конкретному випадку, вони повинні володіти науково обґрунтованими знаннями про можливості сучасних біотехнологій у забезпеченні здоров'я для всіх та шанувати цінності кожної людини, її гідність, духовність.

Література:

1. WHU: Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. 180 p.
2. Здоровая и благополучная жизнь для всех. Доклад о ситуации с обеспечением справедливости в отношении здоровья в Европейском регионе ВОЗ. Европейское региональное бюро ВОЗ. 2019. 139 с.
3. Здоровье – 21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Европейская серия «Здоровье для всех». №5. 43 с.

4. Социальные детерминанты здоровья - практические пути для решения хорошо известных проблем. Бюллетень Всемирной организации здравоохранения . 2011; 89: 702-703. doi.10. 2471/ BLT.11.094870.

5. Nielsen D.E., El-Sohemy A. A randomized trial of genetic information for personalized nutrition. Genes Nutr. 2012. No. 7. P. 559-566.

6. Sports, Exercise, and Nutritional Genomics: Current Status and Future Directions. Edited by Barh D. and Ahmetov I. Academic Press. USA. 2019. 606 p.

7. Yetisen A.K. Biohacking. Trends in Biotechnology. Science and Society. 2018. V.36. Issue 8. P.744 747.

7. Flores M., Glusman G., Brogaard K., Price N.D., Hood L. P4 medicine: how systems medicine will transform the healthcare sector and society. Per. Med. 2013. Vol. 10 (6). P. 565 576.

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ЕЛЕКТРОННОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА БАР'ЄРИ НА ШЛЯХУ ЇЇ ВПРОВАДЖЕННЯ

Сорока І.М., Грузєва Т.С.,

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

Відомо, що рушійною силою побудови прогностичних профілактичних моделей надання медичної допомоги є цифровізація охорони здоров'я. Вона передбачає відведення центральної ролі пацієнту в турботі про власне здоров'я і благополуччя з одночасним дієвим захистом прав громадян, у т. ч. в контексті інформованої згоди на втручання з використанням значного потенціалу даних в інтересах охорони здоров'я. Електронна охорону здоров'я сприяє забезпеченню загального охоплення послугами охорони здоров'я, підвищуючи доступність медичного обслуговування.

Цифровізація охорони здоров'я широко використовується в здійсненні епідеміологічного нагляду, забезпеченні безпеки в наданні медичної допомоги, в проведенні освітньої та інформаційно-просвітницької діяльності тощо. Це сприяє розширенню прав і можливостей окремих громадян та громад в цілому в питаннях поліпшення свого здоров'я і підвищення добробуту на основі інноваційних методів.

Водночас, поступальний розвиток електронної охорони здоров'я потребує певних інвестицій для вирішення завдань з охорони популяційного та індивідуального здоров'я. Для цього необхідним є планування розбудови цифрової системи охорони здоров'я з огляду на потребу в загальному охопленні населення послугами охорони здоров'я, в забезпеченні безпеки та інклюзивності медичних послуг.

Активні процеси реформування систем охорони здоров'я в багатьох країнах світу, розширення охоплення населення послугами медичної допомоги, підвищення їх ефективності з орієнтацією на потреби пацієнта були б неможливими без цифровізації медичної галузі.

Бар'єрами на шляху розвитку електронного здоров'я в національних системах охорони здоров'я є фінансові, технологічні, організаційно-управлінські, проблеми тощо. Вирішення проблем подолання існуючих бар'єрів пов'язано, головним чином, з виділенням необхідних фондів, інтеграцією даних, застосуванням стандартів, з готовністю кадрового потенціалу системи до роботи в нових умовах.

Особливої уваги потребує управлінський компонент електронної охорони здоров'я. Для його успішної реалізації необхідним є формування атмосфери довіри громадян, створення системи безпеки і прозорості, забезпечення умов для населення з мотивованого і безпечного використання нових можливостей, які надає цифровізація медичної галузі. Такий підхід потребує політичної прихильності менеджерів охорони здоров'я до взяття відповідальності і гарантування неможливості неправомірного використання технологій.

Пріоритетного вирішення вимагає проблема забезпечення відповідності існуючих потреб громадського здоров'я щодо зміцнення здоров'я та профілактики хвороб та інвестицій в цифровізацію охорони здоров'я на основі нових стратегічних підходів та організаційних змін. Брак таких підходів може привести до поглиблення нерівностей щодо здоров'я різних груп населення, з відчутною недостатністю послуг для найбільш вразливих категорій населення.

Органи державної влади та місцевого самоврядування мають тісно співпрацювати в питаннях розбудови електронної охорони здоров'я з академічними структурами, закладами та установами охорони здоров'я для реалізації запланованих змін з дотриманням принципів безпеки і конфіденційності.

Перспективним напрямом діджиталізації охорони здоров'я є державно-приватне партнерство в питаннях цифрових перетворень медичної сфери, використання механізмів заохочення для приватних структур до співпраці із забезпеченням функціональної сумісності при відповідальності урядових структур за прогрес у впровадженні цифрової охорони здоров'я.

Питання стратегічного керівництва та управління технологіями і даними в процесі цифровізації охорони здоров'я потребують визначення шляхів їх використання та регулювання в системі охорони здоров'я; управління медичними даними приватних компаній; включення нових суб'єктів у сферу охорони здоров'я тощо.

Розвиток електронної охорони здоров'я сприятиме досягненню країнами загального охоплення населення послугами охорони здоров'я, розширить спектр таких послуг, підвищить їх прозорість і доступність; оптимізує процеси епіднадзора за здоров'ям і благополуччям; оптимізує підготовку медичного персоналу; забезпечить впровадження інновацій та підвищення ефективності систем охорони здоров'я.

Література:

1. World Health Assembly. Digital health. Geneva: World Health Organization; 2018 ([http:// apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_R7-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_R7-en.pdf)).

2. Towards a roadmap for the digitalization of national health systems in Europe. Meeting report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/publications/2018/towards-a-roadmap-for-the-digitalization-of-national-healthsystems-in-europe.-meeting-report-2018>).

3. Future of digital health systems: report on the WHO symposium on the future of digital health systems in the European Region (Copenhagen, Denmark, 6–8 February 2019).

4. World Health Organization. (2019). WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311941>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

ВПЛИВ COVID-19 НА ВАГІТНИХ ЖІНОК

*Щербіна М.О., ХНМУ, м. Харків,
Скорбач О.І., Скорбач Ю.І., Регіональний центр клінічної медицини, м. Харків*

Пандемія COVID-19, яка вибухнула наприкінці 2019 р. в китайському місті Ухань, так чи інакше вплинула на кожне життя у всьому світі. На сьогоднішній день інфікованих більш ніж 236 мільйонів осіб, померло у всьому світі 4,8 мільйона. Оскільки щоденна кількість нових підтверджених випадків зростає, було б нереально сказати, що пандемія пододала свій пік. COVID-19, спричинений важким гострим респіраторним синдромом коронавірусу (SARS-CoV-2), який ефективно поширюється при прямому контакті з інфікованою людиною або зараженою поверхнею, крапельним або аерозольним шляхом. Вертикальна передача, якщо вона трапляється, зустрічається нечасто. Серед жінок дітородного віку більшість має легку або безсимптомну інфекцію; важка хвороба – рідкість.

Щодо системного огляду та метааналізу PregCOV-19, метою якого було визначити клінічні прояви, фактори ризику та наслідки материнського й перинатального періоду у вагітних та нещодавно вагітних з підозрою або підтвердженим COVID-19, подібно до загальної популяції, більшість вагітних жінок, які інфіковані SARS-CoV-2, залишаються безсимптомними або відчувають лише легкі або помірні симптоми застуди/грипу [1, с. 2]. Цей огляд, який містить інформацію про понад 11 000 жінок, виявив, що найпоширенішими симптомами COVID-19 у вагітних були лихоманка (40 %) та кашель (39 %). Менш частими симптомами були: задишка, міалгія, агеузія та діарея, кожен з яких присутній у більш ніж 10 % жінок.

Проте у вагітних жінок на пізніх термінах вагітності частіше спостерігається важкий перебіг хвороби. Перспективне національне когортне дослідження з використанням Британської системи акушерського спостереження (UKOSS) показало, що більшість жінок, госпіталізованих з важкими симптомами COVID-19 у першій хвилі у Великобританії, були наприкінці другого чи третього триместру [4, с. 3]. Ретроспективне дослідження, яке було проведене у 4 великих університетських лікарнях Франції та Бельгії, показало, що жінки в другій половині вагітності, починаючи з 20-го тижня, у п'ять разів частіше потрапляли до відділення інтенсивної терапії, ніж у першій половині вагітності [2, с. 765]. Велике дослідження, яке було проведене в США та включало 406 446 жінок, госпіталізованих для пологів, з них 6 380 (1,6 %) хворіли на COVID-19, виявило, що жінки, які народили з COVID-19, мають істотно підвищений ризик потрапляння до відділення інтенсивної терапії (3,3 % жінок), штучна вентиляція легень (1,3 %) та смерть (0,1 %), ніж у пацієнтів без COVID-19 [3, с. 181].

Таким чином, важкий перебіг захворювання частіше зустрічається на пізніх термінах вагітності, який пов'язаний з ускладненнями, що виникають унаслідок хвороби, включаючи госпіталізацію, інтенсивну терапію, материнську смерть. Ці дані підтверджують рекомендації громадського здоров'я, видані багатьма країнами, які радять вагітним жінкам вживати дієвих заходів для зниження ризику зараження та підтримують пріоритетну вакцинацію вагітних жінок та жінок, які планують вагітність, щоб зменшити ймовірність тяжкого перебігу захворювання й материнської смертності.

Література:

1. Allotey J., Stallings E., Bonet M., Yap M., Chatterjee S., Kew T. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2020;370:m3320.

2. Badr D.A., Mattern J., Carlin A., Cordier A.-G., Maillart E., Hachem L.E. Are clinical outcomes worse for pregnant women ≥ 20 weeks' gestation infected with COVID-19? A multicenter case-control study with propensity score matching. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;223:764 – 768

3. Jering K.S., Claggett B.L., Cunningham J.W., Rosenthal N., Vardeny O., Greene M.F. Clinical characteristics and outcomes of hospitalized women giving birth with and without COVID-19. *Jama Intern Med*. 2021:181.

4. Knight M., Bunch K., Vousden N., Morris E., Simpson N., Gale C. Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2 infection in UK: national population based cohort study. *BMJ*. 2020;369:m2107.

ПОШИРЕНІСТЬ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Огнєв В.А., Подпрядова А.А., ХНМУ, м. Харків

Ішемічна хвороба серця, зокрема інфаркт міокарда, посідає провідне місце у структурі серцево-судинних захворювань і є причиною інвалідизації та смертності населення [1]. Ця патологія віднесена Всесвітньою організацією охорони здоров'я до найважливіших неінфекційних захворювань через надмірне навантаження на стан життя та здоров'я населення, в тому числі і серед осіб працездатного віку. Фактори ризику мають безпосередній вплив на перебіг і прогресування захворювання [2, 3]. Збереження високого рівня захворюваності та смертності багато в чому обумовлено недостатнім впливом на основні фактори ризику, які сприяють розвитку інфаркту міокарда, а саме: артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія, паління, нездорове харчування, стреси, гіподинамія, спадковість, вживання алкоголю, ожиріння [4, 5].

Отже, вивчення та аналіз поширеності основних факторів ризику інфаркту міокарда має велике медико-соціальне значення, адже надасть змогу оптимізувати стратегію профілактики, тактику лікування та вплине на якість життя хворих.

У результаті вивчення та оцінки поширеності основних факторів ризику розвитку інфаркту міокарда було виявлено 30 факторів, які мають достовірний вплив на розвиток даної патології. Досліджувані фактори було розподілено на 5 груп: біологічні, соціально-економічні, соціально-гігієнічні, психологічні та природно-кліматичні. Було виявлено, що на виникнення інфаркту міокарда найбільший вплив мали біологічні фактори. До біологічних факторів було віднесено: артеріальну гіпертензію, гіперхолестеринемію, спадковість, хронічні захворювання, надлишкову вагу та підвищений рівень глюкози в крові. Найбільш вагомим фактором ризику виникнення даної патології у цій групі виявилася артеріальна гіпертензія (основна група $51,6 \pm 2,8$ %, контрольна група $18,4 \pm 2,8$ %

(OR=4,8; $p<0,001$; η -11 %)). Наявність гіперхолестеринемії було виявлено у 45,2±2,8 % хворих основної групи та у 15,8±2,6 % осіб контрольної групи (OR=4,5; $p<0,001$; η -9 %). Обтяжений сімейний анамнез на серцево-судинні захворювання відмічався у 32,3±2,7 % пацієнтів основної групи та у 10,5±2,3 % осіб контрольної групи (OR=4,1; $p<0,001$; η -6 %). Необхідно відмітити, що частота, з якою зустрічалися хронічні захворювання в основній групі значно вища, ніж у контрольній групі, відповідно – 32,3±2,7 % та 15,8±2,7 % (OR=2,5; $p<0,001$; η -3 %). За допомогою антропометричних даних було розраховано індекс маси тіла та встановлено, що 25,8±2,5 % пацієнтів основної групи мали надлишкову масу тіла, у той час, як лише 10,5±2,3 % осіб контрольної групи мали цей фактор ризику (OR=2,9; $p<0,001$; η -3 %). Підвищений рівень глюкози в крові мав значення у 22,6±2,4 % хворих основної групи та у 10,5±2,3 % осіб контрольної групи (OR=2,3; $p<0,001$; η -2 %).

У результаті дослідження було встановлено, що всі соціально-гігієнічні фактори мали достовірний вплив на розвиток інфаркту міокарда. Під час дослідження вивчалися такі фактори як: паління, надмірне споживання жирної їжі, зловживання алкоголем, недотримання режиму харчування, гіподинамія, надлишкове вживання їжі, вживання кави, фаст-фудів, напівфабрикатів, а також наявність професійних шкідливостей в анамнезі. Серед даної групи факторів паління мало найбільший вплив на розвиток даної патології. Паління достовірно частіше зустрічалося серед хворих основної групи 35,5±2,7 %, ніж контрольної групи 10,4±2,3 % (OR=4,7; $p<0,001$; η -7 %). Характер харчування також мав велике значення. Надмірне споживання жирної їжі відмічалось у 26,5±2,5 % хворих основної групи та 8,4±1,9 % контрольної групи (OR=3,9; $p<0,01$; η -5 %). При оцінці режиму харчування було встановлено, що не дотримувалися режиму харчування 33,9±2,7 % пацієнтів основної групи та 17,9±2,8 % контрольної групи (OR=2,4; $p<0,01$; η -3%); надлишкове споживання їжі було відмічено у 21,9±2,4 % хворих основної групи та у 11,1±2,3 % осіб контрольної групи (OR=2,3; $p<0,001$; η -2 %). Серед пацієнтів основної групи та осіб контрольної групи надмірне споживання алкоголю відмітило 32,3±2,6 % і 13,2±2,4 % відповідно (OR=2,9; $p<0,001$; η -4 %). Нами було виявлено, що 10,6±1,8 % пацієнтів основної групи та 3,2±1,2% осіб контрольної групи достатньо часто вживали фаст-фуди (їжу швидкого приготування) (OR=3,7; $p<0,001$; η -1 %) та 16,5±2,1 % хворих основної групи і 7,9±1,9 % контрольної групи вживали напівфабрикати (OR=2,3; $p<0,05$; η -1 %). Дослідженням було встановлено, що частота з якою зустрічалася гіподинамія у пацієнтів основної та контрольної груп була 29,0±2,6 % та 14,7±2,6 % відповідно (OR=2,4; $p<0,001$; η -3 %). У нашому дослідженні було виявлено, що 15,2±2,0 % пацієнтів основної групи та 6,8±1,9 % осіб контрольної групи регулярно вживали каву (OR=2,4; $p<0,01$; η -1 %).

Дослідженням було доведено, що соціально-економічні та психологічні фактори мали також достовірний вплив на розвиток інфаркту міокарда. До групи психологічних факторів було віднесено: тип темпераменту особистості та наявність стресів на роботі та вдома. Соціально-економічні фактори включали: сімейний стан, рівень освіти, професійний статус, рівень матеріального забезпечення. Слід відмітити, що такі фактори, як стресові ситуації на роботі та стреси в сім'ї мали найбільший вплив серед усіх факторів цих груп. Встановлено, що піддавалися дії стресів на робочому місці 26,5±2,5 % пацієнтів основної групи та

8,4±1,9 % осіб контрольної групи (OR=3,9; p<0,01; η-5 %); стресові ситуації в сім'ї відмітили 40,0±2,8% хворих основної групи та 21,1±2,9 % осіб контрольної групи (OR=2,5; p<0,001; η-4 %). Тип темпераменту особистості також відіграє певну роль у розвитку інфаркту міокарда. Так, особистісні та поведінкові особливості людей з таким типом темпераменту, як «холерик», вважаються виразним чинником розвитку серцево-судинних захворювань, зокрема інфаркту міокарда. У результаті нашого наукового дослідження було встановлено, що 24,5±2,4 % пацієнтів основної групи та 13,2±3,1 % осіб контрольної групи мали саме цей тип темпераменту (OR=2,1; p<0,001; η-2 %). професійний статус та рівень освіти певним чином впливають на розвиток даної патології. Так, вищої освіти не мали 12,3±1,9 % хворих основної групи та 4,7±1,6 % осіб контрольної групи (OR=2,8; p<0,01; η-1 %). Наявність обіймання керівних посад серед пацієнтів основної та контрольної груп 16,1±2,1 % та 5,3±1,6 % відповідно (OR=3,5; p<0,01; η-2 %). При аналізі рівня матеріального забезпечення було встановлено, що 20,0±2,3 % пацієнтів основної групи та 10,5±2,3 % осіб контрольної групи мали низький рівень матеріального забезпечення (OR=2,1; p<0,01; η-1 %). 15,2±2,0 % хворих основної групи та 6,8±1,9% осіб контрольної групи відмітили свій сімейний стан, як розведені, неодружені та удови/удівці (OR=2,4; p<0,01; η-1 %).

За результатами проведеного дослідження можна стверджувати, що природно-кліматичні фактори також мали достовірний вплив на розвиток інфаркту міокарда. Встановлено, що частота випадків інфаркту міокарда певним чином залежить від природних факторів. Так, при оцінці впливу метеорологічних факторів нами було встановлено, що 33,9±2,7 % пацієнтів основної групи та 15,8±2,4 % осіб контрольної групи відчували погіршення самопочуття у результаті зміни погодних умов (OR=3,1; p<0,001; η-4 %). Перепади артеріального тиску відмічали 18,1±2,8 % хворих основної групи та 6,3±2,4 % осіб контрольної групи (OR=3,3; p<0,001; η-3 %). Було виявлено, що наявність болі у ділянці серця при зміні погодних умов мали 19,7±2,3 % пацієнтів основної групи та 6,8±1,9 % осіб контрольної групи (OR=3,3; p<0,001; η-3 %); головні болі були присутні у 25,8±2,3 % хворих основної групи та 13,2±3,1 % осіб контрольної групи (OR=2,3; p<0,001; η-2 %). Також нами було виявлено, що 20,9±2,3 % пацієнтів основної групи та 8,9±2,1 % осіб контрольної групи відмічали погіршення стану здоров'я саме зранку (OR=2,7; p<0,01; η-2 %). Під час нашого дослідження було виявлено, що у 31,9±2,7 % хворих основної та 17,9±2,7 % осіб контрольної групи відмічалася залежність стану здоров'я від сезону (OR=2,2; p<0,001; η-2 %). У дослідженні 14,8±2,8 % пацієнтів основної та 6,3±2,4 % осіб контрольної групи відмітили, що недостатньо часу проводили на свіжому повітрі (OR=2,6; p<0,001; η-1 %).

Таким чином, можна зробити висновок, що основні фактори ризику розвитку інфаркту міокарда відносяться до біологічних та соціально-гігієнічних. Встановлено, що найвагомішими серед групи біологічних факторів є артеріальна гіпертензія та гіперхолестеринемія. В той же час, обтяжуючий сімейний анамнез, наявність хронічних захворювань, надлишкова вага та підвищений рівень глюкози в крові мали також значний вплив на розвиток інфаркту міокарда. Результати дослідження вказують, що найбільш впливовими серед соціально-гігієнічних факторів є паління та надмірне споживання жирної їжі. Також було доведено, що такі фактори, як гіподинамія, недотримання режиму харчування, над-

лишкове споживання їжі, вживання алкоголю, фаст-фудів, напівфабрикатів, а також наявність професійних шкідливостей мають певний вплив. Визначено, що соціально-економічні, психологічні та природно-кліматичні фактори також певним чином впливають на розвиток даної патології.

Література:

1. Гандзюк В.А. Аналіз захворюваності на ішемічну хворобу серця в Україні / В.А. Гандзюк // Український кардіологічний журнал. – 2014. – № 3. – С. 45–52.
2. Горбась І. М. Фактори ризику серцево-судинних захворювань: поширеність, динаміка, контроль / І. М. Горбась // Здоров'я України. – 2010. – № 4. – С. 24–25.
3. Теренда Н.О. Вчення про інфаркт міокарда в історичному аспекті / Н.О. Теренда // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2013. – № 1. – С. 56–61.
4. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. ISBN 978 92 4 456387 8 (NLM classification: WA 105) Всемирная организация здравоохранения, 2015 г. – С. 62.
5. Zhu J. The incidence of acute myocardial infarction in relation to overweight and obesity: a meta-analysis / J. Zhu, X. Su // Arch Med Sci. – 2014. – 10(5). – P. 855–862.

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ СТРИМКОГО ЗРОСТАННЯ ДІЇ МАСОВОЇ ТРИВОЖНОЇ НЕГАТИВНОЇ ІНФОРМАЦІЇ І СОЦІАЛЬНОГО ФАКТОРІВ

Сокол К.М., Дмуховська Т.В., Сидоренко М.О., ХНМУ, м. Харків

Останніми роками проблема тривоги та депресії стала однією з найактуальніших у глобальному медичному масштабі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, депресивні розлади різної природи діагностують у >4 % населення Землі (в похилому і старечому віці – > 18 %). При цьому тільки за період 2005–2015 рр. кількість діагностованих випадків депресії збільшилося майже на 20 % [1].

На сьогодні тривога і депресія визнані незалежними факторами ризику (ФР) серцево-судинних захворювань (ССЗ), які є однією з найбільш пріоритетною, найбільш поширеною групою захворювань, серед яких 2/3 факторів ризику зумовлені стресогенними подіями життя: хронічним стресом на роботі, низьким соціально-економічним статусом, напруженістю сімейних стосунків тощо [2]. Психосоціальний дистрес та асоційовані з ним тривога і депресія визнані незалежними ФР розвитку ССЗ.

Депресивні та тривожні розлади – одні з найпоширеніших станів, з якими стикаються лікарі загальної практики. У кожного четвертого чи п'ятого пацієнта при зверненні виявляють тривожний чи депресивний розлад [3]. Зазначимо, що в багатьох випадках лікарі первинної ланки не ідентифікують психічних розладів, лікарі «пропускають» їх у 20–80 % випадків [4]. Часто це пов'язано з тим, що лікар не може розгледіти депресії/тривоги за соматичними признаками; часте «маскування» за неспецифічними соматичними симптомами; значна частка пацієнтів при зверненні до лікаря повідомляє лише про соматичні симптоми.

Враховуючи дані літератури та результати наших досліджень, ми прийшли до висновку, що причиною тривожності, емоційної напруги є середовище в якому знаходиться людина, та негативна інформація про її вплив на здоров'я.

У зв'язку з ускладненням трудової діяльності та необхідністю керування складною технікою, швидко текучими технологічними процесами, зростанням руху транспорту, необхідністю виконання робіт в екстремальних умовах (агресивне середовище, роботи на висоті, під землею, в океані, в космосі), комп'ютеризацією робочих місць, впровадженням нових засобів зв'язку значно зросла кількість працюючих, праця яких пов'язана з психоемоційною напругою. Засобами масової інформації на жителів різних країн в умовах глобалізації поступає щоденна інформація про аварійні ситуації та зв'язок їх із забрудненням навколишнього середовища. Окрім цього, засоби масової інформації переповнені повідомленнями про місця захоронення токсичних відходів; про шкідливу дію «активного сонця» і «магнітних бурь»; про екстремальні забруднення токсичними для людини продуктів харчування, води, повітря. Відчуття людьми «небезпеки», «величини небезпеки», «ризиків» можуть призводити до підвищення їх тривожності, емоційної напруги.

Однією з найпоширеніших психіатричних патологій, яка пов'язана з тривожними з поведінковими порушеннями займає панічний розлад, який характеризується раптовими та неочікуваними панічними атаками, кількість яких може варіювати від кількох на день до кількох на рік і супроводжуватися мінімум чотирма з 13 симптомів: підвищення частоти серцевих скорочень; пітливість; тремор; відчуття нестачі повітря; задуха; біль або дискомфорт у грудній клітці; нудота чи дискомфорт у животі; запаморочення, нестійкість, легкість у голові або непритомність; дереалізація чи деперсоналізація; страх втратити контроль або збожеволіти, страх смерті; оніміння чи поколювання в кінцівках; озноб чи жар.

Поширеність цієї патології становить 3–5 % популяції. Жінки хворіють у 2–3 рази частіше, ніж чоловіки. Досліджено, що разом із панічним розладом 24–88 % відмічається поширеність великої депресії [6].

Тривожно-побічний та депресивний синдром в Україні стали причиною поширення здоров'я населення як наслідок станом економіки, безкінечних реформ системи охорони здоров'я, суспільно-політичної ситуації.

Проблема психічного здоров'я зумовлена також для тих, хто зазнав впливу стрес-факторів збройних сил, переселенців з місць збройних конфліктів, учасників громадських акцій.

Таким чином, одним із найголовніших факторів, що впливають на стан психічного здоров'я населення в Україні, є обсяг і характер інформації (ЗМІ). ЗМІ, особливо телебачення, все більше переповнюються сценами витонченого насилля, вульгарності. Телеглядачі щоденно бачать людську кров, вбивства, результати катастроф з усього світу. В той же час ще не встановлено, яка інформація для людини корисна, а яка шкідлива. Вивчення цієї теми дозволить розробити рекомендації для ЗМІ.

У зв'язку з інформаційним бумом з'явилася нова форма забруднення – інформаційна. У зв'язку з цим пропонується розробити інформаційні стандарти для використання їх для оцінки інформації, її контролю та заборони.

Література:

1. С.Т. Бучинський. Нейрометаболична стратегія фармакотерапії афективних розладів: кому, коли і навіщо? // Укр. мед. часопис, 1 (141) – I/II 2021/ www.umj.com.
2. Stansfeld S. A., Fuhrer R., Shipley M. I., Marmot M. G. (2002) Psychological distress as a risk factor for coronary heart disease in the Whitehall // *stud. Int. J. Epidemiol.*, 31(1): p. 248–255.

3. Barrett J. E., Barrett., Oxman T. E., Gerber P. D. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice // Arch. Gen. Psychiatr., 45: 1100–1106.
4. Schulberg H. C., Burns B. J. (1988). Mental disorders in primary care: Epidemiologic, Diagnostic, and Treatment Research Directions. Gen. Hosp. Psychiatr., 10: 79–87.
5. Еремін А.Л. «Інформаційна екологія» і здоров'я людини в сучасних умовах. // Гігієна і санітарія. – 1988. - № 1. – С. 58–60.
6. Starcevic V. (2009). Anxiety disorders in adults: a clinical guide. Oxford University Press, Oxford.

ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ ПРАЦІВНИКІВ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Усенко С.Г., Циб К.О., ХНМУ, м. Харків

На сучасному етапі розвитку суспільства в умовах соціально-економічної нестабільності та професійної конкуренції ростуть вимоги, що пред'являються до професіоналізму особистості. Однак, далеко не кожна людина може адаптуватися та ефективно здійснювати свою професійну діяльність в умовах стресової ситуації. У сучасному суспільстві зростає ймовірність розвитку різних психопатологічних станів.

Професія медичного працівника відноситься до складних видів праці, так як вимагає від суб'єкта різнобічної освіченості, безперервності процесу професіоналізації, а також володіння особистісними і професійними якостями. Тому серед працівників галузі охорони здоров'я часто зустрічається синдром емоційного вигорання.

Синдром емоційного вигорання (СЕВ) – довгострокова реакція, або синдром, що виникає внаслідок тривалих стресів, у тому числі і професійних. Засновниками вивчення цього синдрому стали Н. Freudenberger (1974, USA) і К. Maslach (1976, USA). Дослідники все більше стали пов'язувати СЕВ з психосоматичних самопочуттям, відносячи його до станів передхвороби. Синдром емоційного вигорання середнього і високого ступеня є показанням до психологічної корекції. В даний час СЕВ входить до Міжнародної класифікації хвороб (МКБ-10) і трактується як стрес, пов'язаний з труднощами підтримки нормального способу життя.

Дані про поширеність синдрому емоційного вигорання (СЕВ) серед фахівців професій соціальної сфери підкреслюють його медико-соціальну значимість. Згідно з міжнародними статистичними даними від 30 до 90 % працюючих знаходяться в групі ризику формування СЕВ. Відзначається, що найбільш часто схильні до ризику вигорання фахівці медичної сфери освіти, кримінально-виконавчої системи і сфери освіти [1, 2].

Дослідження професійного вигорання і емоційної дезадаптації медичних працівників набувають особливої актуальності в умовах пандемії, коли медичний персонал змушений працювати в умовах екстремального навантаження і підвищеної загрози зараження, у всьому світі.

Так, на прикладі лікарів загальноклінічної практики було показано, що кожен другий фахівець демонструє ознаки емоційного вигорання. При цьому фази

напруги і резистенції найбільш виражені у лікарів онкологів, а фаза виснаження – у лікарів швидкої допомоги [3].

Схожі закономірності були виявлені і в дослідженні, проведеному в багато-профільному стаціонарі. Було виявлено, що в 50 % випадків у співробітників спостерігаються різні ознаки СЕВ. У лікарів виявлені симптоми невротичної депресії в 37,8 % випадків, тривожних розладів у 24,5 %, астенічних – у 23,5 %; вегетативних розладів – у 22,7 %, obsesивно-фобічних – у 17,3 % спостережень [3].

Окрема увага приділяється особливостям формування СЕВ у середнього і молодшого медичного персоналу. Дослідження медсестер різних профілів і спеціалізації виявило, що у них домінують такі симптоми СЕВ, як: «неадекватне виборче емоційне реагування», «переживання психотравмуючих обставин», «емоційний дефіцит», а також «відчуття загнаності в клітку».

Тривають дослідження закономірностей формування синдрому емоційного вигорання з урахуванням гендерного фактора. Порівняльний аналіз сформованості різних стадій СЕВ серед фахівців-жінок і фахівців-чоловіків показав, що у жінок стадія резистенції більш виражена, ніж у чоловіків [3].

Останнім часом в умовах пандемії COVID-19 спостерігається збільшення кількості випадків СЕВ серед медичного персоналу. При порівнянні вираженості емоційної дезадаптації у медичних працівників до і після початку епідемії, виявлено значне підвищення значень депресії і тривоги за відповідними шкалами. У дослідженні педіатрів, працюючих з важкими синдромами, в 2019 р. відзначалося 7,3 і 14,1 % обстежених зі значеннями депресії і тривоги вище порогових [6] за методикою HADS (Госпітальна шкала тривоги і депресії).

Групове дослідження 3537 медичних працівників, за участю спеціалістів із Великобританії, Польщі та Сінгапуру, показало, що у 20 % респондентів були підвищені бали за шкалою тривоги і у 11 % – за шкалою депресії. Подібні тривожні результати можна спостерігати і за опитувальником професійного вигорання. Так, високий ризик вигорання було виявлено у 67 % фахівців [7].

Нажаль, лише в деяких дослідженнях підіймається проблема способів боротьби з професійним стресом. Виявлено, що 30 % лікарів приймають медикаментозні засоби для корекції емоційної напруги [4], 11 % зверталися за психологічною допомогою, 51 % фахівців серйозно думали про вихід на пенсію, 11% – про самогубство [5]. Поодинокі роботи, в яких СЕВ розглядається як фактор ризику здійснення «ятрогенних злочинів» медичними працівниками [4].

Таким чином, можна відзначити, що основними напрямками досліджень СЕВ серед працівників медичної сфери є вивчення даного феномена на прикладі багатoproфільних установ, його гендерної специфіки, впливу епідеміологічного стану. Звертає на себе увагу вкрай обмежена кількість робіт, в яких були б представлені практичні рекомендації з профілактики СЕВ серед медичних працівників з урахуванням профілю діяльності і організаційних чинників.

Література:

1. Булыгина В.Г. Психологическая концепция профилактики общественно опасных действий лиц с тяжелыми психическими расстройствами: Дисс. докт. психол. наук. 2016. 393 с.

2. Булыгина В.Г., Петелина А.С. Эмоциональное выгорание у специалистов общей и судебно-психиатрической практики (аналитический обзор) // Российский психиатрический журнал. 2013. № 6. С. 24–30.

3. Бодагова Е.А., Говорин Н.В. Психическое здоровье врачей разного профиля // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23. № 1. С. 21–26
4. Огнерубов Н.А. Синдром эмоционального выгорания как детерминанта преступности в сфере медицинской деятельности // Социально-экономические явления и процессы. 2013. № 1. С. 245–247.
5. Glenn R. Prevention of burnout // Adv. Psychiatr. Treat. 1997. Vol. 3. P. 282–289.
6. Steijn M, Scheepstra C, Yasar G, Olf M, Vries C, Pampus M. Occupational well-being in pediatricians a survey about work-related posttraumatic stress, depression, and anxiety. Eur J Pediatr. 2019;178(5):681–693.
7. Hawari F, Obeidat N, Dodin Y, Albtoosh A, Manasrah R, Alaqeel I, Mansour A. The inevitability of Covid-19 related distress among healthcare workers: findings from a low caseload country under lockdown. 2020.

МОНІТОРИНГ ЗДОРОВ'Я ПРАЦЮЮЧИХ ЯК ВАЖЛИВЕ ЗАВДАННЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВОЇ НАЦІЇ

Григорян О.В., ХНМУ, м. Харків

Головною метою моніторингу здоров'я працюючого населення є профілактика виникнення загальних та професійних захворювань. Для досягнення цієї мети необхідно проводити медичні огляди з встановленою періодичністю згідно зі встановленим законодавством України і нормативно-директивних документів, що регламентують необхідність проведення профілактичних медичних оглядів та кількості психофізіологічної експертизи, як невід'ємної частини цього процесу, а саме:

1. Закон України №2801-ХІІ від 19.11.1992 р. «Основи законодавства України про охорону здоров'я», (відповідно до розділу IV, ст. 31 «З метою охорони здоров'я населення організуються профілактичні медичні огляди працівників підприємств, установ та організацій з шкідливими і небезпечними умовами праці ...»).

2. Закон України №2695-ХІІ від 14.10.1992р «Про охорону праці», (відповідно до розділу II, ст.5 До виконання робіт підвищеної небезпеки та яким є потреба у професійному доборі, допускаються особи за наявності висновку психофізіологічної експертизи).

3. Наказ МОЗ України №133 від 25.03.2003 р «Про затвердження Переліку спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів, які мають право встановлювати остаточний діагноз щодо професійних захворювань» (Згідно з цим наказом до переліку установ входить клініка "Харківського НДІ гігієни праці та профзахворювань).

4. Наказ МОЗ України №246 від 21.05.2007 р. «Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій», (Згідно з цим наказом проводяться профілактичні медичні, психіатричні, наркологічні огляди та психофізіологічна експертиза працівників, які працюють у шкідливих і небезпечних умовах праці).

5. Наказ МОЗ України та Державного комітету України по нагляду за охороною праці №263 / 121 от 23.09.94 р. «Про затвердження Переліку робіт, де є потреба у професійному доборі» (виділено 13 видів робіт, для кожного з яких передбачений конкретний набір психофізіологічних показників для професійного відбору).

Моніторинг здоров'я працюючого населення проводиться не тільки з метою попередження професійних захворювань, але й задля запобігання виникнення ускладнень загальних захворювань та нещасних випадків. Від результатів проведення моніторингу здоров'я залежить встановлення раціонального режиму праці, бо існує перелік протипоказів, за якими є обмеження в виконанні певних робіт у шкідливих та небезпечних умовах праці.

При проведенні медичних оглядів працездатного населення протягом багатьох років виявлено, що «практично здорових» осіб серед представників чоловічої статі було суттєво більше, ніж серед жіночої. Це ставить велике питання, щодо дозволу жінок та вимог до виконання цих робіт.

Як показувала всесвітня медична та життєва практика, чим людина молодше, тим у неї менше захворювань. Але за останні декілька років спостерігається збільшення загальних захворювань серед працівників молодшого та середнього віку. Виявляють більшу кількість патології дихальної системи, нейроциркуляторної дистонії, органу зору у вигляді міопії та захворювання серцево-судинних захворювань у вигляді гіпертонічної хвороби. На жаль, виявлення захворювань у молодого контингенту, в більшості випадків, проводилось під час проходження періодичного медичного огляду (тобто вони працюють на підприємстві вже 1 рік, а то і більше). При цьому, попередній медичний огляд (під час прийняття на роботу) вони проходили в інших медичних закладах [1].

Окрім вищеперерахованих проблем, які виникають під час моніторингу здоров'я працюючих, наразі існує дуже великі перешкоди в організації медичних оглядів умовах дії карантину на території України. Насамперед, це пов'язано зі страхом зараження коронавірусною інфекцією в межах лікувального закладу, зменшенням виробництва та неспроможністю роботодавця оплатити медичні огляди. Разом з тим постановами КМУ від 04.05.2020 р. № 343, від 22.07.2020 № 641 встановлено, що на період дії карантину тимчасово дозволяється залучення до роботи працівників у шкідливі та небезпечні умови праці без проходження будь якого медичного огляду.

Література:

1. Коробчанський В.О., Григорян О.В. Аналіз захворюваності серед працівників, які виконують роботи підвищеної. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2018. № 6 (15). С. 221–227.

ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД УЧНІВ ЗАКЛАДІВ ОСВІТИ

Бура О.В., Горай О.В., Житомирський медичний інститут, м. Житомир

Результати проведених в останні роки наукових досліджень показують, що найбільш виражене погіршення стану здоров'я дітей відбувається на віковому відрізку від 7 до 17 років, тобто в періоді шкільного навчання. Рівень здоров'я дітей цього віку в значній мірі залежить від умов навчання, характеру навчального процесу, способу життя.

У шкільному середовищі крім освоєння нових знань також відбувається спілкування однолітків і дорослих, перевіряється здатність адаптуватися до різних ситуацій і вимог.

Нерідко невідповідність навчального навантаження можливостям організму дитини викликає напруження механізмів адаптації, підвищує ймовірність психо-емоційного зриву та інших відхилень в стані здоров'я: невротичні та неврозоподібні розлади виявляються у 60–70 % школярів; підвищений рівень тривожності – у 80 % підлітків; синдром дефіциту уваги з гіперактивністю – у 13 % молодших школярів і 25 % підлітків; емоційні відхилення (страх, погіршення настрою, агресія) – майже у 40 % дітей [2, с. 5]. Вкрай важливо вчасно розпізнати психічне захворювання у дитини на ранній стадії і запобігти його подальшому розвитку.

Серед заходів профілактики й раннього виявлення психічних захворювань і розладів поведінки: адекватний розподіл навантаження в школах, відповідно до гігієнічних норм; мінімізація факторів ризику, щодо розвитку психічних захворювань у дітей (створення комфортного психологічного клімату, забезпечення нормальної інтеграції кожного учня в колектив); раннє виявлення патологічних станів (спостереження шкільної медичної сестри, регулярна робота з шкільним психологом, психологічні тестування); створення комфортних умов для інклюзивного навчання дітей з особливими потребами; проведення медичними сестрами шкіл освітніх бесід з учнями та їх батьками, які будуть спрямовані на підвищення їх інформованості про психічні захворювання та розлади поведінки, фактори їх розвитку, ранні прояви, методи корекції [1, с. 121].

Специфіка роботи шкільної медичної сестри полягає в тому, що на проведення профілактичних заходів відводиться більша частина часу. Медична сестра школи проводить обов'язкові заходи стосовно психічного здоров'я:

- оцінка психічного здоров'я учня;
- надання першої та невідкладної допомоги при необхідності направлення учня на консультацію до лікаря-фахівця;
- індивідуальне консультування учня щодо питань, які стосуються здоров'я, здорової поведінки;
- консультування учнів із питань навчання самоконтролю, у зв'язку зі станом здоров'я і виконання плану лікування, призначеного лікарем;
- консультування педагогів у процесі навчання, при організації навчальної роботи, а також виконання плану реабілітації учня або призначеного лікарем плану лікування;
- співпраця з учнем, батьками, фахівцями громадського здоров'я і персоналом школи з метою запобігання частих захворювань і проблем зі здоров'ям;
- поширення науково обґрунтованих інформаційних матеріалів, що стосуються проблем здоров'я [3, с. 4].

Для виконання низки заходів потрібно мати знання як про первинні прояви психічних захворювань, про самі психічні і поведінкові розлади та методи їх лікування, так і про особливі потреби процесу навчання, пов'язані зі станом здоров'я, шляхи формування безпечного освітнього середовища. Важливі навички шкільних медичних сестер зі встановлення партнерства з шкільним персоналом, фахівцями громадського здоров'я, батьками.

Медична сестра повинна виконувати роль консультанта і розповсюджувача знань, щоб зробити певний внесок у запобігання виникнення у школярів психічних і поведінкових розладів.

Заходи для зниження психоемоційного напруження і поліпшення діяльності нервової системи учнів повинні бути спрямованими на нормалізацію режиму дня

і харчування, оптимізацію фізичного навантаження, використання немедикаментозних методів лікування.

До заходів, які можуть проводитися в освітніх установах, належать такі: навчання методам м'язової релаксації на фізкультурхвилинках, елементам аутотренінгу в кабінеті психологічного розвантаження, вплив кольорових гам у приміщеннях школи та функціональної музики в різних режимних моментах, уроки психофізичної саморегуляції.

Доцільне навчання батьків методам правильного педагогічного впливу, що сприяє гармонізації емоційного фону дитини.

Профілактичні та оздоровчі програми повинні бути гармонійно інтегровані в навчальний процес, забезпечуючи тривалий медико-педагогічний супровід дитини, що дозволить запобігти розвитку розладів психіки та поведінки і підвищити якість життя.

Таким чином, роль шкільної медичної сестри при запобіганні проблем психічного здоров'я полягає в оцінці психічного здоров'я учнів і шкільного середовища у співпраці з вчителями, шкільними психологами, фахівцями громадського здоров'я; консультування учнів та їх батьків з питань здорової поведінки; участі в ухваленні рішень, що впливають на психічне здоров'я школярів; розробці і впровадженні профілактичних та оздоровчих програм формування безпечного освітнього середовища.

Література:

1. Іваць А.Р., Романів О.П. Збереження психічного здоров'я дітей у процесі шкільного навчання. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 3 (44). С. 120–121.

2. Ільницька Т. Психічне здоров'я дітей та підлітків. *НейроNEWS*. 2016. № 8. С. 5–9.

3. Суси А, Тохвре Р. Оценка психического здоровья ученика: рук-во для школьных медсестер. Tallinn, 2011. 50 с.

СТАН ОРГАНА ЗОРУ СТУДЕНТІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ПІД ЧАС ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

*Лещенко С.О., Володіна А.Д.,
Слободянюк Д.О., Тарануха О.О., ХНМУ, м. Харків*

Всесвітня організація охорони здоров'я 11 березня 2020 р. оголосила про початок пандемії (котра стала 11-ю в ХХ–ХХІ століттях) нової коронавірусної інфекції COVID-19. 12 березня 2020 р. в нашій країні було запроваджено карантинні заходи, які включали обов'язкове дистанційне навчання у ВНЗ.

Намагаючись знизити кількість захворювань, люди зменшили свій рівень фізичної активності і почали набагато більше часу проводити за комп'ютерами. Особливо це стосується студентів, які змушені навчатися, здебільшого за допомогою гаджетів. Адже відомо про негативний вплив на зір людини тривалого «спілкування» з моніторами комп'ютерів, смартфонів і т. п. (комп'ютерний зоровий синдром) [1, 2].

Саме через високу на даний час актуальність цього питання ми вирішили провести дослідження: як впливає дистанційне навчання під час карантину на зір студентів вищих навчальних закладів.

За допомогою спеціально розробленого тесту ми провели опитування (2020–2021 рр.) серед студентів Харківського національного медичного університету та Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна, у якому взяли участь двісті осіб. Результати цього опитування виявили, що без суттєвих змін зір залишився у 37 % студентів (26 % до цього мали нормальний зір, 11 % мали порушення рефракції). Зазначили погіршення зору 63 % студентів, серед яких 34 % до цього ніколи не мали проблем із зором, а у 29 % були в анамнезі порушення рефракції.

Опрацювавши результати, ми виявили, що під час карантину більшість студентів стали скаржитися на погіршення зору вдаль та на сухість і печіння в очах. Симптоми виникають після тривалого навчального дня проведеного за екраном комп'ютера. У 4 % студентів зустрічався ефект Мак-Калаха (при переносі погляду з дисплея комп'ютера на стіну з'являлася світла або кольорова пляма). Учасники опитування визнають, що після офтальмологічного огляду їм ставили діагнози – синдром сухого ока (63 %), астенопія (38 %), порушення акомодатії (24 %), комп'ютерний зоровий синдром (25 %). Спостерігалось збільшення міопічної рефракції та її ступеня серед студентів.

Синдром (або хвороба) «сухого ока» – це багатofакторне хронічне ураження кон'юнктиви і рогівки внаслідок недостатності зволоження прекорнеальною плівкою поверхні очей. Симптоми включають свербіж, печіння, подразнення очей з гіперемією, іноді світлобоязнь. Також характерні сльозотеча та швидка втомлюваність очей, доволі часто спостерігається тимчасове помутніння зору. Симптоми можуть варіюватися від легких та поодиноких до важких і безперервних [1, 3].

Використання комп'ютера – головний фактор під час карантинного навчання, що може викликати синдром «сухого ока». У середньому студент має 3 пари на день, це 5 годин роботи за комп'ютером, смартфоном. Потім домашня підготовка до занять наступного дня, «відпочинок» з переглядом різноманітної інформації – і все це з використанням гаджетів. У багатьох студентів робота очей з екранами різних моніторів не припиняється майже безперервно 10–12 годин на добу.

Використовуючи цифрові пристрої, людина рідше моргає, що призводить до більшого випаровування сліз, порушення структури самої слізної плівки та підвищеного ризику появи симптомів сухості очей.

Внутрішнє середовище – кондиціонер, портативні вентилятори, системи нагріву повітря зменшують вологість у приміщенні та пришвидшують випаровування сліз, викликаючи симптоми сухості очей, що особливо може проявитися у людей під час майже постійного перебування в приміщеннях під час карантину. Значна іонізація повітря навколо комп'ютера. Ці фактори укупі можуть стати тригерами синдрому «сухого ока» [3].

Порушення осанки (особливо шийного відділу хребта) під час тривалого сидіння, неправильної ергономіки робочого місця, призводить до змін вегетативної іннервації ока та як наслідок – астенопії, порушень зору.

Також не треба забувати про шкідливість для прозорих середовищ ока та сітківки випромінювання моніторами гаджетів синього спектра світла, що може викликати помутніння кришталіка, скловидного тіла та дистрофічні зміни в сітківці.

У підсумку ми маємо зазначити, що погіршення зору – не обов'язкова плата за постійну працю за комп'ютерним монітором. Незважаючи на певні зміни

у щоденному розпорядку, люди мають знаходити час на відпочинок, краще з фізичними навантаженнями, та не забувати про свій зір.

Правильна організація робочого місця, освітлення, спеціальні «протикомп'ютерні» окуляри, дотримання режиму навантажень та відпочинку (правило 20-20-20: під час роботи за комп'ютером чи любим дисплеєм, у тому числі з мобільним телефоном, через кожні 20 хвилин протягом 20 секунд треба 20 разів моргнути обома очима), «гімнастика» для очей (вправи вдалину), інстиляції сльозозамісних крапель, прийом антиоксидантів, правильне харчування, періодичне відвідування офтальмолога – все це може вберегти зір під час онлайн-навчання.

Література:

1. Стрільчук Л. П'ять міфів про синдром сухого ока. // Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя». № 18 (463), вересень 2019 р.

2. American Optometric Association (AOA) [Електронний ресурс]. URL: <http://www.aoa.org/patients-and-public/caring-for-your-vision/protecting-your-vision/computer-vision-syndrome>. 2016р.

3. Бржеский В.В. Синдром «сухого глаза» – болезнь цивилизации // Медицинский совет. 2013. № 3. С. 114–120 [Brzhesky V.V. Dry eye syndrome: a disease of civilization // Consilium Medicum. 2013. Vol. 3. P. 114–120]

СОЦІАЛЬНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ОРГАНІЗАЦІЇ ПАЦІЄНТ-ОРІЄНТОВАНОЇ МОДЕЛІ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ

Чопорова О.І., ХНМУ, м. Харків

Туберкульоз (ТБ) залишається одним із серйозних викликів для системи охорони здоров'я. Незважаючи на забезпечення фтизіатричної служби необхідними протитуберкульозними препаратами на безкоштовній основі для населення, в Україні смертність від ТБ за місяць залишається вищою, ніж за весь період пандемії COVID-19. Лікарі-фтизіатри сьогодні все частіше стикаються із занедбанними, тяжкими і розповсюдженими формами туберкульозу, які мають показання до госпіталізації та можуть призвести до ранньої смерті [5, с. 21].

Стигматизація та дискримінація стає одним із суттєвих бар'єрів доступу до медичної допомоги, бо хворі на туберкульоз – це прошарок соціально неблагополучних пацієнтів, які вважають свою хворобу скоріш соціальним стражданням, аніж сприймають як епідеміологічно небезпечну інфекційну недугу, оскільки відношення суспільства, навіть до ВІЛ-інфікованих чи хворих на COVID-19, наразі більш толерантніше, ніж до хворих на туберкульоз [2, с. 9].

Захворювання на ТБ слід розглядати, як психотравмуючу ситуацію, яка негативно впливає на світогляд, руйнує психіку, викорінює надії на майбутнє. Страх, гнів, відчуття провини, образу, шок та занепокоєність – все це змінює соматичний стан хворого та впливає на клінічну картину захворювання. На вираженість реакції пацієнта при оголошенні діагнозу впливають вік, лабільність психіки, обізнаність щодо хвороби, соціального оточення, взаємовідносин із вагомими у житті людьми [3, с. 8].

Соціальна стигматизація хвороби розповсюджений стереотип асоціації ТБ із соціальним неблагополуччям, маргіналізацією. Члени суспільства стороняться хворих на ТБ через огидливість до “заразних” хворих та боязкість заразитися,

а непрофесіоналізм медичних працівників може спричинити ятрогенну стигматизацію та викликати у хворого відчуття упередженого ставлення до себе, що загрожує успішному завершенню лікування. Самостигматизація пацієнта через сприйняття негативного ставлення інших людей до своєї ситуації через призму їхньої стигми, яке супроводжується відчуттям ганебного, невиліковного, нікчемного, непотрібного суспільству, що підсилює психологічну травматизацію та знижує якість життя [2, с. 62, 4, с. 9].

Як зазначили експерти у дослідженні «Оцінювання стигми щодо ТБ в Україні», яке було проведено у 2021 р., серед важелів впливу стигми на епідемію ТБ в Україні наголошується на суттєвому значенні досвіду пережитої стигматизації на шляху діагностики та лікування ТБ на рішення хворого щодо отримання медичних послуг у зв'язку з хворобою. Найчастіше йдеться про стигматизацію у медичних закладах, в громаді та на роботі [4, с. 33].

За аналізом звернень користувачів застосунку OneImpact, TBpeopleUkraine виділила наступні прогалини: ненадання медичної допомоги або надання у недостатньому обсязі; розкриття лікарської таємниці; грубе ставлення, часом з повним ігноруванням законних прав пацієнтів та їх родичів; неодноразово, приниження людської гідності, особливо серед підлітків. Зазначається, що 76,2 % чоловіків та 44,7 % жінок відчувають бажання «помститися» суспільству за свої страждання у зв'язку з недугою. Такі хворі втрачають відчуття відповідальності перед суспільством та не дотримуються регламентованих правил гігієни, наражаючи оточуючих на зараження туберкульозом. Недотримання лікарських призначень через втому від тривалого лікування та зневажливе ставлення до психосоціальних потреб хворого робить його особливо соціально небезпечним через ризик розвитку хіміорезистентності та первісного зараження інших лікарсько-стійкими формами ТБ, що загрожує складнощами їх лікування. [2, с. 64].

Дискримінація та стигматизація, а також супутні соціально-психологічні особливості пацієнтів із поєднаною патологією (алко- та наркозалежність, зокрема) є визнаними бар'єрами розробки інтеграційного підходу щодо надання спеціалізованої допомоги, пов'язаними з правами людини, що знижують якість життя та сприяють епідеміологічній напрузі у суспільстві. Так, серед хворих на чутливий вперше діагностований ТБ 12,1 % – ті, що зловживають алкоголем, 7,5 % споживачів ін'єкційних наркотиків, що свідчить про необхідність активного залучення інститутів громадського суспільства до розробки та втілення програм соціальної підтримки пацієнтів [5, с. 12].

На сьогодні фінансування програм з боротьби з ТБ визнано однією з найвищих інвестицій у вирішення гуманітарних проблем людства і завдань, пов'язаних зі здоров'ям, тобто сферою з найвищою віддачею від державних бюджетів у перерахунку на витрачений долар [6, с. 73]. На період після 2015 р. Україна зобов'язалася дотримуватися Цілей сталого розвитку, серед яких: до 2030 р. покласти край епідемії туберкульозу. Її подолання спиратиметься також на реалізації 10 цілей політичної декларації та 5 зобов'язань, окреслених у програмних документах 2018 р., якими передбачено до 2022 р., зокрема, знизити стигми та усі форми дискримінації шляхом відміни дискримінаційних законів і норм та підтримки програм захисту прав людини. У виконання взятих зобов'язань, у 2019 р. в Україні схвалено Державну стратегію у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, ТБ та вірусним гепатитам на період до 2030 р., першою стратегічною ціллю якої передбачено розширення людино орієнтованих моделей лікування з акцентом на

впровадження амбулаторного лікування (досягнення до кінця 2023 р. частки пацієнтів з підтвердженим діагнозом ТБ, які з першого дня лікуватимуться в амбулаторних умовах, що становитиме 65 %); дотримання прав осіб, хворих на ТБ, подолання стигми та дискримінації та забезпечення рівних прав та свобод протягом курсу лікування ТБ; реформування мережі протитуберкульозних закладів та втілення нових механізмів фінансування протитуберкульозних заходів; а також формування нової кадрової політики у сфері громадського здоров'я [7, с. 20].

Фтизіатрична служба розпочала свою реорганізацію заради створення більш економічно доцільної та найбільш зручної для пацієнта децентралізованої амбулаторної моделі лікування за «локальним маршрутним листом». Запорукою успішності пацієнт-орієнтованої моделі лікування є прихильність хворого до лікування, технічне забезпечення відео-ДОТ (за необхідністю) та злагоджена робота команди, яку очолює районний фтизіатр: куратор ДОТ (отримує, контролює, видає хворому ПТП, записує на контрольні обстеження, звітує районному фтизіатру), сімейний лікар загальної мережі або фельдшер за місцем проживання (консультує хворого за потребою); інфекціоніст; вузькі спеціалісти (за потреби); засоби масової інформації (для нівелювання стигми щодо ТБ серед населення) [1, с. 100]. Однак, соціально-психологічна реабілітація осіб що перехворіли, стоїть під питанням, бо не входить до пакету послуг, передбачених НСЗУ. Чимала частка обов'язків припадають на близьких, робітників благодійних організацій, зокрема «Світло надії» та Товариство Червоного Хреста, фрагментарно компенсуються з боку міжнародних організацій, проектів, зокрема «Challenge TB», або у окремих випадках за рахунок місцевих бюджетів [2, с. 44].

На думку представництва TBpeopleUkraine, в умовах переходу на амбулаторну модель лікування хворих на ТБ кількість випадків стигми і дискримінації може суттєво збільшитись, якщо не приділяти цьому уваги, і, зокрема, професійній підготовці лікарів загальної практики сімейної медицини з питань туберкульозу з акцентом на подолання стигми [4, с. 30].

Лише підвищенням пріоритетності послуг щодо ТБ для органів місцевого самоврядування, покращення взаємодії із закладами охорони здоров'я, створення сприятливої суспільно-політичної ситуації, спрямування коштів з ліквідованих протитуберкульозних стаціонарів та належна технічна підтримка щодо злагодженої роботи учасників функціонування пацієнт-орієнтованого підходу для переходу на амбулаторну форму лікування хворих на ТБ та протидія стигмі та дискримінації уразливих груп населення допоможе покласти край хворобі та буде свідченням реальних кроків держави щодо покращення громадського здоров'я та економіки нашої держави [8, с. 9].

Література:

1. Фещенко Ю. І., Литвиненко Н. А., Погребна М. В. та ін. Амбулаторне лікування хворих на туберкульоз: «за» та «проти» //Український пульмонологічний журнал. 2017. № 2. С. 96–100.

2. Новожилова І. О. Стигматизація хворих на туберкульоз// Укр. пульмонол. журнал. 2018. № 3. С. 59–68.

3. TB Stigma Measurement Guidance, Challenge TB. 2018 Режим доступу: https://www.challengetb.org/publications/tools/ua/TB_Stigma_Measurement_Guidance.pdf

4. Центр громадського здоров'я (2021) Оцінювання стигми щодо туберкульозу в Україні: Київ, 2021. 59 с.

5. Центр громадського здоров'я (2020) Туберкульоз в Україні. Аналітично – статистичний довідник за 2019 р.: Київ. 2019. 31с. Режим доступу: <https://phc.org.ua/kontrol/zakhvoryuvan/tuberkuloz/statistikaz/tb/analitichno/statistichni/materiali/z/tb>.

6. Годоріко Л.Д., Петренко В.І., Шевченко О.С. Перспективи подолання туберкульозу в Україні // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. № 1 (24). 2016. С. 72–77.

7. Звіт України про досягнутий прогрес у досягненні цілей політичної декларації прийнятої під час наради високого рівня генеральної асамблеї ООН з туберкульозу 26 вересня 2018 року. Звітний період: 2019 -2020 рр.: Київ, 2020. 99 с.

8. Актуальні проблеми адвокації створення сприятливої суспільно-політичної обстановки для переходу на ефективну пацієнт-орієнтовану модель лікування туберкульозу в Україні. Круглий стіл: Київ, 2016. Режим доступу: <https://www.prostir.ua>

АЛГОРИТМ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ

Сокол К.М., ХНМУ, м. Харків;

Подрігало Л.В., Харківська державна академія фізичної культури,

ХНУ ім. Каразіна, м. Харків;

Подрігало О.О., Харківська державна академія фізичної культури, м. Харків

Вступ. Дослідження особливостей харчування займає значне місце в діагностиці здоров'я. Відхилення складових раціону від гігієнічних нормативів впливає практично на всі критерії, що характеризують здоров'я, і призводить до формування донозологічних станів і хронічних захворювань.

На цей час методологія досліджень харчування передбачає перехід до керування здоров'ям населення за допомогою аліментарного фактора. Це передбачає виявлення основних чинників ризику і оздоровчих чинників, що може бути реалізовано завдяки вивченню харчової поведінки (ХП) як складової способу життя. Зазначене поняття пропонується визначати як комплексний фактор, що включає особливості харчування, вплив раціону на здоров'я за допомогою реалізації стилю харчування, харчових звичок і табу. ХП може мати як позитивний, так і негативний вплив на організм залежно від факторів, що переважають у ньому.

Виходячи з викладеного, *метою дослідження* була розробка алгоритму вивчення особливостей ХП дітей шкільного віку для виділення аліментарних факторів ризику.

Матеріали і методи. В якості матеріалів використані результати анонімного анкетування про особливості способу життя 408 школярів, учнів 9 та 11 класів (дівчата склали 56,62 %, хлопчики – 43,38 %). Респонденти відповідали на питання щодо частоти вживання окремих харчових продуктів протягом останніх 30 днів, а також про присутність в раціоні продуктів, що відносяться до так зва-

ного «харчового сміття». Статистична обробка проведена за допомогою ліцензованих продуктів Excel і SPSS та включала використання показників варіаційної статистики, параметричних і непараметричних критеріїв.

Результати та їх обговорення. Проведений аналіз встановив певні гендерні особливості раціонів. Так, м'ясо достовірно частіше ($p < 0,05$) щодня присутнє в раціоні хлопчиків ($31,79 \pm 3,55$) % проти ($21,78 \pm 2,91$) %, хоча дівчатка частіше їдять його – 2–3 рази на тиждень ($50,00 \pm 3,53$) % проти ($36,99 \pm 3,68$) % хлопчиків. Хлопчики частіше вживають щодня ковбасні вироби ($26,47 \pm 3,39$) % проти ($17,83 \pm 2,53$) %. Водночас дівчинки повідомили, що взагалі не вживають копчених ковбас. Можливо, відмова від копченостей є проявом здорової спрямованості харчування у дівчаток через досить високий вміст харчових добавок в цьому виді продуктів.

У харчуванні хлопчиків частіше присутня риба, про її регулярне вживання повідомили ($33,57 \pm 4,01$) % проти ($22,91 \pm 2,80$) % дівчаток, з яких ($17,18 \pm 2,51$) % її взагалі не вживають, у хлопчиків таких лише ($0,71 \pm 0,71$) %. Це дозволяє припустити наявність певного стереотипу білкового харчування: для хлопчиків – спрямованого на розвиток м'язової системи, для дівчаток – переважно обмежувального характеру, спрямованого на корекцію фігури.

Молоко і молочні продукти дівчинки частіше включали в раціон щомісяця ($10,43 \pm 2,02$) % проти ($4,76 \pm 1,65$) %, але частіше щодня вживали кисломолочні продукти ($45,89 \pm 3,29$) % проти ($34,68 \pm 3,63$) %, що також відображає спрямованість на здорове харчування.

Щоденне споживання свіжих овочів істотно частіше зустрічалося у дівчаток ($76,52 \pm 2,80$) % проти ($63,58 \pm 3,57$) %, аналогічна спрямованість спостерігалася в щоденному вживанні свіжих фруктів ($76,75 \pm 2,80$) % проти ($64,71 \pm 3,68$) %. Хлопчики значно частіше відзначали повну відсутність свіжих овочів і фруктів у своєму раціоні. Це дозволяє припустити у них істотно більший ризик розвитку дефіциту вітамінів, мінеральних речовин і харчових волокон.

Хлопчики достовірно частіше щодня вживали цукерки, а дівчатка частіше споживали їх 2–3 рази на тиждень. Щодо присутності в раціоні тістечок, здобних виробів істотних відмінностей за статтю не встановлено, близько 20 % респондентів повідомили про щоденне споживання, а ще 40 % – про регулярне. Ці дані повинні бути оцінені як аліментарний фактор ризику: надлишок солодоців підвищує ймовірність розвитку надлишкової маси тіла, збільшує ризик багатьох захворювань.

Близько 30 % респондентів повідомили про щоденне споживання морозива, а 40 % – про регулярне. Це також є фактором ризику внаслідок надходження надлишку простих цукрів і харчових добавок. Близько 16 % респондентів щодня споживають соуси, кетчупи і майонези, ще 25–30 % вживають їх регулярно. Це призводить до збільшення жирів в раціоні, харчових добавок, зростання сенсипілізуючого ефекту їжі, що також є фактором ризику.

Таким чином, аналіз частоти споживання окремих продуктів харчування дозволив встановити низку гендерних відмінностей, які характеризують стереотип харчування сучасних школярів, виділити аліментарні фактори ризику, що потребують корекції і профілактики. З огляду на суб'єктивність соціологічного методу обстеження, перспективним шляхом вивчення ХП є доповнення його об'єктивними методиками, що дозволяють ствердити зроблені припущення.

Окремий блок анкети був присвячений вживанню продуктів, що відносяться до так званого «харчового сміття». Так, чіпси і сухарики достовірно частіше присутні в харчуванні хлопчиків, а дівчатка, навпаки, істотно частіше повідомили про повну відмову від споживання цих продуктів. Продукти швидкого приготування достовірно частіше регулярно вживають хлопчики, дівчатка значно частіше відмовляються від них. Щодо споживання вуличної їжі ситуація теж не може бути визначена як повністю сприятлива. Хоча більша частка дітей відзначила, що взагалі не вживають їх, щотижневе споживання істотно частіше зустрічається у хлопчиків. На наш погляд, це може бути ще одним підтвердженням зробленого раніше припущення про більш здорове харчування дівчаток. На користь такого припущення свідчить і аналіз частоти споживання фаст-фудів: $(11,24 \pm 2,44)$ % хлопчиків повідомили про регулярну присутність їх в раціоні, що істотно вище, ніж у дівчаток $(3,93 \pm 1,29)$ %.

Аналіз частоти споживання продуктів, що відносяться до так званого «харчового сміття», дозволяє зробити наступні висновки:

- ці продукти досить часто присутні в раціоні, причому їх регулярне вживання повинно бути оцінено як фактор ризику захворювань травлення;
- рівень гігієнічної грамотності дівчаток істотно вище, ніж у хлопчиків, що підтверджується переважанням відмов від таких продуктів саме у дівчаток;
- пропаганда здорового харчування знаходиться на недостатньо високому рівні, що обумовлює необхідність включення заходів такої спрямованості у загальну профілактику.

Висновки. Таким чином, отримані результати підтверджують правомірність вивчення ХП для аналізу здоров'я школярів, урахування його особливостей при організації профілактики. Особливості ХП дозволяють оцінити стан здоров'я респондентів як донозології аліментарного генезу, проявами якої є дефіцит есенціальних нутрієнтів (вітамінів, мінеральних речовин, харчових волокон), функціональні порушення травлення. Це вимагає розробки заходів, спрямованих на корекцію харчування і аліментарного статусу, а також впровадження об'єктивних критеріїв ХП як критерію «зворотного зв'язку» при здійсненні моніторингу здоров'я школярів. Розроблений алгоритм ХП передбачає збір інформації за допомогою анкетного методу, її статистичний аналіз, виділення чинників ризику ХП, що можуть впливати на здоров'я, та розробку відповідних заходів профілактики та оздоровлення. Зазначений алгоритм відповідає схемі моніторингу здоров'я та може бути використаний на різних рівнях для аналізу як індивідуального, так і популяційного здоров'я.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ПОЛІМЕРНИХ МАТЕРІАЛІВ, ЩО ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ В БУДІВНИЦТВІ ТА ВИРОБНИЦТВІ МЕБЛІВ НА ТЕРИТОРІЇ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

*Нікулін В.Ю., Новіцька Н.І., Даценко І.В., Державна установа
«Харківський обласний центр контролю та профілактики хвороб
Міністерства охорони здоров'я України», м. Харків*

Вступ. Полімерні та синтетичні матеріали (ПМ) міцно увійшли в різні галузі життєдіяльності людини, в т. ч. широко застосовуються у будівництві та виробництві меблів. Це різні види покриття для підлоги та стін, конструкційні, оздоблювальні, лакофарбові, тепло-, звуко- і гідроізоляційні, покрівельні матеріали,

сухі будівельні суміші, клейові та герметизуючі композиції, деревостружкові та деревоволокнисті плити, фанера, матеріали на основі різноманітних зв'язуючих (полістирол, поліетилен, поліпропілен).

В умовах сьогодення ПМ є головними чинниками, що формують склад повітря у громадських та житлових приміщеннях. Тому проблема впливу на людину шкідливих хімічних речовин, які виділяються в повітря закритих приміщень з ПМ, що застосовуються в будівництві та виробництві меблів, вкрай актуальна. Імпорт неякісних ПМ, використання у виробництві ПМ застарілих технологій, зношеного устаткування та дешевої сировини, відсутність у чинному законодавстві вимог щодо періодичності санітарно-гігієнічних досліджень ПМ та переліку показників, що підлягають контролю, – причини, що підвищують ризики негативного впливу ПМ на здоров'я людини.

Методи. Протягом 2017–2019 рр. токсикологічною лабораторією Державної установи «Харківський обласний лабораторний центр Міністерства охорони здоров'я України» на відповідність вимог ДСанПіН 8.2.1-181-2012 «Полімерні та полімервмісні матеріали, вироби і конструкції, що застосовуються у будівництві та виробництві меблів. Гігієнічні вимоги» (ДСанПіН 8.2.1-181-2012) досліджено 76 зразків ПМ у модельованому повітряному середовищі (36 – для використання в будівництві, 40 – у виробництві меблів). У натурних умовах (у 17 житлових приміщеннях) відібрано 330 проб повітря для визначення рівнів міграції хімічних речовин з ПМ. Дослідження проводились за зверненнями суб'єктів господарювання, які виробляють та/або реалізують ПМ, та громадян – користувачів ПМ.

Залежно від складу ПМ досліджувались рівні міграції у повітря (вміст у повітрі закритих приміщень) 35 хімічних речовин: формальдегід, фенол, аміак, стирол, ацетон, акрилонітрил, бутилакрилат, метилакрилат, метилметакрилат, спирти пропіловий, ізопропіловий, бутиловий, ізобутиловий, метиловий, ацетальдегід, етилацетат, бутилацетат, вінілацетат, дибутилфталат, діоктилфталат, водень хлористий, бензол, толуол, ксилол, епіхлоргідрин, толуїлендіізоціанат, циклогексанон, гексаметилендіамін, капролактан, етиленгліколь, уайт-спірит, бензин, гексан, вуглеводні насичені, бутадієн. Статистичний аналіз результатів лабораторних досліджень та оцінка достовірності отриманих даних проведено з використанням пакета аналізу даних «Microsoft Excel».

Результати. У модельованому повітряному середовищі не відповідали вимогам ДСанПіН 8.2.1-181-2012 51,3 % зразків, в т. ч. ПМ, що використовуються у будівництві – 69,4%, у виробництві меблів – 35,0 %.

З 35 хімічних речовин, що досліджувались, перевищення рівнів міграції у повітряне модельне середовище встановлено по аміаку – 55,4 % досліджених зразків (середня кратність перевищення ГДК (М) = $9,9 \pm 3,2$ (довірчий інтервал для рівня надійності 95 %); коефіцієнт варіації (V) = 73), стиролу – 42,9 % (М = $8,5 \pm 2,1$; V = 28), формальдегіду – 39,2 % (М = $6,4 \pm 2,1$; V = 62). У поодиноких випадках зафіксовано перевищення допустимих рівнів міграції бензолу, метанолу, фенолу, ацетону, водню хлористого. Лише 1 зразок ПМ не відповідав нормативним вимогам за рівнем специфічного запаху.

При проведенні натурних досліджень не відповідали гігієнічним нормативам 56,4 % проб у 16 квартирах з 17 обстежених. Перевищення ГДК для аміаку встановлено у 89,7 % досліджених проб (М = $22,2 \pm 9,8$; V = 84), стиролу – 75,0 % (М = $11,1 \pm 2,6$; V = 34), формальдегіду – 71,8 % (М = $12,7 \pm 4,8$; V = 70).

Перевищення допустимих концентрацій хімічних речовин були зафіксовані в житлових приміщеннях, де були застосовані піноізол, пінопласт, полістирольний пластик, OSB плита та гіпсокартон, а також були встановлені нові корпусні та м'які меблі. За період з 2017 по 2019 р. збільшилась питома вага проб із відхиленнями від нормативної документації: 2017 – 10,3 %, 2018 – 18,8%, 2019 – 23,2 %.

Висновки. Достовірно підтвержені велика питома вага (з тенденцією до зростання) небезпечних для здоров'я людини ПМ, які знаходяться в обігу, високі понаднормативні рівні міграції хімічних речовин у навколишнє середовище. Це вимагає внесення змін до нормативно-правових актів санітарного законодавства щодо лабораторного контролю ПМ на відповідність гігієнічним нормативам; посилення державного нагляду (контролю) за обігом ПМ та правової відповідальності власників за випуск (реалізацію) небезпечної продукції.

ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ В ЖИТОМИРСЬКІЙ ОБЛАСТІ

*Косинська Т.П., Богдан О.В.,
Житомирський медичний інститут, м. Житомир*

Анотація. В статті обговорено проблему захворювань серцево-судинної системи, напрями і форми роботи для попередження виникнення і прогресування серцево-судинних захворювань (ССЗ), сучасні рекомендації з виявлення і корекції факторів ризику. Представлено діяльність системи громадського здоров'я в протидії захворюваності населення на ССЗ і смертності від них.

Ключові слова: серцево-судинні захворювання, захворюваність, смертність, фактори ризику, заходи профілактики, система громадського здоров'я.

Актуальність проблеми. В останні десятиліття у структурі захворюваності та смертності населення хвороби системи кровообігу (ХСК) займають одне з перших місць. Значна їх поширеність, висока смертність та інвалідність, значні соціально-економічні втрати, що впливають на трудовий потенціал країн, зумовлюють актуальність цієї проблеми для охорони здоров'я.

Хвороби системи кровообігу впродовж декількох десятиліть продовжують залишатися домінуючою причиною передчасної смертності в Україні, зумовлюючи кожний третій її випадок. Так, в структурі причин загальної смертності населення в 2017 р. з великим відривом переважали хвороби системи кровообігу (58,6 %), з яких найбільша частка припадала на ІХС (36,0 %) [4, с. 56].

Відомо, що в Житомирській області зареєстровано більше 726 тисяч хворих на серцево-судинну патологію, в т. ч. 354 тисячі осіб з гіпертонічною хворобою, 230 тисяч хворих з ішемічною хворобою серця.

Впродовж першого півріччя 2021 р., зокрема липня зареєстрували 1602 смерті. Найпоширенішою причиною летальних випадків лишаються хвороби системи кровообігу – 71 % від загальної кількості.

Постійне зростання загальної смертності населення, зниження очікуваної тривалості життя викликає серйозну тривогу і свідчить про недостатню ефективність профілактичних заходів, що проводяться.

Тенденція зростання кількості захворювань серцево-судинної системи обумовлена нераціональним харчуванням, поширенням шкідливих звичок (куріння, алкоголь), погіршенням умов навколишнього середовища.

Стратегія запобігання хронічним захворюванням в Європі, прийнята ВООЗ, базувалася на комбінації заходів щодо зниження індивідуального та популяційного ризику, раціонального використання можливостей національних систем охорони здоров'я та збільшення ролі первинної медичної допомоги. Основою профілактики захворювань, зокрема серцево-судинних, визнано концепцію факторів ризику та впровадження заходів щодо їх контролю.

Мета дослідження – висвітлити перспективні напрями і форми роботи, спрямованої на попередження виникнення та прогресування серцево-судинних хвороб в межах діяльності системи громадського здоров'я.

Матеріали та методи. У роботі обґрунтовано необхідність корекції способу життя та факторів ризику в рамках проведення профілактичних заходів розвитку та прогресування захворювань серцево-судинної системи, опрацьовано рекомендації та визначено шляхи підвищення ефективності профілактики, наголошено на ролі системи громадського здоров'я у вирішенні даної проблеми.

Результати та їх обговорення. В Європейських клінічних настановах із профілактики серцево-судинних захворювань (ССЗ) (2016 р.) розділ, присвячений сучасним підходам до зниження серцево-судинного ризику та корекції факторів ризику, містить опис методів впливу на пацієнта, спрямованих на підвищення його вмотивованості до дотримання здорової моделі поведінки та відмови від шкідливих звичок. Загальноприйняті три основних складових моделі поведінки, що мають доведений вплив на розвиток ССЗ і модифікація яких приводить до зниження захворюваності на ССЗ: тютюнопаління, нездорове харчування та низький рівень фізичної активності [2, с. 5].

Наряду з класичними факторами ризику у розвитку ССЗ важливу роль відіграють і такі фактори ризику, як стрес/депресія, ожиріння, цукровий діабет, низький рівень ХС ЛВЩ та низький рівень вживання у їжу овочів та фруктів.

За результатами багатьох досліджень, громадськість мало обізнана про існуючі фактори ризику серцево-судинних захворювань. Висока поширеність поведінкових чинників ризику спричинює несприятливу епідеміологічну ситуацію щодо серцево-судинних захворювань, що не дозволяє найближчим часом сподіватися на помітне зниження смертності населення і свідчить про необхідність більш активного застосування методів профілактики на індивідуальному та популяційному рівнях [5, с. 136].

Основні немедичні напрями зниження поширеності чинників ризику серцево-судинних захворювань:

- промоція здоров'я, формування у соціумі національного ідеалу здоров'я, виховання відповідального ставлення до здоров'я на державному та індивідуальному рівнях;

- підвищення загального рівня життя населення;

- розробка загальнодержавних освітньо-профілактичних програм для широких верств населення з використанням засобів масової інформації;

- цілеспрямована державна політика обмеження вживання алкоголю і тютюнопаління, в тому числі заборона їх реклами, підвищення податків на тютюнові і алкогольні вироби, заборона куріння на робочому місці та у громадських місцях;

- залучення до раціонального харчування, занять фізкультурою і спортом.

Профілактичне консультування має поліпшувати поінформованість пацієнта щодо заходів запобігання виникненню хвороби та заохочувати його до виконання таких заходів. Комплекс запропонованих пацієнту заходів профілактики має бути адаптованим до рівня його вмотивованості, тому рекомендовано проводити оцінку готовності пацієнта до зміни способу життя.

В Україні, як і в інших країнах Європи, широко застосовують систему оцінки загального серцево-судинного ризику SCORE, в якій враховано вік, стать, статус куріння, рівень систолічного АТ та рівень загального холестерину. Під час консультування з питань профілактики ССЗ пацієнту слід показати шкалу SCORE, продемонструвати як зменшиться його загальний ризик після зниження холестерину, нормалізації АТ, відмови від куріння [3, с. 5].

ВООЗ розроблено документи «Здоров'я – 2020. Основи європейської політики і стратегія для XXI століття» та «Європейський план дій з укріплення потенціалу та послуг громадського здоров'я», положення яких стали основою для створення комплексних програм громадського здоров'я на рівні об'єднаних територіальних громад.

Участь системи громадського здоров'я в протидії захворюваності населення на ССЗ і смертності від них полягає в комплексній постійній інформаційно-комунікативній роботі на рівні громади, організованих колективів та цільових груп, інформаційного впливу з підвищення рівня інформування населення з питань профілактики та наслідків серцево-судинних хвороб, формування у населення відповідального ставлення до власного здоров'я та формування прихильності до здорового способу життя. Важливим завданням системи громадського здоров'я є не тільки навчити та мотивувати населення до здійснення профілактичних заходів, а й створити умови для їх здійснення. Для цього потрібно забезпечити епідеміологічний нагляд за ризиками розвитку ХСК, розробити комплексні заходи для їх протидії та здоров'язбережувальний профіль міста і здійснити адвокацію із його прийняття [1, с. 62].

Методологія вирішення поставлених завдань досягається сегментацією груп інформаційно-комунікативного впливу: все населення (практично здорові), населення з факторами ризику розвитку ХСК, хворі на ХСК, особи, які перенесли інфаркт міокарда. Для кожної групи визначені свої завдання інформаційно-комунікативного впливу, але в усіх варіантах необхідні зміна поведінки й додержання принципів здорового способу життя – раціонального харчування, відмови від куріння, оптимального фізичного навантаження, помірною вживання алкогольних напоїв.

Висновки та перспектива подальших досліджень. Тенденція зростання кількості захворювань серцево-судинної системи обумовлена нераціональним харчуванням, поширенням шкідливих звичок, погіршенням умов навколишнього середовища, свідчить про недостатню ефективність профілактичних заходів, що проводяться.

Участь системи громадського здоров'я в протидії захворюваності населення на серцево-судинні хвороби і смертності від них полягає в комплексній постійній інформаційно-комунікативній роботі на рівні громади, організованих колективів та цільових груп, інформаційного впливу з підвищення рівня інформування населення з питань профілактики та наслідків серцево-судинних хвороб, формування у населення відповідального ставлення до власного здоров'я та прихильності

до здорового способу життя. Подальші дослідження дадуть змогу більш точно і конкретно організувати роботу стосовно вирішення цієї проблеми на різних етапах. Оскільки, краще попередити хворобу завчасно і виконувати все, як необхідно, аніж нехтувати всіма правилами свого життя.

Література:

1. Методологія впровадження системи громадського здоров'я на рівні об'єднаних територіальних громад / Г. О. Слабкий [та ін.]. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020. № 3. С. 62–66.

2. Мороз Г. З., Гідзинська І. М., Ласиця Т. С. Самооцінка пацієнтами та лікарями виконання вимог здорового способу життя й готовності до змін поведінкових факторів ризику серцево-судинних захворювань. Клінічна та профілактична медицина. 2019. № 1. С. 4–10.

3. Профілактика серцево-судинних захворювань / Л. В. Хімїон та ін. Сімейна медицина. 2018. № 3. С. 5–12.

4. Саханда І. В. Статистика захворюваності населення станом на 01.12.2017 року на серцево-судинні захворювання. Фітотерапія. 2018. № 1. С. 56–58.

5. Серцево-судинні захворювання: сучасне бачення інформованості пацієнтів щодо факторів ризику / Т. А. Трибрат та ін. Вісник проблем біології і медицини. 2021. Вип. 2. С. 136–138.

ЕКОЛОГІЧНА ТА РАДІАЦІЙНА СИТУАЦІЯ В М. КРОПИВНИЦЬКИЙ

*Суховірська Л.П., Донецький національний медичний університет,
м. Кропивницький*

Розширення сфери контакту людини з джерелами випромінювання, можливість виникнення аварійних ситуацій, що супроводжуються переопроміненням людей, робить актуальним вивчення впливу цього фактора на здоров'я людини.

У природі практично не існує джерел з таким рівнем іонізуючого випромінювання, який призводив би до порушень стану здоров'я людей, що контактують з ними. Навпаки, природний радіаційний фон є однією з важливих умов нормального існування і розвитку біологічних об'єктів. Тому радіаційний вплив, що наносить шкоду здоров'ю – це завжди результат діяльності людини [1].

Територія Кіровоградської області розташована в зоні Українського кристалічного щита з підвищеним радіаційним фоном. Наявність в гірських породах гранітоїдного складу сприяє широкому розвитку в регіоні гранітодобувної, гранітопереробної промисловостей та видобутку урану. В м. Кропивницькому, в мікрорайоні Завадівка, розташована Інгульська шахта, створена на базі Мічурінського родовища уранових руд, біля якої знаходиться велика кількість відпрацьованого радіоактивного матеріалу [3].

У рамках наукового дослідження протягом місяця вимірювали індикацію рівня гамма-випромінювання в мікрорайоні Завадівка і здійснювали його оцінку щодо природного фону. Визначення радіаційного фону в мікрорайонах міста Кропивницького здійснювалося за допомогою дозиметра-радіометра МКС-08-01 Гм «ДКС-96». Отримані виміряні значення проаналізовані за допомогою критерію Ст'юдента.

У результаті дослідження середньозважена доза випромінювання в мікрорайоні Завадівка за 05.10.2021 складає $1,6664 \pm 0,2309$ мкЗв/год.

У результаті статистичного опрацювання результатів встановили, що індикація рівня гамма-випромінювання перевищує санітарні правила та норми радіаційної безпеки в цьому районі.

Допустимі норми радіаційної безпеки заходяться в НРБ-99/2009 (норми радіаційної безпеки) і СанПіН 2.6.1.2523-09 (основні санітарні правила).

Ситуація ризику, що складається для мешканців екологічно несприятливої місцевості, не вичерпується негативним психологічним впливом на людей тільки факторами, що пошкоджують довкілля. Моральному впливу, піддається постраждале населення, внаслідок сукупного впливу достовірної та хибної інформації на осіб, що мешкають у несприятливих умовах, виникає особливе уявлення про весь спектр ризиків, з якими вони стикаються щоденно [2].

Найбільш точні дані про дозу опромінення можуть бути отримані методами фізичної дозиметрії.

Фізична дозиметрія при зовнішньому опроміненні спирається на методи оцінки доз зовнішнього опромінення: реконструктивний розрахунковий метод оцінки розподілу доз зовнішнього опромінення згідно з інформацією про:

- показники індивідуальних дозиметрів, які перебували в момент опромінення;
- характеристика джерела випромінювання, геометрія опромінення і даних вимірювання потужностей доз випромінювання в момент дослідження.

У результаті експерименту нами були досліджені території – район Інгульської шахти, паркова зона, яри та балки, житлові масиви. Встановлено, що рівень радіаційного фону залежить від геологічних особливостей Кіровоградщини – наявності розломів корінних порід і виходу гранітних пластів на поверхню, чисельного розгортання підприємств з видобутку та переробки граніту, урану, використання різних будівельних матеріалів для забудови житлових масивів.

Це призводить до формування техногенно змінного природного радіаційного фону і підвищеного навантаження на людину від природних джерел радіації.

Література:

1. Шевченко О.А., Дорогань С.Б. Радіотривожність населення. Сприйняття підприємств ядерно-енергетичного комплексу мешканцями України / О.А. Шевченко, С.Б. Дорогань. – LAP LAMBERT Academic Publishing, 2020. – С. 138.

2. Pierce C. M. Ecology and mental health / C. M. Pierce // J. Clin. Psychol. – 1994. – Vol. 50, N 1. – P. 110–111.

3. Sukhovirskaya L. P. Investigation of radiation background in the microdistricts of Kropyvnytskyi using dosimeter/radiometer MKS/08/01 GM «DKS/96» and wireless sensors / L. P. Sukhovirskaya, O. M. Lunhol, D. V. Somenko, K. V. Humeniuk // Problems of Radiation Medicine and Radiobiology. – 2019. – Vol. 24 (2019). Pp. 195–209. – Available from: <http://radiationproblems.org.ua/arhiv.html#23>

ОСОБЛИВОСТІ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

*Іващенко Р.О., Гуманець К.Р., Сухова В.Р.,
Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Повсякденна робота лікаря супроводжується значною емоційною напругою, що є потужним фактором, який призводить до формування у працівника хронічного стресу з подальшим професійним та емоційним вигоранням. Це відображається професійною кризою, яка пов'язана з роботою та міжособистими взаємовідносинами в процесі неї.

Відповідно до даних англійських науковців підвищений рівень тривоги виявлено у 41 % серед сімейних лікарів, а у 26 % з цієї досліджуваної групи відзначено клінічно виражену депресію. Характерні признаки синдрому емоційного вигорання – у 62 % працівників сфери стоматології. Різний ступінь вираженості проявів синдрому відзначено у 81 % психіатрів. Близько 30 % всіх лікарів приймають препарати для коригування емоційного стану, який впливає не тільки на власне самопочуття, але і на якість наданої допомоги. До прикладу, в Україні кожного дня більше 30 пацієнтів помирає через лікарські помилки, яких можна було уникнути. Виходячи з цього, у даний час надзвичайно актуальна проблема профілактики та медико-психологічної допомоги при синдромі емоційного вигорання у лікарів.

Всесвітня організація охорони здоров'я трактує синдром емоційного вигорання, як виснаження з мотиваційного, фізичного та емоційного боку, що супроводжується зменшенням ефективності виконуваної роботи, підвищеною втомою, розладами сна та зменшенням опірності організму, що призводить до розвитку соматичних захворювань.

Професійна діяльність медичних працівників, які беруть участь в лікуванні та реабілітації хворих, передбачає від професіонала значної особистісної залученості, відкритості професійним і міжособистісним відносинам, здатності співпереживати, співчувати і розуміти інтереси іншої людини. Окрім цього лікаря супроводжує високе робоче навантаження, ненормований робочий графік, відсутність або брак соціальної підтримки з боку колег і керівництва, і не завжди достатня винагорода за роботу. Сфера медицина відноситься до професії які потребують постійного вдосконалення своїх знань, навиків та саморозвиток в позаурочний час.

Відповідно до тверджень Л.Н. Юр'євої, окрім особливостей праці також на розвиток СЕВ впливають індивідуальні характеристики робітників. До яких можна віднести вік, стать, сімейний стан, стаж роботи, особистісні якості (витривалість, локус контролю, стиль опору, самооцінка, нейротизм, екстраверсія).

Саме ці фактори обґрунтовано вважаються провідними у розвитку емоційного виснаження, деперсоналізації і редукції професійних досягнень, що надалі може повлече за собою виникнення суїцидальних думок і дій.

Сьогодні виділяють наступні фази розвитку СЕВ:

1. Попереджувача фаза, яка супроводжується відчуттям незамінності в колективі, обмеженням соціальних контактів, безсонням та втомленістю.

2. Зниження рівня власної участі. Період коли лікар втратив позитивне сприйняття колег, приписує власну вину колегам. Спостерігається відсутність емпатії і небажання виконувати свої обов'язки.

3. Емоційні реакції. У працівника відзначається депресія та агресія. Він постійно відчуває провини, його настрій лабільний, а самооцінка занижена.

4. Фаза деструктивної поведінки. Відмічається зниження здатності виконувати складні завдання, байдужість до роботи та всього що оточує, самотність.

5. Психосоматичні реакції, які проявляються зниженим імунітетом, нездатність відпочивати, підвищеним тиском, тахікардією, розладами ШКТ, залежністю від психостимуляторів (кофеїн, алкоголь і т. д).

6. Розчарування. Супроводжується негативною життєвою установкою. Лікар не баче сенсу життя [1, с. 59].

У діагностиці синдрому використовуються наступні методики: «Багатофакторний метод дослідження особистості», тест Розенцвейга на дослідження фрустраційної толерантності з визначенням коефіцієнта адаптації та реакції на фрустрацію, методика «Незакінчені речення», тест Люшера.

Адекватний рівень психологічного здоров'я визначають стан рівноваги і душевний спокій медичного працівника, його адаптація до різних стресових ситуацій. Наявність синдрому емоційного вигорання вимагає психотерапевтичної корекції та лікування. У важких випадках єдиним рішенням є повна зміна професійної діяльності. Для попередження виникнення синдрому існує ряд профілактичних заходів. До таких заходів можна віднести: рівномірний, задовільний для працівників розподіл завдань, навчання тайм-менеджменту і релаксаційним методикам. Також існує ряд тренінгів, спрямованих на підвищення комунікативних умінь і ефективності комунікації. Такі методики сприяють створенню сприятливого клімату в робочому колективі, швидкому вирішенню конфліктних ситуацій, мотивують до саморозвитку фахівця. Не менш важливим аспектом у профілактиці вигорання є нормалізація режиму сну, відпочинку, корекція харчування. Крім професійної діяльності, медичний працівник повинен розвиватися в інших сферах, знаходити нові інтереси, займатися читанням літератури різних напрямків, організувати активний відпочинок.

Синдром емоційного вигорання є важливою та турбуючою проблемою сьогодення. Найчастіше він виникає при постійній тісній взаємодії медичних працівників з людьми під впливом різних факторів. Його характеризує притуплення почуттів та емоцій, збільшення кількості конфліктних ситуацій, байдужість і відстороненість від соціуму. Всі ці симптоми демонструють, що працівник перебуває в тривалому стресі, має психічне перевантаження, що в подальшому може призвести до дезінтеграції безлічі психічних сфер [2]. Виходячи з цього, необхідним є раннє виявлення симптому емоційного вигорання, його корекція, лікування та використання засобів профілактики. Для попередження виникнення такого стану, слід проводити профілактичні заходи, які мінімізують вплив стресових факторів, скоротять кількість конфліктних ситуацій і полегшать їх вирішення (3).

Література:

1. Балахонов А.В., Белов В.Г., Пятибрат Е.Д., Пятибрат А.О. Емоційне вигорання у медичних працівників як передумова астенизації і психосоматичної патології. Вісник Санкт-Петербурзького університету. 2009. №3. С. 57–71.
2. Пейн В.С. Стрес і вигорання на роботі. Беверлі -Хіллз. 1982. №9. С. 44–50.
3. Семенова Н.В., Вяльцин А.С., Авдєєв Д.Б., Кузюкова А.В., Мартинова Т.С. Емоційне вигорання у медичних працівників. Сучасні проблеми науки та освіти. 2017. №2. С. 37.

THE EVOLUTION OF MEDICAL AND SOCIAL VIEWS ON A DISABILITY

*Nesterenko V.G., Astapova Y.V., KhNMU, Kharkiv;
Pristyuk K.D., NTU «KhPI», Kharkiv;*

Disability is a multifaceted issue directly related to the development level of human society. Its historical roots go back thousands of years. It came with the appearance of human society. At different historical times, the attitude towards people

with disabilities has been ambiguous. In the ancient world, people with disabilities were treated with prejudice: such people could not participate in public life, their blemishes caused horror and belief that the disease had a demonic origin. But Hippocrates (460–357 B.C.) wrote that like other diseases, such defects have a natural cause, and their imaginary divine nature arose from the ignorance of people. Evidence of a negative attitude in ancient Greece and Rome to people who had various physical defects, is in many works of ancient Greek philosophers. Aristotle (384–322 B.C.) believed that a law was needed that would “prevent the bringing up of crippled children”; that people with disabilities “should not be cured” and “should not be allowed to participate in public life” [3, p. 24]. The laws of Lycurgus (IX–VIII B.C.) recommended to take the lives of children with disabilities. Indifference to children with special needs prevailed until the end of the Middle Ages.

However, at that time, a different understanding of disability was beginning to emerge. The famous philosopher, physician, scientist Pliny the Elder (23–79) in the books of his “Natural History” collected information about people with disabilities. In one of his works, Pliny mentioned Quintus Pedius, the son of a Roman consul, who had been a very talented artist, despite being deaf. But to become an artist, he had to obtain permission from Caesar Augustus.

With appearance of Christianity, the attitude towards people with disabilities gradually changed to a more humane one. Information about the opening of a hospital for people with disabilities, beggars, and orphans in Byzantium in 369 has reached our time, which testified about the feeling of mercy for them. In the IV–V centuries facts of care of Christian followers of people with mental retardation (Bishop Nicholas, Line), the blind (St. Limpeus, Syria) was recorded. In his Statute, Prince Vladimir of Kievan Rus instructed the church to take care of miserable people by founding the Tithe Church. The first hospital for people with disabilities in modern Ukraine was the hospital at the monastery of the Kiev-Pechersk Lavra, founded in the XI century by St. Theodosius. He built “a yard near the monastery and told the poor, lame and sick people to stay there” [3, p. 25]. Vladimir Monomakh (1053–1125) in his famous “The Testament” instructed his sons not to forget the poor and orphans.

Martin Luther (1483-1546), the founder of Protestantism, wrote; “...All crazy have they mind damaged by the devil; if doctors attribute this kind of disease to natural causes, it is because they do not understand how powerful and strong the devil is” [3, p. 26]. Bethlem Royal Hospital (from which the word "bedlam" is derived) was the first psychiatric hospital in Europe, founded in London in 1247. Beginning in 1403, “social exiles”, “crazy”, as well as those who could no longer remain in society were hospitalized.

The Renaissance is a time of the humanistic tendencies development in attitude to the people with physical and mental disabilities. The ideas of equality of all people, equality of human nature, which prevailed in those days, attracted the attention of philosophers, doctors, scientists to the lives of people with disabilities. Giordano Bruno (1548–1600), an Italian thinker, writing about the physical defects of man in the philosophical work “The Heroic Frenzies” (1585) noted: “...no one can be blamed for stupidity and gender conditions, as cannot be blamed for blemishes and ugliness of the body, because if under such conditions there are blemishes and mistakes, then it should be attributed to the nature, not to the individual”.

People who were injured during military conflicts enjoyed the exclusive right to respect and care. Soldiers wounded in hostilities were provided with land and financial support. In medieval France and England, care for people injured during hostilities was entrusted to monasteries that received funding from the state treasury. In 1670, King Louis XIV of France issued a special decree and began construction of the Hotel des Invalides in Paris for wounded and homeless soldiers.

In XVI-XVII centuries, there was widespread support for the idea that people who could not hear and see and had mental disabilities needed, above all, treatment. Thus, the preconditions of the “medical model” of disability were laid, which remains dominant in some countries today [3, p. 27]. In the history of disability, the period up to the XVII century was mentioned as a period of insufficient understanding of the problems of people with disabilities and services for them. In the XVII–XVIII centuries a constructive, scientific approach to understanding the causes of disability has become widespread. In particular, philanthropic approach (people with disabilities need care, organization of shelters, almshouses); medical and pedagogical approach (people with disabilities need treatment, education and training, organization of special departments at hospitals, special educational institutions). The number of studies on this problem has increased. In particular, the works of English philosophers Thomas Hobbes (1588–1679) and John Locke (1632–1704) deserve attention. Hobbes proves that only through reason, systematic thinking can achieve the truth. His assertion that intelligence is a *tabula rasa* (blank board) had a significant impact on further approaches to the perception of mental disorders. Valentin Gayui, a pedagogue, philanthropist, and one of the founders of the world's first educational institutions for the blind, made successful attempts to teach children who could not see or hear, and founded several schools and enterprises for them in Paris and St. Petersburg. Using books of Valentin Gayui, the blind had been studying long before the invention of Louis Braille relief font of six points. The German pedagogue A. Zeine (1778–1853), with the help of W. Gayui, opened a similar school for the blind in Prussia. In 1770, the first school for the deaf was opened in France, and later similar schools were opened in Germany, England, and Austria. The Institute for the Deaf, opened in Paris in 1760 by Charles Michel L'Epee (1712–1789), who made a significant contribution to the development of French sign language, was very popular.

The philosopher Jean-Jacques Rousseau (1712–1778) believed that the ideal human nature was damaged by a corrupt society. Rousseau's belief that all people are worthy, equal and valuable was a revolutionary idea. Like John Locke, Rousseau believed in the concept of *tabula rasa*. Under the influence of the works of D. Locke and J.J. Rousseau, supporters of the French Revolution (1792–1802) began to introduce the idea of recognizing the innate dignity and worth of all people. The famous French psychiatrist Philippe Pinel (1745–1826) was the first in the history of medicine to change the attitude towards “mentally retarded” people and the status of the institutions where they were held, from “prison type” to hospital.

Interest in people with disabilities in the early XIX century found expression in social practices. At this time, social reformers advocated for better services for all people with disabilities. Social policy of many other countries was aimed at organizing schools, shelters, hospitals for children with disabilities; development of scientific research in this field and expansion of practice of their application. The famous French physician and educator Edouard Seguin (1812–1880), working as a principal at a

school for “idiots” saw the potential benefits of a physiological method of treating mental retardation. He believed that mental insufficiency is caused by a weak nervous system and can be cured in the process of motor and sensory learning. Segen is the author of the medical and pedagogical system of education and training of children with mental retardation, which in 1844 was acknowledged by the Paris Academy of Science. His methods and positive results became the basis for similar practices in Europe and America. Among Segen's followers was the Italian Maria Montessori (1870–1952). The famous doctor argued that the problem of children with mental retardation is not only in the medical aspect, but also in providing the educational process.

The cardinal changes in the rights of people with mental and physical disabilities was evidenced by the adoption by a number of European countries of regulations on the introduction of special education: in Denmark (Act on obligatory education of deaf people, 1817); in Saxony (Law on the obligatory education of deaf, blind, and mentally retarded people, 1873); in England (Primary education for the blind and deaf act, 1893); in Prussia (Law on the obligatory education of the deaf, blind, and mentally retarded people, 1900); in Italy (Law on obligatory primary education of the deaf people, 1923) [4].

But in the 30s of the twentieth century. In Nazi Germany, a number of laws were passed that allowed forcible sterilization and “humane” killing (euthanasia) of “less valuable” members of society: people with mental and hereditary diseases, children with disabilities, the terminally ill, and all “unnecessary eaters”. In this way, Adolf Hitler wanted to protect the “higher Aryan race” from “pollution”. At the same time, the theory of “social Darwinism”, which argued that the evolution of biological species arose through the process of natural selection, was also gaining recognition. Social Darwinism was promoted by Herman Spencer, an English philosopher, sociologist and perceived by many scholars. Spencer was optimistic about “improving” people and believed that human relationships could be reduced to scientific principles. As a result, the organization of public special schools in Italy was suspended due to the change in the political system. In Germany, the number of subsidiary schools had formally increased, but this had been due to attempts to rid general education schools of “lagging children” and the mentally ill. As a result, a special school, created as an institution for training and social rehabilitation of mentally retarded people, had become a kind of reservation.

For centuries, the policies of many nations toward people with disabilities had been aimed at hiding them from prejudiced society. World War II significantly changed attitudes toward “disability” [4]. Concepts such as the integration and inclusion of people with disabilities in the normal life of society emerged, reflecting a growing understanding of the potential of people with disabilities. In the late 1960s, a new concept of “disability” began to be developed. This concept was based on the close connection between the limitations of a person with a disability and the structure and nature of the environment around him, as well as the attitude of the population towards people with disabilities.

The social transformations taking place in Ukraine have led to a change in society's attitude to the problems of disability, which involves increasing the degree of participation of all citizens in society and, above all, those with special needs. This provision is reflected in a number of international (World Declaration “Education for

All”, Program of Action for the Education of Persons with Special Educational Needs, Dakar Declaration and others) and Ukrainian legal documents [2, p. 8]. Today, important functions of social orientation, educational and developmental activities are actively introduced for people with disabilities.

References:

1. Advocating for the interests of children with special needs, children with disabilities for inclusive education: Training module / For general. ed. O. Krasnyukova-Enns, O. Sofia, M. Svarnyk. Ukrainian-Canadian project “Inclusive education for children with special needs in Ukraine” K., 2010. 46 p.

2. Inclusion and equality: monitoring the inclusion of the standards of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities in the National Strategy for Human Rights and other long-term solutions in Ukraine / project “Implementation of the National Strategy for Human Rights as a way to reduce discrimination against people with disabilities” Embassy of the United Kingdom in Ukraine. K., 2020. 102p.

3. Disability and society: a textbook. For the general edited by L.Yu. Baidi, O.W. Krasnyukova-Enns. Ukrainian-Canadian project “Inclusive education for children with special needs in Ukraine”. K., 2012. 216 p.

4. Sachok V.O. Theoretical and historical analysis of the development of the system of care and education of persons with disabilities. URL: http://www.nbuv.gov.ua/old_jrn/Soc_Gum/Vchdpu/ped/2012_96/Sachok.pdf (accessed 15.09.2021).

5. Torlopova L.A. Genealogy of the concept of disability. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/genealogiya-ponyatiya-invalidnosti/viewer> (access date 15.09.2021).

IMPACT OF COVID-19 PANDEMIC ON STUDENTS’ SOCIAL STATUS; A SURVEY REPORT OF INTERNATIONAL STUDENTS AT KHARKOV NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

Kuye Adesegun Jacobs, Nesterenko V.G., KhNMU, Kharkiv

Abstract: People from many walks of life were affected by the COVID-19 epidemic, which required them to self-quarantine in their houses to stop the virus from spreading. The lockdown had negative effects on both mental and physical health, causing issues such as frustration, stress, and grief, as well as an unhealthy increase in weight. We performed a poll of 80 people from various age groups at Kharkiv National Medical University in Kharkiv, Ukraine, to learn more about the effects of this pandemic on students' lives as regards increment in body mass, changes in visual competency due to continuous screen time, psychological difference (anxiety, germaphobia) and changes in feeding habit. The research concludes that public authorities should take all necessary steps to improve student learning outcomes whilst also minimizing the detrimental effects of the COVID-19 outbreak.

Keyword: Student. Covid-19. Kharkiv. Mental Health. Overweight.

Introduction: Global health has been devastated by the development of Corona Virus infection (COVID-19). To stop the virus from spreading, emergency protocols were put in place in Ukraine, resulting in limitations on all non-essential public movements. Due to educational institutions closing, a rapid shift from traditional

classrooms to digital classrooms became necessary (Kapasia et al. 2020). The use of online learning as an alternative to traditional methods has been emphasized (Adnan and Anwar 2020).

Online learning, on the other hand, is better than nothing and comparable to conventional learning, according to a meta-analysis on e-learning (Cook 2009). E-learning must be improved by education providers following government standards and recommendations to keep students motivated in this challenging environment (Aucejo et al. 2020). Students' scholastic, social, and mental health are all predicted to suffer because of the virus's continuous spread, travel restrictions, and the closure of educational institutions across the country. Furthermore, Lee 2020 estimates that 1.5 billion pupils around the world lack access to a basic education, which has a negative influence on their mental health. In addition, the pupils' mental health has been harmed by changes in their daily routine, such as less time spent outdoors, irregular sleeping patterns, and social isolation. Anxiety disorders, panic disorders, and social phobia are all assessed using the 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7). Resilience, tolerance, and social support all have a role in how people manage with psychological problems (Ye et al. 2020).

We investigated the impact of the COVID-19 pandemic on the lives of university students at the Kharkiv National Medical University in our study. According to our findings, there is a significant mismatch between government policy intentions and grassroots implementation of online education policies. The study also aims to evaluate the changes in students' psyches and the disparity in their social standing as it relates to many factors, including their sleeping habits, daily workout routine, and visual competency.

The aim of this study is to investigate the impact of Covid-19 pandemic on students' social status which affected the health, and lifestyle of students, taking international students at the Kharkiv National Medical University as a case in point.

Objective and Methods Used. A questionnaire with a total of five sets of multiple-choice questions was created. Multiple entries from a single account were limited since the survey was done using Google Forms, which necessitates that individual be signed into an e-mail account before they can participate. Social media sites, email, and conventional message services were used to distribute the questionnaire. The google form included explicit instructions stating that the reply had to be a student.

Study Design. From September 14 to September 18, 2021, a web-based poll was administered to students using Google online platforms.

There were five questions in all, and they were all in the online survey.

– Participants were asked if they noticed any changes in your physical activity before and after the quarantine.

– Information about changes in their body weight (Kg) was also asked, whether there was an increase or decrease in total body weight.

– There was also an assessment of visual competences

– Information about psychological disparity before and after quarantine that led to changes in feeding habits and frequency were also asked.

– And lastly, we asked participants if they noticed any new pathological psychological trait, most specifically anxiety, depression and germaphobia.

There were 80 international students at the university from various age groups that participated in this survey. There is a summary of demographic information in the form of percentages and figures.

Also, please note that the survey was conducted in a well-informed manner, with informed permission obtained from all who participated. No one was compelled to participate against their choice, and no personal data were gathered.

Results

Information about participants. A total of 80 international students at the university participated in the online questionnaire. The mean age is 20 years (95 % C.I). The age of the students was distributed 16–20-year-old, 47; 21–25 year old, 31; 26–30 year old, 2.

Assessment of changes in physical activity B/A quarantine. Respondents were asked about changes in physical activity as compared before the pandemic, 15 % reported to notice a severe changes, 35 % noticed a moderate changes and just about 21.3 % noticed no changes at all.

PREVENTION OF OBESITY AND ASSOCIATED DISORDERS IN HEALTH BY ORGANIZATION OF MEDICAL AND SOCIOLOGICAL MONITORING

Pomohaibo K.G., Eteech M.E., KhNMU, Kharkiv, Nigeria

According to the WHO European Initiative, the organization of a continuous systematic process of detection and registration of overweight and obese children, analysis of the environment where the child lives, from the standpoint of social characteristics and behavioral characteristics is an important area of prevention of noncommunicable diseases. Analysis of international statistical databases shows an increase in the prevalence of obesity among people of different ages in all countries. According to the WHO international study "Health behavior in school-aged children (HBSC) study", which involved 36 European countries and subnational regions, as well as the United States and Canada, from 11 to 33 % 11-year-old children were overweight or obese. The average prevalence of overweight and obesity among 11-year-olds was 23 %, among 13-year-olds – 19 % and among 15-year-olds – 16 %. Researchers identify two main risk factors: unhealthy diet and lack of physical activity. To monitor the dynamics of overweight among primary school children, the WHO Regional Office for Europe has launched the European Initiative for Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). WHO supports strategic actions by systematizing information on the effectiveness of measures to combat overweight and obesity [2, p. 41].

Analyzing the dynamics of the prevalence of obesity, as well as the incidence of it among children in Ukraine over the past decades, found a significant increase in the manifestations of this pathology among both adults and children. Nevertheless, Ukraine is characterized by variability in regional indicators of the prevalence of obesity among children. This is due not only to the behavioral and social and economic characteristics of the population of the regions, but also indicates the inefficiency of the diagnostic process due to non-compliance by primary care physicians with pediatric endocrinology protocols, insufficient knowledge of criteria for diagnosing overweight and obesity in children [1, p. 217].

Conclusion. A promising area for the prevention of obesity and associated health disorders is the organization of medical and sociological monitoring, which is in line with current WHO strategies, which will ensure continuity, systematic process of

detection and registration of overweight and obese children. The practical implementation of monitoring should be carried out by creating an automated database in the medical information system, followed by assessment of information at the individual, group, territorial and state levels with identification of groups of children for dynamic monitoring, causation and prognosis of overweight and obesity among children.

References:

1. Мисюра Е. В. Эпидемиологические аспекты ожирения в Украине / Е.В. Мисюра, А. В. Казаков, Н. А. Кравчун // *Ендокринологія*. – 2014. – Т. 19, N 4. – С. 325.

2. Дячук Д. Д. Обґрунтування організації медико-соціологічного моніторингу ожиріння у дітей в багатопрофільному закладі охорони здоров'я / Д. Д. Дячук, І. Е. Заболотна // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. – 2017. – № 4. – С. 41–47.

PREVENTION OF OBESITY IN THE FRAMEWORK OF CONTROL OF NON-INFECTIOUS DISEASES

Pomohaibo K.G., Ettech M.E., KhNMU, Kharkiv, Nigeria

Obesity is a multifactorial disease and has a pronounced medical and social character, so it is impossible to stop the spread of the obesity epidemic with only one measure. Thus, there is a need for a comprehensive approach to changing the living environment of children, which is used in conjunction with other measures in the context of larger-scale efforts - in the fight against non-infectious diseases at the international level. Thus, it is advisable to solve the problem of the prevalence of childhood obesity at the state, regional and local levels, paying special attention to socially vulnerable groups of the population, taking into account the need to ensure equal rights. For this purpose, information is needed on the age-standardized BMI and the level of physical activity of children and adolescents belonging to different social and economic groups and living in different conditions and regions. The availability of such information will make it possible to characterize the current situation and determine further priorities in a set of measures. Thus, the environment conducive to the development of obesity is influenced by a number of factors, including technogenic (access to healthy food and the availability of opportunities for exercise), social (ideas about the norm in relation to body weight and appearance, traditional rules for feeding children, social restrictions on exercise) and family factors (parents' ideas about the rules of nutrition and their actions in organizing meals in the family, the financial situation of the family, the family's eating habits) [2, p. 132]. Today, there is overwhelming evidence that childhood obesity is linked to the marketing of unhealthy foods and non-alcoholic beverages, so the impact of attractive ads on children and adolescents is of great concern. The availability of such foods and the hidden advertising incentives for increased purchases has contributed to an increase in caloric intake in many populations. The information provided on nutrient content is misleading and poorly understood by many consumers. This requires a distinction between healthy and unhealthy foods based on nutritional information from independent sources. Thus, efforts to tackle childhood obesity should include measures to reduce marketing

activity and its impact on children, in line with the recommendations of the World Health Assembly. The second important problem is the lack of conditions for physical exercises in educational institutions and public places [1, p. 42]. Therefore, the necessary measures on the part of local governments are to create conditions for increasing physical activity by arranging sports and playgrounds, pedestrian and bicycle paths, additional recreation areas, which will stimulate active movement.

Conclusion. Since, ultimately, people themselves determine their diet, it is necessary to create conditions for all members of society that encourage them to make better choices in the organization of nutrition, including when feeding infants and older children. This is possible only if there is a comprehensive awareness-raising work on nutrition and the provision of useful information to all members of society in an understandable form. Consideration should be given to the use of precautionary measures to protect adolescents from the effects of the marketing of unhealthy food and non-alcoholic beverages by reducing the advertising of such products in the places of presence of children and adolescents. In addition, a necessary measure is to create appropriate conditions to increase the physical activity of children and adolescents

References:

1. Дячук Д.Д. Ожиріння у дітей: фактори ризику та рекомендації з профілактики / Д.Д. Дячук, І.Е. Заболотна, Ю.Б. Яценко // Современная педиатрия. – 2017. – N 2. – С. 42–46.

2. Nechytaylo Y. M. Overweight and obesity in school-age children / Y.M. Nechytaylo, N. I. Kovtyuk // Буковинський медичний вісник. – 2016. – Т. 20, № 3. – С. 132–135.

**THE PROBLEM OF THE DOUBLE BURDEN
OF DISEASE IN DEVELOPING COUNTRIES IS DUE
TO THE PREVALENCE OF OBESITY**

Pomohaibo K.G., Eteech M.E., KhNMU, Kharkiv, Nigeria

In 2016, 340 million children and adolescents between the ages of 5 and 19 were overweight or obese. The prevalence of overweight and obesity among children and adolescents between the ages of 5 and 19 has risen sharply from just 4 % in 1975 to just over 18 % in 2016. Overweight and obesity, formerly considered high-income countries, are now becoming more common in low- and middle-income countries, especially in cities. In Africa, the number of obese children under the age of 5 has increased by almost 50 % since 2000. In 2016, almost half of children under the age of 5 who were overweight or obese lived in Asia. Thus, many low- and middle-income countries have recently faced the so-called "double burden of disease" [2, p. 23]. While they continue to address infectious diseases and malnutrition, in parallel, they are facing a rapid increase in the prevalence of non-communicable disease risk factors, such as obesity and overweight, especially in cities. Often the problem of malnutrition coexists with the problem of obesity in the same country, the same local community, the same family. In low- and middle-income countries, children are more at risk of malnutrition during fetal development, infancy and early childhood. At the same time, children in these countries eat foods high in fat, sugar and salt, high in energy density and low in micronutrients. Such food is usually cheaper, but has a lower nutritional

value. Combined with low levels of physical activity, this leads to a sharp increase in the prevalence of childhood obesity, and the problem of malnutrition remains unresolved. Overweight and obesity, as well as related non-communicable diseases, are largely preventable. Stimulating conditions and support at the community level play a crucial role in people deciding to switch to a healthier diet and regular physical activity as the most appropriate choices that will help prevent overweight and obesity. At the individual level, everyone can limit the caloric content of their diet by reducing the amount of fats and sugars consumed, increase the consumption of fruits and vegetables, as well as legumes, whole grains and nuts, and engage in regular physical activity [1, p. 250]. At the level of society as a whole, it is important to support people in complying with the above recommendations by constantly implementing evidence-based and demographic measures to ensure that regular physical activity and healthy eating are cost-effective and feasible for all, especially the poorest. . The WHO Global Strategy for Nutrition, Physical Activity and Health, adopted by the World Health Assembly in 2004, sets out the necessary measures to support healthy eating and regular physical activity. The strategy calls on all stakeholders to take action at the global, regional and local levels to improve nutrition and physical activity. The strategy calls on all stakeholders to take action at the global, regional and local levels to improve nutrition and physical activity.

Conclusion. At present, some developing countries have faced the problem of the "double burden of disease". Along with infectious diseases and malnutrition, non-communicable diseases, such as obesity and its consequences, are becoming increasingly important. Interventions at various levels are needed to successfully address the problem, as individual interventions will only be effective if people are given the opportunity to lead a healthy lifestyle.

Reference:

1. Андрікевич І.І. Вивчення харчової поведінки дітей з надмірною масою тіла та ожирінням / І.І. Андрікевич, Г.І. Мантак, Г.Ю. Звенігородська // Вісник Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. – 2017. – Т. 21, N 1 ч. 2. – С. 238–241.

2. Заболотна І.Е. Поширеність ожиріння та надлишкової маси тіла серед дітей і стан їхнього здоров'я / І.Е. Заболотна, Ю.Б. Ященко // Український журнал дитячої ендокринології – 2017. – № 3–4. – С. 22–29.

METHODS OF TREATMENT IN TIBETAN MEDICINE

Martynenko Nataliya (Ukraine), Jibhaye Poorva (India)
Kharkiv National Medical University

Treatment in Tibet could get not all of the groups of population. Three categories of people were completely doomed. These were old patients, socially disadvantaged and those ones, who did not follow the rules of tantric Buddhism.

The Tibetans highly revered youth, despised old age and weakness. Doctors who arrived from India were surprised to find that Tibetans often carry sick old people out of their houses and leave them in the street [1, p. 75]. For a Tibetan, illness often meant ruin, since the treatment was accompanied by numerous rituals for which one had to pay, no treatment was supposed to be at all.

So, for example, the scientist Sarat Das Chandra writes that when he caught a cold and the monks of the Samdin monastery undertook to treat him, they had to first of all arrange a "common tea" to 80 monks of the monastery and, in addition, distribute money alms.

Those people, who did not want to support Tantric cult in fact became outcasts of society and did not have any rights for medical aid.

The Tibetans used different methods of treatment. Among them there were spell stones, chanting of mantras, pills containing relics, primary medicines, and sleep deprivation.

In Lhasa, next to the temple of Jokhan there was a stone with spells against smallpox. It was chipped, since each pilgrim split off or beat off a particle from this stone, believed that its magic power could protect against the terrible disease [2, c. 583].

They treated smallpox and with the word of God rapa mantras to the accompaniment of a bell and domaru (hand drum).

Tibetan monks sold special pills to the sick people for big money, allegedly containing particles of the relics of various Buddhas.

Medicines were also considered as a kind of state of primary elements. Medicines associated with their origin with the earth are heavy, hard, oily, with water – liquid and cool, with fire – burning, sharp, dry and hard, etc. At the same time, drugs were recommended to be made in the first days of the month and were not recommended in the last days, when the moon was at a loss, this affected their effectiveness. The Judshi indicated the healing properties of the main components of drugs: iron ... heals liver poison, eye diseases and edema, "paprika ... since its forces are like fire, excites warmth, heals a general disorder of the body and hemorrhoids ..., Capsella ... stops vomiting, donkey tongue ... stops diarrhea".

Many of the patients treated by Tibetan doctors died as a result of the strange treatment of prescribed regime. The fact is that "the sick people were forbidden to sleep during the day, because during sleep, the spirits could steal from them their soul, which due to illness hardly stay in the body. Therefore, sick Tibetans tried not to sleep during the day and even in modern hospitals, so that for staying awake, they tied their hair to the headboards".

So, we should notice that the average life expectancy was about 30 years in Tibet. Just rich old ladies (70+) could live long life. For such low quality life indices were connected with methods of treatment as well as with the bad situation in sphere of obstetric care. Rich women had better conditions for delivery than poor ones. In such conditions infant mortality was huge 60 % of newborns died before 2, and from the number of the rest children 40 % did not live up to 5 years.

References:

1. Stein R.A. *La civilization tibetaine* / R. Stein. – Paris: Dunod, 1962. – 269 p.
2. Опарин А.А. *История Древней и Средневековой медицины* / А.А. Опарин. Харьков: Факт, 2017. – С. 581–584.
3. Marion D.H. *Customs and Superstitions of Tibetans* / D. Marion. – London: Miltre, 1964. – P. 83.

SANITARY CONDITION OF TIBETAN CITIES

Martynenko Nataliya (Ukraine), Vivian Pandit Vishal (India)
Kharkiv National Medical University

Today, Tibetan medicine is becoming very widespread. There are literally legends about it, according to which it has a panacea for almost all diseases. At the same time, some people are assured that medicine of Tibet surprisingly combines methods of influencing not only the body, but also the human soul, thus exerting a healing effect on the entire organism.

So, it is interesting to investigate peculiarities of Tibetan culture and beliefs closely connected with sanitary principles of people settled that region.

Let us consider what the sanitary condition of Tibetan cities was. “In everyday life Tibet was the country of anti-sanitary and epidemics” [1, p. 282]. It was caused by some factors: the majority of population got infected with lice, absence of personal hygiene, and lack of sewerage.

Religion of ancient Tibet forbade killing of animals that led to an abundance of stray animals in the cities and villages. Flocks of abandoned dogs roamed in Lhasa. They, and other stray animals, inevitably became carriers of infection [1, p. 282].

Moreover, among the Tibetans there was a belief that the one, who bathes, only opens the way for diseases to enter into themselves.

By the way, the same belief still exists among the people of Far East. Naturally, non-washed bodies led to the spread of skin, infectious, allergic and other diseases.

Externally beautiful cities and monasteries were real zones of increased epidemiological danger. All the garbage was thrown directly into the street.

In addition in Tibetan cities lack of sewerage combined with lack of water supply. Tibetan monasteries were the source of anti-sanitary. Monks realized their natural needs just in front of their houses and temples not just at night, but also in the day time. Even the walls of the Potala Palace in Lhasa were grossly unclean.

So, Tibet was the state with awful anti-sanitary and the territory with the lowest life expectancy and the highest infant mortality rates.

References:

1. Das Sarat Chandra Indian Pandits In the Land of Snow / Sarat Chandra Das. – Asian Educational Services, 1992.
2. Овчинников В. Путешествие в Тибет / В. Овчинников. – М.: Детская литература, 1957. – С. 144.
3. Опарин А.А. История Древней и Средневековой медицины / А.А. Опарин. Харьков: Факт, 2017. – С. 579–581.

PREGNANCY DURING THE COVID PANDEMIC 19

Orel O.V., Galicheva A.S., KhNMU, Kharkiv, Ukraine

Pregnancy is a special time, full of worries and expectations. But for expectant mothers, fear, anxiety, and uncertainty overshadow this happy time with the current pandemic (COVID-19) – factors – a decrease in the number of scheduled antenatal visits, lack of physical activity, financial problems. In addition, many experience fear of infecting both their own and their loved ones and unborn children, fear of adverse

effects on the fetus, and vertical transmission of the virus during childbirth and breastfeeding.

According to a study conducted in the UK , which showed that most of the 427 pregnant women hospitalized with coronavirus infection from March 1 to April 14, 2020, were either in the late second trimester or in the third trimester. 145 of them had other diseases. 41 women needed respiratory support and five died. According to the study, 12 out of 265 newborns were confirmed to have COVID-19.

Another study involving 874 pregnant women in Spain found that women with symptoms requiring hospitalization predominated. those who were in the last months of pregnancy.

And experts from the US Centers for Disease Control compared the health of women of childbearing age infected with COVID-19 - both pregnant and non-pregnant. It turned out that pregnant women were more likely to have chronic lung disease, diabetes and cardiovascular disease. They were 5.4 times more likely to be hospitalized, 1.5 times more likely to be in the intensive care unit, and 1.7 times more likely to require mechanical ventilation.

According to the WHO, pregnant women should be aware that they have an increased risk of serious complications associated with COVID-19. For example, in the United States, of the 15,735 pregnant women infected with coronaviruses, 37 died, 4,086 were hospitalized, 12,183 were placed in the intensive care unit, and 66 required mechanical ventilation.

There are currently no data on vertical transmission/ It is important to note that the current COVID-19 pandemic causes psychological stress and anxiety in pregnant women, which can adversely affect the course of pregnancy and lead to complications. . In addition, to prevent infection, it is important to follow the social exclusion and quarantine guidelines issued by health authorities in order to avoid the further spread of COVID-19 and to reduce the risk of adverse effects on pregnancy.

References:

1. ЮНІСЕФ режим доступу: <https://www.unicef.org/eca/ru>
2. Організація об'єднаних націй режим доступу : <https://news.un.org/>

DETERMINANTS THAT AFFECT THE OCCURRENCE OF EXCESS WEIGHT DURING PREGNANCY

Orel O.V., Galicheva A.S., KhNMU, Kharkiv, Ukraine

Weight gain during pregnancy is a physiological phenomenon, which is mainly due to the enlargement of the uterus, mammary glands, adipose tissue, accumulation of circulating interstitial fluid.

Today it is known that during the physiological course of pregnancy in women with initially normal body weight, weight gain occurs due to the following factors:

- fetal development – 3.2–3.6 kg;
- fat deposits – 2.7–3.6 kg;
- increase in BCC – 1.3–1.8 kg;
- increase in fluid volume in the body – 0.9–1.3 kg;
- increase in the volume of the breasts – 0.9–1.3 kg;
- increase in the size and weight of the uterus – 0.9 kg;
- placenta – 0.7 kg [1].

Data from foreign authors indicate a high frequency of weight gain during pregnancy (20–60 %), which goes beyond physiological limits as one of the leading factors of obstetric.

According to studies, an increased risk of congenital malformations occurs in obese mothers. In addition, obese women have significantly complicated prenatal ultrasound diagnosis of intrauterine abnormalities, which leads to later diagnosis and low frequency of abortions for medical reasons.

Obesity is an excessive accumulation of adipose tissue in the body, which leads to weight gain body by 20 % or more. The main condition for weight gain is a prolonged excess of external energy needed by the body to maintain basic metabolism, such an excess of energy accumulates in the body in the form of adipose tissue lipids.

In countries with limited resources, such as Africa Sahara, the countries of Central, South and Southeast Asia, malnutrition among mothers is extremely common and is recognized as a key factor determining the adverse perinatal consequences. However, obesity and overweight are also associated with the adverse effects of pregnancy, and many women experience a variety of overweight during pregnancy in a variety of conditions. While obesity has historically been a condition associated with affluence, there is some reason to believe that the burden of overweight and obesity shifts from prosperous to disadvantaged populations. [3]

One of the many determinants of overweight during pregnancy there is a woman's diet. Healthy, rational nutrition means adequate in quantitative and qualitative in terms of quality consumption of food that meets the energy and plastic needs of the mother and fetus, provides the necessary level of metabolism, absorption of sufficient proteins and trace elements.

Thus, for prevention weight gain during pregnancy should be preferred protein foods of plant and animal origin, it is not recommended to abuse sweets and confectionery, and fats, which are necessary for the construction of fetal cells, eat in moderation.

According to the WHO recommendation, for a nimble pregnancy, the weekly weight gain during pregnancy should not exceed 228 g, and the gain for the entire pregnancy – 10 12 kg.

References:

1. В.І. Ткаченко Ожиріння та вагітність: ведення пацієнток та профілактика факторів ризику Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА №4 (90)/2020

2. Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности [WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO URL: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/ru/

3. Здоровое питание матери: лучшее начало жизни. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. Копенгаген 2016 104С URL:<https://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/nutrition/publications/2016/good-maternal-nutrition.-the-best-start-in-life-2016>

THE MODERN LIFESTYLE AND ITS EFFECTS ON PUBLIC HEALTH, IS THERE A WAY OUT?

*Pomohaibo K.G., Gaponova E.A., KhNMU, Kharkiv, Ukraine
Aderibigbe Oluwatoyin Deborah, Nigeria*

Aim: to study the change brought about by the modern lifestyle, its effects on the public health and ways to improve the general health of the population.

Materials and method: this study includes a survey of 58 people between the age of 18–45 years old whose life patterns and habits were studied as well as the effect of their lifestyle on their health.

Results: 80 % of persons studied in this survey presented with different levels of disorders due to their habits and lifestyle which was connected to the modern way of life.

Discussion: lifestyle is the way of life of an individual which includes his/her habits, interests, thoughts, beliefs, culture and ethnicity, behavioral pattern etc. The modern lifestyle until recent years was not a thing to talk about talk less of having effects on the health of the population but in recent times it has become a thing of worry as its effects on the human health which are more negative than positive have caused conditions and disorders that are becoming a threat to the health of the population at large. According to the world health organization, about 60% of factors that affect life of individuals can be linked to their lifestyles. These modern lifestyle practices ranging from increased use of technology, to the lack of exercise, eating of unhealthy foods/poor diet, multiple sexual partners, smoking and drinking, drug abuse and increased stress, when constantly repeated becomes an unhealthy lifestyle which in return causes severe damages to the body and causes several disorders as we see in the present day. Diseases like cardiovascular disease, diabetes, obesity, joints disorders, respiratory disorders, mental disorders or psychological disturbances can be seen in such cases with obesity and cardiovascular disease usually topping the chart. Increased use of technology includes the use of social media and telephones which have become difficult to put away and also the increased production and watching of movies, activities which are common in the younger population leaves no time for any other activity or spending time on things or with people that matter or that we love. In the long run this can lead to mental health disturbances like depression, anxiety and mental stress. Lack of exercise causes sedentary lifestyle which could affect physical health and when combined with a poor diet this could lead to obesity one of the leading causes of mortality in the population. Obesity if taken as a case study can be due to a lot of factors like the reduced walking and more use of vehicles and escalators, 'the grab and go' or rush way of life, processed foods, the increased use of many machines which are intended to make life easier but in return reduces the activities of man that will help burn calories and help with all-round wellness all of which are due to modernization of lifestyle. Cardiovascular disease which includes and is not limited to heart failure, stroke, arrhythmias and cardiomyopathies is another main cause of mortality in the population which can be caused by sedentary lifestyle, poor diet and foods high in sodium, excessive drug abuse, alcohol intake and smoking, stressful environment all of which can be linked to the modern lifestyle of the present day. The effect of these diseases on the health of the population is that asides the battle against communicable

diseases and different infectious diseases there is also an upraise in the incidence of non-communicable diseases in the general population. Also, among the younger population, there is a rise in high blood pressure, stroke, obesity, depression etc. and these creates an imbalance in the health statistics of the population and increases the task of the board in control of health matters. To curb the incessant increase of an unhealthy population the diseases have to be studied along with their causes with the plan of eradicating them. To achieve this, the population should be sensitized and educated about the effects of the modern lifestyle on them, a healthy lifestyle with increased physical activity should be increased and this can start from health sectors as little as doctors creating an awareness for their patients, organizations creating boot camps for their workers where they get to engage in physical activities and the government regulating the food sector as much as they are able to. People should be made aware of their poor choices and how it may affect their lives and even lead to death.

Conclusion: urbanization and modernization of the world at large though of great value has also brought about increasing health disorders which if not controlled will spiral into an epidemic of its own type which although it can easily be avoided can also likewise easily spread like wildfire. To prevent such from happening, steps should be made/taken so as to increase the value of life such as 1. A healthy diet 2. Increase in physical activity 3. Lesser use of phones, internet and ant technology related devices 4. Reduce strenuous activities 5. Rest and sleep more 6. Following health preserving rules 7. Practicing good habits.

DEVELOPMENT OF POST-COVID-19 SYNDROME IN CHILDREN AND ITS PREVENTION

Yaremenko A.V., Galicheva A.S. KhNMU, Kharkiv

In Ukraine post-COVID-19 syndrome was discussed around September 2020. In the countries that were "covered" by the first wave of the epidemic, cases of this syndrome have been recorded and analyzed since the spring. In particular, the American Centers for Disease Control and Prevention conducted a study in April and June and found that an average of 30 % of those who relapsed into mild COVID-19 within two to three weeks of illness did not return to normal. I, who had them before the infection. Such patients feel as if the disease continues: the symptoms do not disappear completely, but have a wavy course – then weaken, then intensify. Signs of the syndrome are observed in all age groups, and children are no exception. Symptoms of post-COVID-19 syndrome are experienced by both those who have relapsed in severe form and those who have had a mild or asymptomatic course.

Increasingly, and at the same time, children began to get sicker from the coronavirus. Very young patients fall into the red zones. It is difficult to imagine what their parents are going through at this moment. A huge load on the child's body. But even if the child suffered everything in a mild form or even asymptomatic, the consequences for his health can be very serious.

Researchers from Australia have shown that post-COVID-19 syndrome in children and adolescents, unlike adults, rarely lasts more than 12 weeks. An article by scientists published in the Pediatric Infectious Disease Journal. Scientists analyzed 14 international studies studying the health of 19.4 thousand children who reported persistent symptoms after suffering a coronavirus infection. The most common symptoms reported four to 12 weeks after the acute phase of COVID-19 were

headache, fatigue, sleep disturbances, difficulty concentrating, and abdominal pain. In most cases, symptoms have not been observed for more than 12 weeks.

Also from the symptoms, the author of the article lists chest pain, cough, "brain fog". In addition, there is a possibility that the child will develop inflammation of the heart muscle, the appearance of a multisystem inflammatory syndrome – after which hospitalization is usually required. But patients usually recover.

Now experts cannot name the exact reason for the manifestation of such symptoms after COVID-19. Perhaps this is due to damage to an organ due to the coronavirus or a persistent virus / inflammation in the body.

Because of the risk of symptoms of "long-term covid", the American Academy of Pediatrics also recommends seeing a pediatrician even after recovering from an illness.

Currently, preventive vaccinations or immunoprophylaxis are the main way to prevent various infectious diseases in children, including from COVID-19. But at the same time, vaccination is the subject of constant controversy, both among physicians and parents. The main reason for the controversy is the possible complications after vaccination in children, and if we talk about vaccination against COVID-19, the main problem for parents is that the vaccines are not fully understood and that there is insufficient information about these vaccines.

Regardless of the attitude to vaccination, there are some rules for non-specific prevention in children. The main rule of prevention of COVID-19 is to observe personal hygiene, social distance and mask mode.

References:

1. Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 7 (03.06.2020 г.) МЗ РФ, с.165.

2. Методические рекомендации «Особенности клинических проявлений и лечения заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) у детей, версия 2 – 03.07.2020 г., с.4 8.

3. «Updated diagnosis, treatment and prevention of COVID-19 in children: experts' consensus statement condensed version of the second edition», Kun-Ling Shen, Yong-Hong Yang, [...] – Global Pediatric Pulmonology Alliance, World Journal of Pediatrics volume 16, pages 232–239 (2020).

4. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, virology, clinical features, diagnosis, and prevention. Mar 2020, last updated: Apr 30, 2020 / <https://www.uptodate.com/>

5. Russell FM, Reyburn R, Chan J, Tuivaga E, Lim R, Lai J et al. Impact of the change in WHO's severe pneumonia case definition on hospitalized pneumonia epidemiology: case studies from six countries. Bull World Health Organ. 2019;97(6):386–93. Epub 2019/06/19. doi: 10.2471/BLT.18.223271. PubMed PMID: 31210676; PMCID: PMC6560369.

VACCINATION AGAINST THE VIRUS COVID-19 FOR CHILDREN

*Yaremenko A.V., Ayman Mawassi, Logina Salam
Kharkiv National Medical University, Kharkiv
Lebanon, Egypt*

Due to the over flow of misleading information that has spread recently, more and more parents are refusing to give their children the novel COVID-19 vaccine. Although children may not show symptoms of the disease, they are still able to conduct the virus

and test positive to the COVID-19 virus pharyngeal swap. That is why, one of the measurements that must be also be implemented in order to control the pandemic is to vaccinate not only adults but children as well.

The *Aim* of this abstract is to justify the importance of initiating a children vaccination program against the novel COVID-19 virus and to explore the possible options.

Material and methods used in this research are obtained from medical articles that are published online discussing the most recent information regarding the COVID-19 situation.

Results: Since the start of the COVID-19 pandemic and the risk it posed on the public health, vaccination programs has been on the rise and a race for the vaccines has left a lot of people not only confused but understandably fearful as well. The vaccines, whether it was Moderna/Pfizer or sinopharm, has been proven at the very least to significantly lower the severity of symptoms and to reduce mortality among those who tested positive with COVID-19. Among those who tested positive, almost 15 % of them were in fact children. That number has also increased by 10 % in the recent weeks, especially in babies who are more frequently infected with respiratory infections due to their rather weak immune system. High risk children, such as diabetics, asthmatics and overweight, are at even a greater risk of contracting the virus and testing positive with a sensitivity and specificity of 87 % and 97 % respectively. 96 % of children who has taken the vaccine reported no side effects, and even among those who did, the side effects were not life threatening with an odd ratio of 0.7 %. The incidence rates of contracting COVID-19 virus in children is low, this therefore, puts most of the pressure on the safety and efficacy side of the clinical trials of the new vaccine for children, showing that it should not only decrease side effects but also decrease transmission. It is still speculated as to how much the vaccine can keep us from being infected. The data concerning the safety for pediatric use has been very limited. Therefore, even if we are vaccinated, we still need to take the precautionary measures such as social distancing and wearing a mask.

Conclusion: Children are more likely to present with milder symptoms and are less prone to have the severe form of COVID-19. Although the situation of the pandemic still remains unclear until this point in time, it is, however, crucial to conduct more research to be able to safely recommend the vaccine for children aged 18 years and below. For the time being, high risk children between the ages of 12 and 15 can be offered the vaccine and it has been promised that even a vaccine for children below that age group will also be available soon.

The COVID-19 vaccine will be a critical tool that, combined with effective testing and existing prevention measures, will help bring the pandemic under control. Experts around the world are working hard to accelerate the development and production of a safe and effective vaccine. Each country has established regulatory bodies to monitor the safety and efficacy of vaccines prior to their widespread use. Globally, WHO coordinates a number of independent technical bodies that monitor the safety of vaccines before and even after their introduction. The vaccines, approved for use by WHO, have undergone rigorous tests and clinical trials to prove they are safe and effective against disease. While COVID-19 vaccines are under development on a tight schedule, they will only be able to obtain the necessary regulatory approvals if they meet stringent safety and efficacy standards. UNICEF prioritizes child safety and their families, which includes the supply of a safe vaccine.

References:

1. Обзор нового коронавируса 2019 года (2019-nCoV), CDC, 1 февраля 2020 г. Источник контента: Национальный центр иммунизации и респираторных заболеваний (NCIRD), Отдел вирусных заболеваний; <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/summary.html>
2. Hui, David S.; Azhar, Esam EI; Madani, Tariq A.; Ntoumi, Francine; Kock, Richard; Dar, Osman; Ippolito, Giuseppe; Mchugh, Timothy D.; Memish, Ziad A. The continuing epidemic threat of novel coronaviruses to global health – the latest novel coronavirus outbreak in Wuhan, China (англ.) // International Journal of Infectious Diseases: journal. 2020. 14 January (vol. 91). P. 264–266. ISSN 1201–9712. DOI:10.1016/j.ijid.2020.01.009.
3. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221475002100161X?via%3Dihub>
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8445852/>
5. <https://www.nature.com/articles/d41586-021-02579-3>
6. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pai.13401>

CHALLENGES AND TRENDS IN THE HEALTH FOOD INDUSTRY

Pomohaibo K., Gaponova E., Etteh Mary Enobong
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Aim: The aim of the study was to evaluate the challenges and trends in the health food industry focusing on consumer choice of diet based on healthcare challenges.

Material & Methods: This included a random survey of 50 people. They were asked the types of foods they preferred under the following categories; Organic Foods, Whole/Natural Foods and alternative sweeteners (foods) based on their diets as a result of their healthcare challenges.

Background Information: Whole natural foods refer to any food that's as close to its natural state as possible for consumption. This means that the food is not processed and unrefined. Whole foods are free of chemicals, preservatives and additives. Fruits and vegetables are examples of whole foods. Other types of whole foods include nuts, milk, eggs, beans, seeds, and certain types of meat, fish and poultry.

However, a food is no longer considered a whole food, if any additives has been added or undergone any processing. Organic Foods according to the United States Department of Agriculture, refers to meat, poultry, dairy and eggs that come from animals that were never exposed to growth hormones and antibiotics. Organic fruits and vegetables that have never been treated with bioengineering, pesticides or ionizing radiation are considered to be organic foods.

Furthermore, certain organic foods have shown to have great volumes of vitamin C and protein than their non-organic counterparts. Alternative sweeteners (foods) are simply substitutes to sucrose and other mono- and disaccharides that produce sweetness. Many substitutes have been produced and developed to hand zero-calorie or provide low calorie for foods and drinks. Due to the fact that most of these offer little to no calories, these sweeteners are also called non-nutritive sweeteners. Examples include Stevia, xylitol etc.

Results: 50 % of the people (25) indicated that they will go for Organic foods due to their higher mineral and nutrient substance and really better taste. Another reason they gave is their longer lifespan/durability especially the fresh produce and the extraordinary biodiversity seen in indigenous vegetables and organic products. They also indicated that the high price and cost of these products as one of the major disadvantages of these foods.

40 % of those surveyed (20 people) indicated that they prefer Whole/Natural Foods because these foods are free of synthetic or artificial ingredients or additives. They also indicated that these foods did not have artificial colouring, preservatives and flavourings which negatively affect people's health. They also mentioned that whole foods do not have any unnecessary added sugars and salt and as such is healthy choice for them. The most difficult challenge that they faced was the very high price of the whole/natural foods. Their prices are very high compared to those of organic foods and most times these consumers end up going for organic foods.

The remaining 10 % (5 people) indicated they preferred alternative sweeteners due to their affordability despite knowing that alternative sweetener based foods, can lead to health problems, such as tooth decay, weight gain, poor nutrition and increased triglycerides. Their strong point was their affordability compared to the other types of foods.

Conclusion: From this little survey we see that the relationship between the desired foods of choice and their actual selection is highly determined by price irrespective of the consumers' needs. As indicated by some of the consumers we see that they tend to go for what is affordable compared to what they really need for their health and in some cases they start with their prescribed diets and foods and switch to more affordable options over time despite them being less healthy options.

THE MODERN LIFESTYLE AND ITS EFFECTS ON PUBLIC HEALTH

Pomohaibo K., Gaponova E., Aderibigbe Oluwatoyin Deborah
KhNMU, Kharkiv, Ukraine

Aim: to study the change brought about by the modern lifestyle, its effects on the public health and ways to improve the general health of the population.

Materials and method: this study includes a survey of 58 people between the age of 18–45 years old whose life patterns and habits were studied as well as the effect of their lifestyle on their health.

Results: 80 % of persons studied in this survey presented with different levels of disorders due to their habits and lifestyle which was connected to the modern way of life.

Discussion: lifestyle is the way of life of an individual which includes his/her habits, interests, thoughts, beliefs, culture and ethnicity, behavioral pattern etc.

The modern lifestyle until recent years was not a thing to talk about talk less of having effects on the health of the population but in recent times it has become a thing of worry as its effects on the human health which are more negative than positive have caused conditions and disorders that are becoming a threat to the health of the population at large. According to the world health organization, about 60% of factors that affect life of individuals can be linked to their lifestyles.

These modern lifestyle practices ranging from increased use of technology, to the lack of exercise, eating of unhealthy foods/poor diet, multiple sexual partners, smoking and drinking, drug abuse and increased stress, when constantly repeated becomes an unhealthy lifestyle which in return causes severe damages to the body and causes several disorders as we see in the present day. Diseases like cardiovascular disease, diabetes, obesity, joints disorders, respiratory disorders, mental disorders or psychological disturbances can be seen in such cases with obesity and cardiovascular disease usually topping the chart.

Increased used of technology includes the use of social media and telephones which have become difficult to put away and also the increased production and watching of movies, activities which are common in the younger population leaves no time for any other activity or spending time on things or with people that matter or that we love. In the long run this can lead to mental health disturbances like depression, anxiety and mental stress.

Lack of exercise causes sedentary lifestyle which could affect physical health and when combined with a poor diet this could lead to obesity one of the leading causes of mortality in the population. Obesity if taken as a case study can be due to a lot of factors like the reduced walking and more use of vehicles and escalators, «the grab and go» or rush way of life, processed foods, the increased use of many machines which are intended to make life *easier* but in return reduces the activities of man that will help burn calories and help with all-round wellness all of which are due to modernization of lifestyle. Cardiovascular disease which includes and is not limited to heart failure, stroke, arrhythmias and cardiomyopathies is another main cause of mortality in the population which can be caused by sedentary lifestyle, poor diet and foods high in sodium, excessive drug abuse, alcohol intake and smoking, stressful environment all of which can be linked to the modern lifestyle of the present day.

The effect of these diseases on the health of the population is that besides the battle against communicable diseases and different infectious diseases there is also an uprise in the incidence of non-communicable diseases in the general population.

Also, among the younger population, there is a rise in high blood pressure, stroke, obesity, depression etc. and these creates an imbalance in the health statistics of the population and increases the task of the board in control of health matters.

To curb the incessant increase of an unhealthy population the diseases have to be studied along with their causes with the plan of eradicating them. To achieve this, the population should be sensitized and educated about the effects of the modern lifestyle on them, a healthy lifestyle with increased physical activity should be increased and this can start from health sectors as little as doctors creating an awareness for their patients, organizations creating boot camps for their workers where they get to engage in physical activities and the government regulating the food sector as much as they are able to. People should be made aware of their poor choices and how it may affect their lives and even lead to death.

Conclusion: urbanization and modernization of the world at large though of great value has also brought about increasing health disorders which if not controlled will spiral into an epidemic of its own type which although it can easily be avoided can also likewise easily spread like wildfire. To prevent such from happening, steps should be made so as to increase the value of life such as a healthy diet, increase in physical activity, lesser use of phones, internet and ant technology related devices, reduce strenuous activities, rest and sleep more, following health preserving rules, practicing good habits.

Секція 3

ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ОСОБЛИВОСТІ ПЛАНУВАННЯ ТА ФОРМУВАННЯ ГОСПІТАЛЬНИХ ОКРУГІВ

Огнєв В.А., Вашев О.Є., Вашева А.О., ХНМУ, м. Харків

Реформування системи охорони здоров'я являється одним з основних пріоритетів сучасної медицини. Разом з перебудовою чисельних ланок системи охорони здоров'я, у 2017 р. стартував процес створення госпітальних округів в Україні який був покликаний оптимізувати кількість та якість державних медичних закладів та покращити систему медичного забезпечення країни.

Передбачалось, що процес створення госпітальних округів займатиме певний чіткий проміжок у часі та прогнозуватиме впорядкування медичної інфраструктури в усіх регіонах України. Подання пропозицій про створення госпітальних округів належало до сфери відповідальності місцевої влади. Було запропоновано 3 основні етапи формування госпітальних округів: формування меж госпітального округу, створення госпітальної ради, розробка плану розвитку госпітального округу. З моменту планування та впродовж декількох років вносились корективи та змінювалась модель госпітального округу. У червні 2020 р. було затверджено порядок створення госпітальних округів, що є чинним на сьогоднішній день. Цей порядок встановлює механізм створення, управління та функціонування госпітальних округів. Отже, госпітальний округ (ГО) – це функціональне об'єднання закладів охорони здоров'я, розміщених на відповідній території, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги населенню такої території. Суб'єктами госпітального округу є заклади охорони здоров'я та фізичні особи - підприємці, що забезпечують медичне обслуговування населення на території госпітального округу. Вони зареєстровані в установленому законом порядку та одержали відповідну ліцензію з медичної практики. Консультативно-дорадчим органом з питань урегулювання діяльності ГО є госпітальна рада, до складу якої входить не більше 21 особи. Представниками є працівники державних органів, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ, організацій, у тому числі представники відповідних закладів охорони здоров'я, держадміністрації, громадськості, професійних спілок працівників охорони здоров'я [2].

До закладів, що входять до госпітального округу відносяться: багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування першого рівня – заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та екстреної медичної допомоги населенню у разі виникнення патологічних станів, що загрожують життю, які потребують високої інтенсивності лікування та догляду (наприклад, інфаркт міокарда, інсульт, гостра кровотеча тощо) та потерпілим під час надзвичайних ситуацій, передбачає надання допомоги населенню не менше 120 тис. осіб; багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня – заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару, денного стаціонару або амбулаторних умовах населенню у гострому стані захворювання або з хронічними

захворюваннями, що потребують інтенсивного лікування та догляду, з обов'язковою наявністю відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги, передбачає надання допомоги населенню не менше 200 тис. осіб. Загальна кількість лікарень інтенсивного лікування визначається з розрахунку загальної кількості населення, що проживає в госпітальному окрузі. Також до складу ГО входять опорні заклади охорони здоров'я – це багатопрофільні заклади охорони здоров'я державної та комунальної форми власності, які відповідають або можуть бути підвищені до рівня багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування першого або другого рівня. Перелік опорних закладів охорони здоров'я затверджується Кабінетом Міністрів України за поданням МОЗ та може бути переглянутий за результатами реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення.

Спроможна мережа госпітального округу – сукупність закладів охорони здоров'я, які провадять в установленому законом порядку господарську діяльність з медичної практики та мають функціональні потужності, здатні забезпечувати надання якісної, комплексної, безперервної і орієнтованої на пацієнта медичної допомоги відповідно до соціально-демографічних характеристик населення, особливостей його розселення на відповідній території [3]. Це такі заклади як лікарня планового лікування хронічних хворих, основним завданням якої є проведення повторних курсів терапії або доліковування з використанням стандартних протоколів лікування; лікарня відновного лікування – відновлення функцій, що зазнали порушення через захворювання чи травми, з метою попередження інвалідності та/або реабілітації інвалідів, які потребують спеціального обладнання (фізіотерапевтичного, тренажерів для лікувальної фізкультури тощо); хоспіси, що надають паліативну допомогу та психологічну підтримку пацієнтам у термінальній стадії захворювання. Ці заклади обладнані спеціальним устаткуванням для надання якісної допомоги і догляду, а працюючий персонал, переважно сестринський, володіє спеціальними професійними навичками. Лікарня медико-соціальної допомоги – це медичний заклад, який надає комплексну медико-психо-соціальну допомогу населенню з метою збереження здоров'я при патологіях, що обумовлені специфікою віку. Це стосується як хронічних хворих, так і тих, що мають не хронічні, але все ж соціально-значущі захворювання. Ці заклади мають мінімальне забезпечення діагностичним та лікувальним обладнанням, спеціально підготовлений середній медичний персонал, наявні соціальні працівники [1].

Одним з найяскравіших прикладів медико соціальних закладів являється «Клініка, дружня до молоді» та «Лікарня, доброзичлива до дитини».

Основа діяльності «Клініки, дружньої до молоді» (КДМ) є надання допомоги підліткам та молоді. У діяльності КДМ переважає профілактична спрямованість, основними принципами є доступність, добровільність, доброзичливість, конфіденційність, анонімність (на прохання відвідувача) та неосудливе ставлення. Основними завданнями є забезпечення комплексної медичної, соціальної, психологічної та правової допомоги, інформаційне консультування з питань профілактики ВІЛ та збереження репродуктивного здоров'я, профілактика інфекцій, які передаються статевим шляхом, та непланованої вагітності, діагностика та лікування захворювань репродуктивної системи.

Статус «Лікарня, доброзичлива до дитини» присвоюється закладам охорони здоров'я України, які надають допомогу матерям та дітям відповідно до вимог Розширеної Ініціативи ВООЗ/ЮНІСЕФ «Лікарня, доброзичлива до дитини». В цілому, основними завданнями в діяльності «Лікарні, доброзичливої до дитини» є підтримка та зростання рівня грудного вигодовування дітей, підтримка та просування сучасних перинатальних технологій, підготовка та навчання спеціалістів у відповідних галузях, інформаційно-просвітницька робота серед населення та моніторинг та координація роботи з подальшого розвитку програм з охорони материнства та дитинства в регіонах.

На меті створення госпітальних округів має забезпечення територіальної доступності якісної медичної допомоги населенню шляхом організації мережі закладів охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, на відповідних територіях.

Створення госпітальних округів здійснюється на основі поєднання таких принципів: безпечність та якість медичної допомоги на основі доказової медицини; своєчасність доступу до медичної допомоги; економічна ефективність, яка полягає у забезпеченні максимально можливої якості медичної допомоги за умови раціонального та ощадливого використання ресурсів.

Сьогодні в Україні чисельність стаціонарів майже вдвічі більша, ніж аналогічний показник у європейських країнах, що суттєво знижує якість надання медичних послуг в наслідок розосередження ресурсів. Є досить велика частка неспроможних лікарень, деякі заклади досі не мають умов для надання інтенсивної медичної допомоги пацієнтам. Близько 50 % пацієнтів госпіталізується без потреби. Виходячи з цих даних та користуючись найкращим світовим досвідом, трансформація сфери охорони здоров'я досі триває, і Національна служба здоров'я України й надалі буде наполегливо розвивати, реалізовувати та створювати нові сервіси та інструменти для покращення доступу кожного пацієнта до якісних медичних послуг.

Створення госпітальних округів має впорядкувати медичну мережу, покращити якість вторинної медичної допомоги, підвищити ефективність використання державних коштів, усунути дублювання лікарень з ідентичними функціями, аби у пацієнта був гарантований доступ – фізичний і часовий – до якісної послуги з будь-якої сфери базової медичної допомоги.

Література:

1. Закон України Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я від 03.12.2020 № 1053-IX <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>

2. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1074 “Деякі питання створення госпітальних округів” <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/589-2020-%D0%BF#Text>

3. Постанова Кабінету Міністрів України від від 19 червня 2020 р. № 589 “Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1074” <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/589-2020-%D0%BF#Text>

АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ РЕВМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Грузєва Т.С., Дубовик В.Ю.,

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

Медико-соціальне значення ревматичних захворювань визначається їх високою поширеністю в популяції, ураженням переважно працездатного населення, швидким розвитком інвалідності і несприятливим життєвим прогнозом, труднощами ранньої діагностики. Ця патологія часто призводить до обмеження здатності пацієнтів до пересування і самообслуговування, фізичної, психологічної та соціальної дезадаптації.

Ревматичні хвороби охоплюють понад 100 нозологічних форм. Вони входять в XIII клас «Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини» Міжнародної класифікації хвороб, 10 перегляду.

За даними ВООЗ, понад 4 % планети хворіють на захворювання опорно-рухового апарату. В Україні щорічно вперше діагностується 1,2 млн нових випадків хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини. Показник поширеності цієї патології в країні становив у 2017 р. 9344,5 випадку на 100 тис. населення і займав IV місце у структурі загальної захворюваності.

Серед ревматологічної патології особливу медико-соціальну значущість має ревматоїдний артрит, на який хворіє кожен десятий житель планети. Епідеміологічні особливості поширеності патології полягають у перевищенні рівнів цього показника серед жінок у п'ять разів порівняно з чоловіками. У понад чверті пацієнтів з ревматоїдним артритом на ранніх стадіях розвитку хвороби настає стійка непрацездатність. В подальшому, у понад 80 % хворих зберігається потреба у постійному прийомі медикаментів, стаціонарному лікуванні, реабілітаційних заходах, часто перебіг хвороби призводить до необхідності складних ортопедичних оперативних втручань, суттєвих фінансових витрат на лікування.

Значну частку хворих на ревматоїдний артрит становлять діти. У половини усіх дітей, які хворіють на ревматоїдний артрит, протягом перших 10 років настає важка, часто довічна інвалідність. Третина дітей хворіють на ревматичні хвороби у віці від 9 місяців до 1,5 років.

В Україні поширеність ревматоїдного артриту досягла у 2017 р. 243,2 випадку на 100 тис. населення. Первинна захворюваність становила 15,5 випадку на 100 тис., а регіональні показники відрізнялися в 3,4 рази.

Хвороби кістково-суглобової системи, у т. ч. ревматоїдний артрит, лягають важким медико-соціальним тягарем на сучасне суспільство в цілому, негативно позначаються на показниках здоров'я і якості життя пацієнтів, а також на економічному потенціалі країн.

З огляду на це, ВООЗ оголосила перше десятиліття XXI ст. Декадою патології кісток і суглобів, а ООН встановила відзначення Всесвітнього дня боротьби з артритом щорічно 12 жовтня.

Проблема ревматичних захворювань кістково-м'язової системи та сполучної тканини залишається актуальною для більшості країн світу. Зменшенню захворюваності на ревматичні хвороби та вдосконаленню медичного обслуговування

присвячено низку досліджень (M. Bartoli, 2008; A. Magnani, 2009; H.M. Albers, 2010; Сичов В.Г., 2010; P. Kahn, 2011; Н. Жукова Н.В. 2011; Баранов А.А., 2012; Малієвський В.А., 2012; Алексеева Є.І., 2013 Rathi, 2015; И.П. Никишина, М.И. Каледа, 2015; J. Shepherd, 2016; С. Birolo, 2016. В Україні питаннями удосконалення медичного обслуговування пацієнтів з ревматичними захворюваннями займалися Коваленко В.М., 2018; Шуба Н.М., 2018; Джус М.Б., 2019 та ін.

Досягнуто певних успіхів у розробці стандартизованих критеріїв діагностики, нових підходів до фармакотерапії. Однак чинники ризику багатьох запальних ревматичних захворювань залишаються недостатньо вивченими, що обмежує можливості ефективної профілактики та лікування. Потребують обґрунтування організаційні технології запровадження персоніфікованого лікування та реабілітації пацієнтів з ревматоїдним артритом. Залишаються актуальними питання недостатньої обізнаності сімейних лікарів щодо існуючих шкал оцінки активності ревматоїдного артриту для оцінки динаміки перебігу захворювання, недостатньої поінформованості щодо існуючих програм лікування таких пацієнтів. Вимагають вивчення питання економічної доступності діагностики ревматоїдного артриту, оскільки специфічні лабораторні маркери є дорогими для деяких хворих.

Інновації у наданні медичної допомоги у зв'язку з реформуванням системи охорони здоров'я та розвитком системи громадського здоров'я, обумовлюють пошук актуальних шляхів удосконалення медичного обслуговування ревматологічних хворих з урахуванням організаційних, економічних та медико-технологічних змін. Проте в Україні відсутні наукові роботи щодо комплексного вирішення проблем удосконалення організації медичної допомоги ревматологічного профілю в умовах реформування медичної галузі та розвитку системи громадського здоров'я.

З огляду на вказане, проведення досліджень, спрямованих на розробку науково обґрунтованих шляхів вдосконалення організації профілактики та медичної допомоги хворим з ревматоїдним артритом в сучасних умовах, має значний науковий і практичний інтерес.

ТОЧКА ЗОРУ УЧАСНИКІВ АТО НА НЕОБХІДНІСТЬ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

*Гавловський О.Д., Голованова І.А.,
Полтавський державний медичний університет, м. Полтава*

Вступ. Переживання людьми різних екстремальних подій, таких як природні або техногенні катастрофи, локальні воєнні конфлікти, терористичні акти, інші злочини проти особистості мають виражений негативний вплив на психіку постраждалих [1]. Проблема впливу бойових дій на психіку військових є предметом глибоких і інтенсивних досліджень, як у психології, так і в медицині [2]. Вагомий внесок у дану галузь зроблений зарубіжними дослідниками історії медицини, які першими звернули увагу на наявність симптомів психотравматизації у учасників різних воєн [3, 4]. Дослідження ветеранів похилого віку, в рамках Національного дослідження здоров'я і стійкості ветеранів (NHRVS) показали, що

симптоми посттравматичного стресового розладу можуть рецидивувати або погіршуватися в літньому віці у ветеранів, які постраждали [5]. NHRVS визначило, що майже 10 % старших американських ветеранів зазнали загострення симптомів посттравматичного стресового розладу в середньому майже через 3 десятиліття після найважчої травми [6]. Когнітивні труднощі, особливо контроль поведінки, були єдиним фактором, що визначав загострення симптомів посттравматичного стресового розладу в подальшому житті. Ці дані свідчать про те, що загострення симптомів посттравматичного стресового розладу, навіть через певну кількість років, стосується значної частини літніх ветеранів у Сполучених Штатах, і що зниження рівня контролю за своїми діями може збільшити ризик цього явища [7].

Як показує ряд дослідників, соціально-психологічна реадаптація є складовою психологічної реабілітації, а психологічна реабілітація, в свою чергу виступає як психологічна допомога для забезпечення відновлення втрачених психічних можливостей та повернення до повноцінного життя [8, 9]. Але постає питання прихильності пацієнта прийняти таку допомогу.

Мета. Дослідити відношення ветеранів - учасників антитерористичної операції до необхідності проведення психологічної допомоги для реадаптації учасників бойових дій до цивільного життя.

Матеріали і методи. Дослідження проводилось шляхом анкетування ветеранів АТО із ознаками ПТСР та здорових. В основу проведеного анкетування було впроваджено опитування, яке здійснювалось з вересня 2016 р. по березень 2017 р. дослідницькою групою ГО «Психологічна кризова служба «Українська асоціація фахівців з подолання наслідків психотравмуючих подій»» за участю О. Кухарук та к. психол. н. О. Овчар під керівництвом к. психол. н. Г. Циганенко. Проект виконано за сприяння канадської неурядової організації Stabilization Support Services та фінансової підтримки Уряду Великої Британії [10].

Результати. Ветерани, які мають бойовий досвід, в 3 рази частіше відповіли ствердно на питання «Чи потрібна психологічна допомога?» (ВШ=3,314 [95 % ДІ 1,718–6,165]) $p < 0,001$. Аналогічно відповіли учасники бойових дій і про необхідність психологічної реабілітації для потребуючих в 4 рази, ніж ветерани без бойового досвіду (ВШ=3,939 [95 % ДІ 1,826–6,302]) $p < 0,001$. Така відмінність у відповідях ветеранів з бойовим і мирним досвідом свідчить про їхні потреби у психологічних заходах.

Важливим компонентом дослідження була соціальна сторона проблеми, оскільки коли комбатант повертається з бойових дій до дому адаптація відбувається не лише з ним, але і з членами родини, для яких ця зустріч є біполярною: і щастя і стрес. Не зважаючи на значний зарубіжний та вітчизняний досвід реабілітації учасників бойових дій, так чи інакше, кожен психолог все ж доходить до думки, що не в змозі повністю реабілітувати бійців, якщо їх рідні й близькі неконструктивно реагують на наслідки травматизації останніх [11]. Отже ствердною відповідь на питання «Чи необхідно працювати психологу з родинами» давали ветерани з бойовим стажем в 14 разів частіше, ніж з мирним. (ВШ 13,850 [95 % ДІ 6,736–28,479]) ($p < 0,001$). Результати цієї відповіді свідчать про негативний досвід комунікацій комбатантів з членами родини.

Посттравматичні симптоми мають згубний вплив на взаємини з іншими людьми. Неконтрольований гнів, емоційне відчуження і нездатність належним

чином спілкуватися з представниками соціальних інститутів влади – все це ускладнює відносини між особами, що зазнали травм і тими, хто стикається з ними в житті. Внаслідок цього актуальною стає групова психотерапія [12]. Її схвалювали у 8 разів частіше комбатанти, ніж військовослужбовці без бойового досвіду (ВШ 8,395 [95 % ДІ 4,061–17,355]) $p < 0,001$. Очевидно, що учасники АТО більш безпечно почуваються серед таких же як вони військових, відчуваючи порозуміння через подібні переживання та досвід. Під час таких зустрічей людина втрачає свою «унікальність» і відчуває, що вона не одна така, і це відчуття дозволяє легше пережити спогади минулого, надає безпечної сприйнятливості оточення та знижує рівень тривожності, який властивий цим бійцям [13]. Знали про можливість реабілітації на 50 % менше бійців, які мали установлений діагноз, ніж здорових (ВШ 0,472 [95% ДІ 0,257–0,868]) $p = 0,011$. Такі результати проведеного опитування дозволяють планувати подальші інтервенції щодо санітарно-просвітницької роботи серед учасників АТО.

Висновки. Отже, в результаті проведеного дослідження встановлено, що проблема психологічної допомоги є актуальною як безпосередньо для ветеранів, що повертаються з зони бойових дій, так і для членів їх родин. Тому, виходячи з цього слід відмітити необхідність включення комплексу психологічної допомоги в програму реабілітації військовослужбовців, що повертаються після несення служби в зоні збройного конфлікту.

Література:

1. Лукомська С.О. Психологічна допомога учасникам АТО в системі реабілітаційного відділення госпіталю для ветеранів війни / С.О. Лукомська, С.В. Задорожний, Е.М. Кульчиковський // Наука і життя: сучасні тенденції, інтеграція в світову наукову думку, 14-16.05.2015. 2015; 14–16 с.
2. Cheney A. M. Veteran-centered barriers to VA mental healthcare services use // BMC health services research. 2018. – Т. 18, №. 1. – С. 1–14.
3. Horowitz M.J. A prediction of delayed stress response syndromes in Vietnam veterans / Horowitz M. J., Solomon G. F. // J of social issues. 1975. – Vol. 31, Issue 4. – P. 67–80.
4. Paul O. Da Costa's syndrome or neurocirculatory asthenia. Br Heart J. 1987. – Vol. 58, Issue 4. – P. 306–315.
5. Hiskey S. The emergence of post-traumatic distress in later life: a review. / Hiskey S, Luckie M, Davies S, Brewin CRJ // Geriatr Psychiatry Neurol. 2008. – Vol. 21, Issue 4. – P. 232–241.
6. Mota N.P. High burden of DSM-5 subthreshold post-traumatic stress disorder in US military veterans. / Mota N.P., Tsai J., Sarin J., Marks B.P., et al. // World psychiatry, 2016. – Vol. 15, Issue 2. – P. 185–186.
7. Brienne M.F. National Veterans Health and Resilience Survey: An Overview and Future Directions / Brienne M. F., Jack Tsai, Natalie M., Ilan Harpaz-Rotem, et al. // Front Psychiatry. 2020;11:538218. Published 2020 Dec 9. doi:10.3389/fpsy.2020.538218
8. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. за ред. Л. Царенко. Том 2. Київ, 2018. 240 с.
9. Сметаняк В. І., Вовчук І. В. Психологічна реабілітація як чинник успішної реадaptaції учасника воєнних дій // Editorial board. – 2020. – С. 461.
10. Циганенко Г. В. Ставлення до способів соціально-психологічної адаптації і реабілітації військових: відповідальність між скіллою і харібдою? // Робота з травмами війни. Український досвід: матеріали Першої. – 2018. – С. 122.

11. Варлакова Є.О. Роль і місце родин в адаптації та реабілітації учасників АТО. Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції [Текст] : матеріали міжвідом. наук.-практ. конф. (Київ, 30 берез. 2016 р.) : у 2 ч. / [ред. кол.: В. В. Черней, М. В. Костицький, О. І. Кудерміна та ін.]. – Київ : Нац. акад. внутр. справ, 2016. – 248 с.

12. Буряк О. О. Шляхи та методи реабілітації осіб з військовим синдромом та посттравматичним стресовим розладом / О. О. Буряк, М. І. Гіневський, Г.Л. Катеруша // Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил. – 2015. – №. 3. – С. 137–141.

13. Науменко Л. Ю. Питання медико-соціальної реабілітації учасників АТО при посттравматич-ному стресовому розладі / Л. Ю. Науменко, І. С. Борисова, В. М. Березовський //Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2017. – № 17, Вип. 4 (1). – С. 239–244.

ПРИЧИНИ ДЛЯ ІНТЕГРАЦІЇ ПОСЛУГ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У СИСТЕМУ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ (СІМЕЙНУ МЕДИЦИНУ)

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

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), психічне здоров'я – це стан благополуччя, при якому кожна людина може реалізувати свій власний потенціал, впоратися із життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї спільноти.

Психічне здоров'я та психічне благополуччя є найважливішими складовими високого рівня якості життя, що дають змогу людям вважати своє життя повноцінним та значущим, бути активними і творчими членами суспільства.

Високий рівень психічного здоров'я населення є важливим чинником соціальної рівності, продуктивності праці, суспільного спокою, що сприяє зростанню благополуччя та економічного розвитку суспільства.

Сучасна українська система охорони психічного здоров'я в цілому успадкувала організаційну структуру, а також стратегії та практики радянської системи – з усіма її перевагами та недоліками. Ця система не зазнала істотних структурних змін після набуття Україною незалежності. Вона залишається переважно сфокусованою на біомедичних підходах, які реалізуються в основному в стаціонарних відділеннях психіатричних та наркологічних закладів охорони здоров'я. Зазначене зумовлює високий рівень інституціалізації і відповідно – сегрегації та стигматизації осіб, що мають психічні розлади. До осіб з психічними та інтелектуальними порушеннями, які перебувають у конфлікті із законом, переважно застосовується система покарання, а не реабілітації та ресоціалізації. Недостатня увага приділяється профілактиці, психосоціальним методам, організації охорони психічного здоров'я на рівні первинної медичної допомоги, наданні психотерапевтичної допомоги, реабілітаційним заходам, а також службам охорони психічного здоров'я, які функціонують у територіальних громадах, недостатньо розвинуті амбулаторне раннє втручання на рівні територіальних громад та практика домашнього супроводу.

Люди, які страждають психічними розладами, часто не можуть дбати про своє здоров'я настільки ефективно, як люди, які не мають проблем у психічній сфері. Багато людей також страждає від фізичних та психічних проблем зі здоров'ям одночасно. Інтегрована первинна медична допомога забезпечує отримання лікування у цілісний спосіб: людям з соматичними (фізичними) проблемами надається допомога при психічних розладах і здійснюється нагляд за фізичним здоров'ям людей, які страждають на психічні розлади.

В усіх країнах поширеність психічних розладів серед населення є набагато вищою у порівнянні з фактичною кількістю людей, які отримують лікування та догляд. Медична допомога спеціальних служб та послуг для надання допомоги людям із психічними розладами на первинній ланці суттєво підвищує ефективність лікування та догляду.

Допомога у сфері психічного здоров'я на первинній ланці покращує доступ населення до спеціалістів та фахових послуг.

Коли психічне здоров'я інтегроване в систему первинної медичної допомоги, люди можуть отримати доступ до послуг з охорони психічного здоров'я ближче до місця свого проживання. При цьому сім'я та близьке оточення пацієнта активно залучаються у лікувальний процес, підтримують його у повсякденній діяльності, що є доброю передумовою для одужання. Надання послуг у сфері психічного здоров'я на рівні первинної медичної допомоги сприяє тому, що населення усвідомлює важливість цієї проблеми, знання про психічне здоров'я поширюються, а лікарі можуть здійснювати тривале спостереження за людьми, які хворіють, та скеровувати їх у відповідні служби у разі потреби.

Первинна медична допомога у галузі психічного здоров'я сприяє дотриманню прав людини.

Послуги, які надаються людям із психічними розладами на рівні первинної медичної допомоги, мінімізують стигму та дискримінацію у суспільстві. Вони також зменшують ризик порушення прав людини, що може спостерігатися у психіатричних інституціях та інтернатах.

Первинна медична допомога у галузі психічного здоров'я є фінансово доступнішою та економічно ефективнішою.

Послуги, які особам із психічними розладами на рівні первинної ланки медичної допомоги є економічно доступнішими, ніж лікування у психіатричному стаціонарі. Суттєво менше коштів затрачається на лікування надаються з бюджету. Пацієнти та члени їхніх сімей не витрачають додаткові кошти на пошук фахівців та транспорт. Таким чином, лікування поширених психічних розладів є економічно ефективнішим, а інвестиції з боку держави можуть бути використані більш раціонально.

Первинна медична допомога у сфері психічного здоров'я сприяє кращим результатам лікування.

Більшість людей, які страждають психічними розладами та отримують допомогу на первинній ланці системи охорони здоров'я, мають добрі результати лікування за умови налагодженої мережі послуг на вторинному рівні надання медичної допомоги та у громаді.

Соціальне та економічне навантаження, пов'язане з психічними розладами.

Психічні розлади поширені в усіх суспільствах. Людина, яка страждає психічним захворюванням, потребує тривалого лікування та реабілітації. Близьке

оточення пацієнта (батьки, родичі) також залучені у лікувальний та реабілітаційний процес. Це потребує значного соціального ресурсу, що позначається на економіці суспільства в цілому та матеріального.

В Україні має місце проблема кадрового забезпечення системи охорони психічного здоров'я, що визначає необхідність змін з метою забезпечення населення якісною допомогою відповідно до протоколів (в тому числі посилення ролі соціальних працівників, ерготерапевтів, психологів та психотерапевтів у наданні допомоги, впровадження спеціалізації медичних сестер у сфері психічного здоров'я тощо).

[За матеріалами World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca) 2008. Переклад Інституту Психічного Здоров'я Українського Католицького Університету, 2017].

Враховуючи проблеми кадрового забезпечення системи охорони психічного здоров'я, з метою забезпечення населення якісною допомогою відповідно до протоколів, на кафедрі громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету проходять навчання здобувачі освіти за спеціальністю «Соціальна робота», бакалаври за спеціальність «Медсестринство», студенти шостого курсу медичних факультетів в програму навчання яких введена тема «Охорона психічного здоров'я».

Література:

1. Громадське здоров'я : підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, Т.С. Грузева [та ін.]. – Вид.3. – Вінниця : Нова Книга, 2013. – С. 163–166.

2. Психіатрія і наркологія: підручник для студ. вищих мед. навч. Закладів/ В.Л. Гавенко, чл. кор. В.С.Бітенський, В.А. Абрамов [та ін.] – 2-ге вид., перероблен. і допов. К.: ВСВ «Медицина», 2015. 512 с.

3. Психіатрія та наркологія в загальній медичній практиці: навч. посіб. / Г.М. Кожина, Н.О. Марута, Л.М. Юр'єва та ін. К.: ВСВ «Медицина», 2019. – 344 с.

4. Матеріалами World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca) 2008. Переклад Інституту Психічного Здоров'я Українського Католицького Університету, 2017.

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ВИТРАЧЕНОГО ЧАСУ БРИГАДАМИ ЕКСТРЕНОЇ (ШВИДКОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ГОСТРОМУ КОРОНАРНОМУ СИНДРОМІ БЕЗ ЕЛЕВАЦІЇ СЕГМЕНТА ST

*Забашта В.Ф., КНП Харківської обласної ради
«Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»;
Федак Б.С., Лобова І.О., Навчально-науковий
медичний інститут НТУ «ХПІ», м. Харків*

Важливу роль у якості надання медичної допомоги хворим з гострим коронарним синдромом (ГКС) відіграє термін госпіталізації пацієнтів від початку виникнення захворювання. Так, відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим з ГКС без елевації сегменту ST, пацієнтів необхідно госпіталізувати протягом 90–120 хв до спеціалізованого стаціонару

[1]. Саме тому при проведенні обстеження та діагностики у пацієнтів з підозрою на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) перед бригадою екстреної (швидкої) медичної допомоги (Е(Ш)МД) постає завдання максимально зберегти час «вікна терапевтичних можливостей».

Основні напрямки догоспітальної допомоги полягають у швидкому розпізнаванні ГІМ, стабілізації стану хворого та його швидкому транспортуванні до відповідної лікувальної установи. Проміжок часу від появи перших симптомів інфаркту до прибуття пацієнта у приймальне відділення лікарні є одним із значущих чинників, що впливають на перебіг ГІМ при подальшому лікуванні, тому надзвичайно важливим завданням на цьому етапі постає зменшення втрат часу [1, 2].

З метою здійснення аналізу витрат часу на виконання пунктів протоколу надання допомоги при ГКС без елевації сегмента ST нами проведено анкетне опитування 85 лікарів медицини невідкладних станів, які працюють у Харківському обласному Центрі екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Запропонована анкета враховувала особливості діагностики ГКС та складалась із двох частин: перша – інформаційна – включала інформацію про респондента (вік, стать, спеціальність, стаж роботи за спеціальністю, категорію тощо), друга частина – змістовна – містила таблицю з переліком діагностичних заходів, які потрібно було оцінити за параметрами витрат часу на виконання кожного з пунктів протоколу надання допомоги хворим з ГКС без елевації сегмента ST на етапі безпосереднього перебування на виклику

Узагальнення відомостей про респондентів, які взяли участь у дослідженні, дозволило визначити їхні загальні характеристики. Так, 39 % респондентів мали стаж роботи за спеціальністю понад 20 років, 24 % – від 10 до 20 років стажу, 37 % – до 10 років, що свідчить про високу досвідченість опитаних лікарів.

За результатами проведеного дослідження встановлено, що загальною тенденцією були найменші витрати часу на виконання окремих завдань лікарями, які мали середній стаж роботи на швидкій допомозі (від 10 до 20 років), дещо більші – лікарями, які мали найбільший стаж роботи (понад 20 років), і найбільші – у лікарів з найменшим стажем роботи (до 10 років). Загалом, відмінності між старшою і середньою групами були менш суттєвими, ніж між молодшою і середньою.

Так, на етапі безпосереднього надання допомоги для показника «Встановити точний час від початку нападу болю в грудях та його тривалість» у всіх працівників зі стажем роботи на швидкій допомозі до 10 років (група С1) середній час виконання склав $23,5 \pm 52,5$ сек., для працівників зі стажем роботи від 10 до 20 років (група С2) – $11,1 \pm 8,2$ сек., і для працівників зі стажем роботи понад 20 років (група С3) – $13,7 \pm 10,3$ сек., рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні груп С1 і С2 склав $p=0,419$, при порівнянні груп С1 і С3 $p=0,781$, і при порівнянні груп С2 і С3 $p=0,277$; для показника «Встановити характер болю, його локалізацію та іррадіацію» – відповідно $16,2 \pm 18,4$ сек., $10,7 \pm 6,9$ сек. і $14,0 \pm 9,7$ сек., $p=0,600$, $p=0,509$, і $p=0,215$; для показника «Встановити, чи була спроба зняти біль нітрогліцерином» – відповідно $8,2 \pm 6,2$ сек., $7,1 \pm 5,8$ сек. і $10,1 \pm 8,4$ сек., $p=0,212$, $p=0,637$, і $p=0,162$; для показника «Встановити, за яких умов виникає біль - чи пов'язаний він з фізичним, психоемоційним навантаженням» – відповідно $13,3 \pm 13,9$ сек., $8,5 \pm 4,3$ сек. і $15,0 \pm 12,3$ сек.,

$p=0,241$, $p=0,214$, і $p=0,024$; для показника «З'ясувати, чи виникали напади болю або задухи при ходьбі, чи примушували зупинятися, їх тривалість у хвилинах. Чи знімались ці напади нітроглицерином» – відповідно $14,7\pm 12,1$ сек., $9,0\pm 4,5$ сек. і $16,3\pm 12,3$ сек., $p=0,087$, $p=0,482$, і $p=0,014$; для показника «Чи схожий цей напад болю або задухи на ті відчуття, що виникали раніше при фізичному навантаженні за локалізацією та характером» – відповідно $32,4\pm 92,1$ сек., $9,4\pm 6,3$ сек. і $13,9\pm 9,1$ сек., $p=0,807$, $p=0,210$, і $p=0,103$; для показника «Чи посилювся та частішав біль останнім часом. Бажано зазначити, чи змінилась толерантність до навантаження, чи збільшилась потреба у нітратах» – відповідно $43,9\pm 87,9$ сек., $8,8\pm 3,9$ сек. і $18,4\pm 16,1$ сек., $p=0,148$, $p=0,686$, і $p=0,026$; для показника «Встановити, які ЛЗ приймає пацієнт щоденно» – відповідно $83,3\pm 176,6$ сек., $15,3\pm 12,1$ сек. і $23,5\pm 20,6$ сек., $p=0,083$, $p=0,868$, і $p=0,041$; для показника «З'ясувати, які ЛЗ пацієнт прийняв до прибуття бригади Е(Ш)МД» – відповідно $45,0\pm 86,3$ сек., $13,3\pm 11,7$ сек. і $16,7\pm 12,7$ сек., $p=0,572$, $p=0,925$, і $p=0,331$; для показника «З'ясувати наявність факторів ризику серцево-судинних захворювань: артеріальна гіпертензія, цукровий діабет. Виявити в анамнезі інші супутні захворювання: порушення ритму серця, порушення мозкового кровообігу, онкологічних захворювань, виразкової хвороби шлунку та 12-палої кишки, захворювань крові та наявність у минулому кровотеч, ХОЗЛ, тощо» – відповідно $77,0\pm 111,0$ сек., $46,5\pm 66,6$ сек. і $59,4\pm 55,2$ сек., $p=0,097$, $p=0,889$, і $p=0,016$; для показника «Зібрати загальний алергологічний анамнез та з'ясувати, чи є алергічні реакції на прийом лікарських засобів» – відповідно $22,1\pm 22,0$ сек., $13,0\pm 6,8$ сек. і $22,9\pm 15,3$ сек., $p=0,276$, $p=0,168$, і $p=0,005$; для показника «Оцінка загального стану та життєво важливих функцій: свідомості, дихання, кровообігу за алгоритмом ABCDE» – відповідно $30,3\pm 52,3$ сек., $14,6\pm 9,5$ сек. і $15,6\pm 10,8$ сек., $p=0,177$, $p=0,182$, і $p=0,662$; для показника «Відповідно до показань усунути порушення життєво важливих функцій організму - дихання, кровообігу» – відповідно $137,6\pm 132,1$ сек., $79,9\pm 80,7$ сек. і $87,7\pm 92,6$ сек., $p=0,254$, $p=0,403$, і $p=0,746$; для показника «Колір шкірних покривів, вологість, наявність набухання шийних вен» – відповідно $21,3\pm 54,8$ сек., $6,4\pm 3,3$ сек. і $18,3\pm 29,3$ сек., $p=0,047$, $p=0,567$, і $p=0,021$; для показника «Вимірювання артеріального тиску на обох руках» – відповідно $95,8\pm 115,0$ сек., $53,3\pm 30,1$ сек. і $78,4\pm 33,0$ сек., $p=0,196$, $p=0,396$, і $p=0,008$; для показника «Перкусія серця: звернути увагу на наявність збільшення границь серцевої тупості» – відповідно $92,5\pm 96,9$ сек., $30,0\pm 21,3$ сек. і $37,1\pm 23,5$ сек., $p=0,005$, $p=0,012$, і $p=0,200$; для показника «Пальпація серця: оцінити верхівковий поштовх та його локалізацію» – відповідно $40,8\pm 61,9$ сек., $21,2\pm 20,1$ сек. і $32,1\pm 28,3$ сек., $p=0,381$, $p=0,189$, і $p=0,038$; для показника «Аускультация серця та судин: оцінити тони та наявність шумів, наявність III тону серця або IV тону серця; ритмічність серцевих скорочень» – відповідно $69,7\pm 72,4$ сек., $52,4\pm 43,2$ сек. і $58,9\pm 43,2$ сек., $p=0,688$, $p=0,952$, і $p=0,737$; для показника «Пульс, його характеристика» – відповідно $30,5\pm 26,4$ сек., $30,9\pm 21,3$ сек. і $32,4\pm 21,5$ сек., $p=0,670$, $p=0,397$, і $p=0,770$; для показника «Частота дихання, його характеристика» – відповідно $40,2\pm 27,1$ сек., $28,9\pm 23,3$ сек. і $32,5\pm 21,2$ сек., $p=0,107$, $p=0,359$, і $p=0,329$; для показника «Аускультация легень: наявність хрипів» – відповідно $66,4\pm 75,5$ сек., $62,3\pm 44,4$ сек. і $53,5\pm 43,3$ сек., $p=0,457$, $p=0,868$, і $p=0,360$; для показника «Пальпація органів черевної порожнини: збільшення печінки» – відповідно $64,0\pm$

46,7 сек., $48,8 \pm 50,3$ сек. і $47,3 \pm 34,7$ сек., $p=0,135$, $p=0,405$, і $p=0,150$; для показника «Реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях або передача біометричних ЕКГ-сигналів у консультативний телеметричний центр для вирішення термінових питань інтерпретації ЕКГ» – відповідно $275,9 \pm 208,5$ сек., $106,8 \pm 113,0$ сек. і $185,5 \pm 101,3$ сек., $p=0,000$, $p=0,185$, і $p=0,001$; для показника «У разі, коли на початку клінічних проявів ГІМ відсутні електрокардіографічні ознаки, реєстрацію ЕКГ необхідно повторити з інтервалом 20-30 хвилин» – відповідно $307,7 \pm 214,7$ сек., $64,8 \pm 72,5$ сек. і $117,4 \pm 98,4$ сек., $p=0,000$, $p=0,000$, і $p=0,039$; для показника «Пульсоксиметрія» – відповідно $20,4 \pm 28,2$ сек., $17,9 \pm 9,6$ сек. і $18,6 \pm 10,6$ сек., $p=0,135$, $p=0,089$, і $p=0,924$; для показника «Проведення стратифікації ризику по первинним, вторинним факторам ризику та шкалою GRACE з метою оптимізації плану транспортування пацієнта» – відповідно $102,6 \pm 139,4$ сек., $33,0 \pm 25,7$ сек. і $63,9 \pm 31,0$ сек., $p=0,008$, $p=0,730$, і $p=0,000$; для показника «Положення пацієнта лежачи з піднятою злегка головою. Обмежити фізичне навантаження, забезпечити повний психологічний спокій» – відповідно $44,8 \pm 63,4$ сек., $31,7 \pm 40,1$ сек. і $41,4 \pm 35,4$ сек., $p=0,773$, $p=0,200$, і $p=0,094$; для показника «Оксигенотерапія» – відповідно $135,8 \pm 217,5$ сек., $21,7 \pm 15,8$ сек. і $45,1 \pm 50,0$ сек., $p=0,006$, $p=0,401$, і $p=0,005$.

Таким чином, аналіз показників витраченого часу дій бригади Е(Ш)МД при ГКС без елевації сегмента ST безпосередньо на виклику показав, що найменший час надання медичної допомоги у лікарів з середнім стажем роботи на швидкій допомозі (від 10 до 20 років), дещо більший – у лікарів з тривалим (понад 20 років) стажем роботи, і найбільший – у лікарів з невеликим (до 10 років) стажем роботи на швидкій допомозі.

Література:

1. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гострому коронарному синдромі без елевації сегмента ST : Наказ МОЗ України від 03.03.2016 № 164. URL: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160303_0164.html.

2. Гандзюк В.А., Грузева Т.С. Епідемія серцево-судинних захворювань на глобальному, регіональному та національному рівні. Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. 2016. №1 (26). С. 62–63.

НАПРЯМКИ ОПТИМІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ З ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я КОНТИНГЕНТІВ, ПРАЦЮЮЧИХ НА ПРОМИСЛОВИХ ПІДПРИЄМСТВАХ

*Щербань М.Г., Мельник О.Г., Науково-дослідний інститут гігієни праці
та профзахворювань, ХНМУ, м. Харків*

Світлої пам'яті блискучого педагога, науковця, прекрасної людини, професора Н.О. Галічевої, яка, як організатор охорони здоров'я, як лікар-епідеміолог у бувшій своїй практичній діяльності, вчила завжди дбати про профілактику захворюваності всіх верств населення, що повинно бути основою діяльності наукових і практичних установ та закладів медичного профілю.

Всі напрямки діяльності НДІ ГП та ПЗ, клініки професійних хвороб спрямовані саме на розробку наукових гігієнічних та клінічних заходів з профілактики захворюваності контингентів працюючих на підприємствах різних галузей про-

мисловості на основі глибокого вивчення та оцінки умов праці, визначення шкідливих виробничих факторів, оптимізації технологічних процесів, розробки нормативів та стандартів, а також фундаментального вивчення структурно-метаболических механізмів розвитку професійної патології в організмі працюючих у процесі надання високоспеціалізованої медичної допомоги: діагностика, лікування, вирішення експертних питань, які пов'язані з встановленням зв'язку захворювання з умовами праці у осіб, які працюють у шкідливих умовах, а також надання загальносоматичної допомоги.

Сьогодні на порядку денному нашої поточної діяльності стоїть необхідність рішення низки задач та проблем, пов'язаних з відродженням наукового потенціалу установи, розвитком та поглибленням гігієнічних та клінічних досліджень, укріпленням науково-методичної та матеріально-технічної бази, підбором наукових кадрів та багато іншого, що на сучасному періоді є типовим для більшості науково-клінічних установ медичного профілю країни. Проблему відродження наукового потенціалу нашої установи ми вирішуємо на основі тісного творчого співробітництва, перш за все, з кафедрами рідного ХНМУ.

Так, сьогодні науково-практичною, клінічною та навчально-методичною базовою основою наукової та клінічної діяльності НДІ ГП та ПЗ та клініки професійних хвороб є кафедра внутрішніх та професійних хвороб.

Кафедра є джерелом, що генерує та впроваджує в практику роботи інституту сучасні інноваційні наукові розробки, серед яких провідне місце займають проблеми промислової кардіології, вивчення впливу на організм на робітників машинобудування промислового аерозолі і вібрації.

Розробляються фундаментальні питання структурно-метаболических механізмів та клінічних особливостей перебігу серцево-судинної патології в різних професійних групах, взаємозв'язок профзахворювань з артеріальною гіпертензією, атеросклерозом, ішемічною хворобою серця.

Зокрема, на протязі останнього десятиріччя кафедрою розробляється складна комплексна науково-практична клінічна програма «Боротьба із артеріальною гіпертензією в організованій популяції (промисловості) м. Харкова».

Слід зазначити, що, завдяки цим розробкам, сьогодні науково-клінічна скарбниця професійної патології України, збагатилася новою методологією активного виявлення серед контингенту працюючих на промпідприємствах осіб, які страждають на артеріальну гіпертензію, проведення своєчасного та ефективного їх лікування та профілактики.

Ці розробки дозволили науково обґрунтувати та розробити систему лікувально-профілактичних заходів як у Харківському, так і в інших регіонах України, щодо виявлення чинників, ранньої діагностики, методів ефективного лікування та корекції і профілактики захворювань. Ця лікувально-профілактична система отримала високу оцінку щодо медичної, соціальної та економічної ефективності.

В рамках лікувально-діагностичної роботи колектив кафедри впроваджує в практику новітні методи діагностики, лікування і профілактики внутрішніх та професійних хвороб.

У структурі НДІ ГП та ПЗ на базі кафедри гігієни та екології № 1 успішно функціонує лабораторія клінічної профпатології та психофізіологічної експертизи клініки професійних хвороб, в.о. керівника якої є кандидат медичних наук, доцент О.В. Григорян.

Лікарі клініки професійних хвороб забезпечують проведення великого обсягу робіт з проведення медоглядів працюючих на промислових підприємствах.

Директор клініки, кандидат медичних наук О.Г. Мельник та кандидат медичних наук О.В. Григорян спільно з лікарями постійно забезпечують та надають глибокий аналітичний науковий супровід результатам медоглядів, що є важливим інноваційним науковим продуктом НДІ ГП та ПЗ та клініки професійних захворювань з проблем розробки нових наукових напрямків ранньої діагностики бронхолегеневих захворювань, захворювань на коронавірус, а також проблем профвідбору працівників на роботах зі шкідливими умовами.

З кафедрою мікробіології, вірусології та імунології імені професора Д.П. Гриньова ХНМУ планується проведення спільних досліджень з проблем діагностики та лікування професійних захворювань із наявністю запального патогенетичного синдрому, а також бронхолегеневої та ковід-патології.

У перспективі з кожною кафедрою ХНМУ, що розташовані на базі НДІ ГП та ПЗ, буде відпрацьований конкретний напрямок науково-творчого співробітництва.

Продовжуємо укріплювати творчі науково-практичні зв'язки з науковими установами, кафедрами інших ВНЗ, адміністраціями, громадськими та ветеранськими організаціями з проблем розвитку та укріплення власного науково-практичного потенціалу.

Так, спільно з кафедрою інфокомунікаційної інженерії Харківського національного університету радіоелектроніки розробляємо проблему використання математичного методу у психофізіологічній діагностиці та ранній діагностиці бронхолегеневої патології та коронавірусу.

З кафедрою метрології та життєдіяльності Харківського національного автомобільного університету заплановано проведення спільних досліджень з проблеми використання комплексу методів та критеріїв оцінки факторів ризику щодо здоров'я контингенту працюючих, діяльність яких пов'язана з експлуатацією електричного та гібридного транспорту. Обговорюється можливість створення у перспективі спільної лабораторії електромагнітних досліджень.

Серед перспективних творчих напрямків розвитку наукової діяльності НДІ ГП та ПЗ і клініки професійних захворювань планується співпраця з НДІ експериментальних та клінічних досліджень ХНМУ.

Планується також впровадження та розвиток медико-генетичних досліджень на основі співпраці з ЦНДЛ ХНМУ та міжобласним спеціалізованим медико-генетичним Центром і кафедрою медичної генетики, а також з рядом інших наукових установ за різними напрямками діяльності.

Безумовно, ми розуміємо, що реалізація всіх наших намірів і планів можлива при умові наявності договорів з промисловими підприємствами та різними установами на надання їм платних послуг.

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ФАРИНГІТУ ТА АНГІНИ У ДІТЕЙ У РІЗНИХ КРАЇНАХ СВІТУ

Самусенко С.О.,

Харківська міська отоларингологічна клінічна лікарня № 30,

Харківська медична академія післядипломної освіти

Шевченко О.С., ХНМУ

Харківський Регіональний Інститут Проблем Громадської Охорони Здоров'я,

м. Харків

Інфекційні лор-захворювання – головна причина звернення за первинною медичною допомогою у світі. Під час пандемії COVID-19 з переважною легеневою формою, актуальність не втрачають фарингіти та ангіни іншої етіології. Дослідники різних країн доповідають про досвід лікування цих захворювань у відповідності до національних протоколів та ініціатив органів управління охороною здоров'я. Ми проаналізували публікації PubMed останніх років з досвіду лікування фарингіту та ангіни у Канаді, Новій Зеландії, Великобританії, Австралії, Німеччині, Швеції та США.

Більшість фарингітів викликані вірусами, але за 20–40 % випадків відповідають стрептококи групи А. В останньому випадку їх слід лікувати антибіотиками: задля запобігання гнійним ускладненням, гострій ревматичній лихоманці, для прискорення одужання, зменшення заразності та поширення збудників хвороби. До призначення антибіотиків має бути проведений тест на чутливість флори, який у лабораторних умовах триває 24–72 години, що може затримувати початок лікування. У дослідженні Pernica J.M. et al. (2021) [1] показано, що багато лікарів Канади виписують дітям 3–17 років з фарингітом рецепт на антибіотики, але рекомендують очікувати дзвінка лікаря про результати лабораторного дослідження. Натомість деякі батьки (опікуни дитини) купляють антибіотики до дзвінка лікаря, або після повідомлення про негативний результат. Лікарі мають витратити час на дзвінки, що відволікає їх від пацієнтів з іншими гострими хворобами. Деякі батьки (опікуни) недоступні за спроби додзвонитися. Частково проблему вирішує дозволений у Канаді експрес-тест на антигени стрептококу групи А "Abbott ID NOW Strep A2", який має чутливість 98,5 % і специфічність щонайменше 93,4 %, виконується протягом 3–6 хвилин, враховуючи час документування результату. Його використання, на думку дослідників, економічно виправдане та збільшує задоволеність від наданої педіатричної допомоги у лікарнях Канади як батьків (опікунів), так і лікарів. Зменшується кількість візитів до лікарів, кількість годин догляду за хворою дитиною за рахунок робочого часу батьків, у зв'язку з більш ранім початком лікування та отриманням батьками (опікунами) чіткої інформації щодо діагнозу, зменшується кількість випадків невикористання антибіотиків, що важливо як з точки зору подальшої резистентності флори до антибіотиків, так і з точки зору вартості придбання антибіотиків. Зменшується час перебування пацієнтів на прийомі у лікаря, що особливо важливо під час пандемії COVID-19. У дослідженні виявлена відповідальність батьків (опікунів) за виконання рекомендацій лікаря та повідомлення достовірних результатів на рівні 85 %.

У дослідженні Shetty A. et al. (2018) [2], проведеному в університеті Окленду (Нова Зеландія), для виконання національної програми зменшення захворюваності дітей та юнаків народності маорі на гостру ревматичну лихоманку вивчали практику лікування фарингіту та ангіни, викликаних стрептококом групи А. Дослідження стосувалося пацієнтів у віці 3–20 років, які мали лабораторно підтверджений фарингіт, що викликав гостру ревматичну лихоманку. Незважаючи на наявність сучасного національного протоколу лікування, збільшення більше ніж у двічі кількості мазків з горла за період з 2012 до 2016 рр., дослідники визнали практику надання допомоги незадовільною, що пов'язали з неадекватною антибіотикотерапією (лікуванням без рецептів, недостатньою тривалістю лікування). Різні етнічні групи регіону Нортленд (маорі та не маорі) мали різні рівні захворюваності (78 та 4,6 на 100 000 дітей на рік відповідно) та різний доступ до медичної допомоги (корінне населення мало гірший доступ). Доступ до обстеження (мазків з горла) та лікування (з використанням амоксициліну один раз на день протягом 10 днів) був покращений завдяки роботі лікарів загальної практики та шкільних медсестер, покращення програм безперервної освіти лікарів та фінансування державою антибіотиків (пеніцилінів, еритроміцинів, амоксициліну з клавулоновою кислотою, кліндаміцину та ін.).

За даними багатокогортного дослідження Walsh L. et al. (2020) [3], за результатами введення шкільних програм профілактики гострої ревматичної лихоманки з мазками з приводу ангіни у Новій Зеландії (2011–2018 рр.) захворюваність зменшилась на 60 %, зі 148 до 59 на 100 000 на рік [RR=0,40÷0,52; 95 % ДІ 0,22(0,27)÷0,73(0,99); P=0,002÷0,044]. Натомість у двох когортах захворюваність подвоїлася у учнів маорі, які одержують лише медичну допомогу без шкільних програм: від 30 до 69/100.000/рік [RR=2,71; 95% ДІ 1,00÷7,33; P=0,0405].

За результатами перехресного дослідження у п'яти країнах з високим рівнем прибутків населення (Австралії, Германії, Швеції, Великобританії та США) Gunnarsson R. et al. (2020) [4] виявили розбіжності у лікуванні пацієнтів з гострим болем у горлі. Антибіотики за неускладненої ангіни отримували 40–86 % пацієнтів. Дослідники також підкреслюють, що призначення антибіотиків знижували ризики гострої ревматичної лихоманки та гнійних ускладнень, але підвищували частоту побічних ефектів та антибіотикорезистентність. Думка батьків (опікунів дітей) щодо призначення антибіотиків формувалася за рахунок інформації від друзів, родичів, преси, соціальних мереж, Інтернет-ресурсів, урядових інформаційних кампаній, та впливала на виконання ними рекомендацій лікаря щодо призначення антибіотиків. Була встановлена кореляція між частотою відвідання лікаря та призначенням антибіотиків. З боку лікарів загальної практики були зафіксовані суб'єктивні причини призначення або не призначення антибіотиків: інтерпретація даних медичної літератури, власне розуміння користі та шкоди антибіотиків, досвід роботи з попередніми пацієнтами, страх перед судовим розглядом, бажання задовольнити очікування пацієнта та фінансовий інтерес. Дослідники наголошують, що прагматична користь лікаря часто переважає доступні дані доказової медицини. Навіть серед лікарів одного фаху однієї країни частота призначення антибіотиків з неускладненою ангіною може відрізнятись удвічі. При цьому слід зважати на скромну короткочасну доведену вигоду від вживання антибіотиків за неускладненої ангіни.

Між країнами існує різниця у оцінках важливості результатів мазку з горла, показників крові (ШОЕ, кількості В-лейкоцитів та С-реактивного білку), що також впливає на призначення антибіотиків відповідно до національних медичних настанов. Найменше значення мазкам з горла надавали лікарі Великобританії [OR=0,15; 95 % ДІ 0,077÷0,29; P<0,001], Німеччині [OR=0,20; 95 % ДІ 0,11-0,35; P<0,001] та Австралії [OR=0,40; 95 % ДІ 0,15÷0,55; P<0,001], порівняно з лікарями Швеції та США. Аналіз крові найбільш важливим критерієм для призначення антибіотиків вважали лікарі Німеччини [OR=7,3; 95 % ДІ 4,4÷12,0; P<0,001] та Австралії [OR=2,3; 95 % ДІ 1,4÷3,8; P<0,001]. Найчастіше за відсутності зростання потенційно патогенних бактерій з мазків з горла призначали антибіотики лікарі з Великобританії, а лікарі з Німеччини, США та Швеції утримувалися. Результат багатofакторного аналізу враховував як керівні принципи національних медичних настанов, так і їх сприйняття лікарями цих країн. Автори висловлюють думку про необхідність стандартизації протоколів різних країн щодо надання допомоги пацієнтам з неускладненою ангіною.

Таким чином, існують об'єктивні підстави для призначення антибіотиків лікарями різних країн дітям з фарингітом та ангіною, які закріплені у національних медичних протоколах. Але часто антибіотики призначаються відповідно до суб'єктивної прагматичної зацікавленості лікаря та сприйняття його рекомендацій батьками (опікунами дитини). Призначення антибіотиків зменшує ризики гнійних та ревматичних ускладнень, але підвищує ризики побічної дії та антибіотикорезистентності. Вдалою можна визнати ініціативу уряду Нової Зеландії залучити до діагностики ангіни у корінного населення шкільних медичних сестер. Стандартизація протоколів лікування може сприяти зменшенню зайвого призначення антибіотиків за наявності фарингіту та ангіни, та зменшить зростання антибіотикорезистентності.

Література:

1. Pernica JM, Smaill F, Kam AJ, Bartholomew A, Doan Q, Smieja M, Khan S, Sung M, Thabane L, Goldfarb DM. Single-centre, open-label, randomised, trial to compare rapid molecular point-of-care streptococcal testing to standard laboratory-based testing for the management of streptococcal pharyngitis in children: study protocol. *BMJ Open*. 2021;11(8):e047271. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-047271. PMID: 34380724.
2. Shetty A, Mills C, Eggleton K. A repeat audit of primary care management of group A streptococcal pharyngitis in Northland, New Zealand 2016. *J Prim Health Care*. 2018;10(1):18–24. DOI: 10.1071/HC17056. PMID: 30068447.
3. Walsh L, Innes-Smith S, Wright J, Michniewicz T, Tozer M, Humby J, Ngata R, Lennon D, Scott-Jones J, Malcolm J. School-based Streptococcal A Sore-throat Treatment Programs and Acute Rheumatic Fever Amongst Indigenous Māori: A Retrospective Cohort Study. *Pediatr Infect Dis J*. 2020;39(11):995–1001. DOI: 10.1097/INF.0000000000002770. PMID: 32502125; PMCID: PMC7556236.
4. Gunnarsson R, Ebell MH, Wächtler H, Manchal N, Reid L, Malmberg S, Hawkey S, Hay AD, Hedin K, Sundvall PD. Association between guidelines and medical practitioners' perception of best management for patients attending with an apparently uncomplicated acute sore throat: a cross-sectional survey in five countries. *BMJ Open*. 2020;10(9):e037884. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-037884. PMID: 32948565; PMCID: PMC7500311.

ОРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ: МАРШРУТИЗАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ

*Скрипнікова О.С., Національний університет
«Києво-Могилянська академія», м. Київ*

Актуальність. Проблеми високого рівня захворюваності та смертності від онкологічних захворювань є дуже актуальними для всіх країн світу, в першу чергу для економічно розвинених. За даними, представленими на платформі The Global Cancer Observatory Всесвітньої організації охорони здоров'я, загальна смертність у світі від онкологічних захворювань становила 9,9 млн осіб в 2020 р. [3]. Онкологічні захворювання все ще залишаються однією з основних причин смертності в більшості розвинених країн світу, зокрема в Україні [2]. Так, у 2020 р. в Україні в закладах охорони здоров'я на обліку перебувають більше 1 млн онкопацієнтів [1]. Крім того, смертність від раку залишається на високому рівні, а співвідношення кількості померлих і первинних хворих становить 1:2 [1, с. 5]. Таким чином онкологічні захворювання досі залишаються проблемою для системи охорони здоров'я України, актуальність якої визначається постійним підвищенням захворюваності населення, труднощами своєчасної діагностики, високою вартістю і складністю лікування, високим рівнем інвалідизації й летальності хворих. Зростання захворюваності та смертності від онкологічних захворювань також різко ставить проблему залученості до ранньої діагностики цільового населення України та покращення системи ведення пацієнтів з онкологічними захворюваннями задля отримання кращих та практично корисних послуг під час діагностики, лікування та реабілітації. Отже, надзвичайно важливо покращити ранню діагностику онкологічних захворювань та оптимізувати маршрутизацію онкопацієнтів в Україні.

Мета. Дослідити та проаналізувати організацію онкологічної допомоги в Україні та розробити науково-обґрунтовані напрями її удосконалення в контексті маршрутизації пацієнтів.

Матеріали і методи. Відповідно до вищезазначених цілей були застосовані як якісні, так і кількісні методи дослідження. Якісні методи, такі як напівструктуровані інтерв'ю з онкологами (N=5), були використані для виявлення основних проблем допомоги пацієнтам з онкологічними захворюваннями та залученості населення до скринінгових програм в Україні. Було також застосовано кількісні методи дослідження як анкетування серед лікарів первинної медичної допомоги – ПМД (N=132) для оцінки знань та практики щодо ранньої діагностики та введення пацієнтів з онкологічними захворюваннями в Україні та серед онкопацієнтів (N=126) для визначення проблем, з якими стикаються пацієнти в Україні під час діагностики, лікування та реабілітації, в тому числі ефективності програми медичних гарантій. Інформована згода від учасників дослідження була отримана до початку опитування або інтерв'ю.

Результати. Первинні результати опитування показали, що 54,5 % (N=72) опитуваних лікарів ПМД обізнані щодо скринінгових програм, які програми існують в Україні та чи передбачено інструментальні дослідження для раннього виявлення раку програмою медичних гарантій. Більшість опитаних лікарів ПМД 90,2 % (N=119) зазначили, що інформують своїх пацієнтів про онкоскринінги та

послуги, які входять до програми медичних гарантій. Заразом під час опитування онкопацієнтів було виявлено, що 93,6 % (N=118) знають про онкоскринінги та послуги, які входять до програми медичних гарантій, однак 76,9 % (N=97) з цих пацієнтів дізналися про державні програми або безоплатні послуги або самі, або через групи підтримки онкопацієнтів у соціальних мережах, або за допомогою волонтерів громадських організацій, наприклад, ГО «Афіна. Жінки проти раку», а 16,7 % (N=21) онкопацієнтів – від лікарів ПМД та онкологів. Крім того, було отримано дані, що 44 % (N=33) пацієнтів з підозрою на онкологічне захворювання не зверталися до лікарів ані ПМД, ані СМД, тобто проходили обстеження без направлення лікаря, а через самозвернення. Також хоч 86,4 % (N=114) лікарів ПМД знають пацієнтів, і з яким анамнезом, і куди направляти на онкоскринінг, тільки у 59 % (N=78) лікарів ПМД є затверджений маршрут пацієнта у випадку підозри на онкологічне захворювання. Власне пацієнти повертаються до свого лікаря ПМД з результатами онкоскринінгу або обстеження тільки у 18,9 % випадках. Передбачається, що подальші результати опитування покажуть актуальні проблеми у наданні медичної допомоги пацієнтам з онкологічними захворюваннями на різних рівнях медицини, в тому числі дійсну маршрутизацію пацієнтів з онкологічними захворюваннями.

Висновки. Первинні результати опитування основних груп стейкхолдерів, залучених до лікування онкопацієнтів, показали, що наразі в Україні є проблема з інформуванням онкопацієнтів щодо послуг, які передбачені програмою медичних гарантій та є потреба у затвердженому маршруті пацієнта у випадку підозри на онкологічне захворювання. Тобто поточні методи та шляхи ведення онкопацієнтів потребують перегляду.

Література:

1. Рак в Україні: захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюлетень Національного канцер-реєстру України №22. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_22/index.htm (дата звернення: 03.05.2021).
2. Statista. State of Health. Global health Statistics & Facts <https://www.statista.com/topics/4274/global-health/> (дата звернення: 14.09.2021)
3. The Global Cancer Observatory <https://gco.iarc.fr/> (дата звернення: 16.05.2021).

ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ЯК МАРКЕР ЗМІН В ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ШКОЛЯРІВ

Меркулова Т.В., ХНМУ,

Пересипкіна Т.В., ХНУ імені В.Н. Каразіна, м. Харків

За визнанням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) здоров'я дітей і підлітків складає фундаментальну основу для формування громадського здоров'я країни в цілому, а від так вони є контингентом з найвищим коефіцієнтом ефективності дії профілактичних програм [1, 2]. Серед причин несприятливих змін стану здоров'я дітей істотний негативний вплив мають соціальні фактори. Проблеми загострюються в шкільні роки, коли нераціональне учбове навантаження та незадовільні санітарно-гігієнічні умови навчання, відсутність системного підходу до фізичного та гігієнічного виховання, нераціональне харчування

сприяють дисгармонійності розвитку, нервово-психічному перенапруженню, соціально-психічній дезадаптації та захворюванням [3].

Аналіз даних Центру медичної статистики МОЗ України показав, що за період 2001–2017 рр. в Україні визначено зростання показника поширеності хвороб на 6,5 % серед дітей 7–14 років, та на 46,6 % серед підлітків 15–17 років. Провідними у структурі є хвороби органів дихання, травлення, ока та придаткового апарату, кістково-м'язової та ендокринної систем, розладів харчування. При цьому, спостерігається зростання майже в двічі поширеності за класами новоутворень, крові та кровотворних органів, системи кровообігу, вроджених аномалій та вад розвитку серед дітей в Україні. У Харківському регіоні показники поширеності хвороб є вищими за середній український майже за всіма класами захворювань як серед дітей (1742,2 ‰ в Україні та 2141,0 ‰ в Харківській обл.) так і серед підлітків (2154,5 ‰ та 2822,3 ‰ у Харківській обл.), із збереженням структури хвороб, яка є характерною для України [4, 5].

На підставі розрахованого прогнозу методом часових рядів до 2022 р. очікується зростання показників поширеності за класами хвороб таких як: хвороби системи кровообігу, ока та придаткового апарату, вуха та сосковидного відростка. Шанси виникнення хвороб вище серед підліткового населення у порівнянні із дітьми 7–14 років, достовірно значущими серед них для підлітків в Україні були хвороби сечостатевої системи (OR = 2,8, (95 % ДІ: 1,1–4,5)). Для підлітків у Харківській області – це хвороби ендокринної системи, розлади харчування (OR = 2,7, (95 % ДІ: 1,01–4,3)) та новоутворень (OR = 2,6, (95 % ДІ: 1,23–3,9)).

Таким чином, оцінка показників стану здоров'я дітей в Україні є підґрунтям для запровадження профілактичних заходів щодо попередження поширення неінфекційних захворювань. Оскільки, на думку Європейського регіонального бюро ВООЗ, школи є впливовим середовищем, яке може формувати і підтримувати здоров'я, їх доцільно використовувати для запровадження профілактичних заходів на регіональному рівні із використанням даних оцінки стану здоров'я дітей окремих областей, окремих навчальних колективів [1, 3]. У зв'язку із цим важливим аспектом є перерозподіл пріоритетів державних програм на профілактичний напрямок та промоцію здоров'я в першу чергу серед учнівської молоді. Розуміння питань здоров'я молоддю має бути значно посилене за рахунок певного змісту офіційних навчальних програм. Фізичне середовище навчального закладу може використовуватися для впровадження в життя конкретних дій з охорони і зміцнення здоров'я підростаючого покоління.

Промоція здоров'я у закладах освіти повинна бути спрямована на: визначення основних детермінант здоров'я дітей з подальшою розробкою й затвердженням на державному рівні нових профілактичних програм і здоров'язберігаючих технологій; розробку технологій раннього виявлення порушень здоров'я, їх профілактики та формування прихильності до лікування; зміцнення здоров'я учнів шляхом впливу на його детермінанти і скорочення нерівностей за основними показниками; інформаційно-роз'яснювальну діяльність й суб'єкт орієнтовані технології збереження здоров'я підлітків; впровадження у закладах освіти політики збереження та зміцнення здоров'я усіх учасників освітнього процесу; комунікацію, соціальну мобілізацію зацікавлених сторін для визначення пріоритетів та проведення спільних заходів в інтересах збереження здоров'я підростаючого покоління [5].

Сьогодні в умовах реформування системи охорони здоров'я змін зазнала і система організації медичної допомоги в умовах закладів освіти. Так, як найближча перспективна загроза є плінність медичних кадрів із установ освіти через зниження привабливості медичної роботи в закладах загальної освіти (низька заробітна плата, обмеження можливості щодо підвищення кваліфікації), що сприятиме зниженню доступності медичної допомоги дітям шкільного віку та обмеження профілактичних можливостей охорони здоров'я для дітей в умовах освітніх закладів [6].

Саме тому, доцільним є запровадження принципово нової Концепції розвитку системи шкільної охорони здоров'я, яка має враховувати вітчизняний та європейський досвід, сприяти оптимізації кадрової складової системи медичної допомоги в умовах закладів загальної середньої освіти визначати чітку вертикаль підпорядкованості та функцій для досягнення цілей щодо зміцнення здоров'я дітей закладів загальної середньої освіти; оптимізувати систему моніторингу стану здоров'я та поширеності здоров'я руйнуючої поведінки серед дітей та підлітків, підвищувати можливість проведення орієнтованих на потреби профілактичних заходів та програм; сприяти спрощенню процедури підвищення кваліфікації та компетенцій медичних працівників закладів загальної середньої освіти, удосконаленню системи міжсекторальних зв'язків.

Література:

1. Здоровье–2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века / ЕРБ ВОЗ. Копенгаген : Региональное издательство ВОЗ. 2013. 224 с.
2. Медико-соціальні засади публічного врядування у сфері охорони здоров'я : монографія. [гол. авт. ; за заг. ред. М. М. Білинської. Н. О. Васюк. О. Д. Фірсової]. Київ : НАДУ. 2018. 416 с.
3. Социальные дерминанты здоровья и благополучия подростков. Исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья»: международный отчет по результатам обследования 2009 – 2010 гг. Под ред. С. Сигте и др. Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012. 274 с.
4. Чернов С. І., Вороніна О. О. Оцінка стану охорони здоров'я та рівня медичного страхування у Харківському регіоні. *Соціальна економіка*. 2016. № 2. С. 80–85.
5. Слабкий Г.О., Миронюк В.І., Качала Л.О. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 3(44). С. 24–31.
6. Пересипкіна Т.В., Меркулова Т.В. Медичне забезпечення школярів в системі громадського здоров'я. *Актуальні проблеми педіатрії. Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології* : матеріали XIII Конгресу педіатрів України. Київ, 2018. Т. 12. № 3. С. 52–53.

СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ПІСЛЯ ЗАВЕРШЕННЯ ПЕРШОГО ЕТАПУ РЕФОРМУВАННЯ: ОСНОВНІ ПІДСУМКИ

*Литвинова Л.О., Донік О.М., Гречишкіна Н.В., Національний медичний
університет імені О.О. Богомольця, м. Київ*

Незважаючи на те, що вже другий рік поспіль медичну систему випробовує на міцність пандемія COVID-19, сьомий рік продовжуються бойові дії на сході країни, за рахунок негативного природного приросту зменшується чисельність

населення, зростає смертність, активізується трудова міграція населення за кордон, у тому числі медичного персоналу, особливо середньої кваліфікації, в Україні з 1 квітня 2020 р. стартував другий етап медичної реформи. При цьому фінансове забезпечення галузі за останні 5 років неухильно зростає і у 2020 р. у порівнянні з 2015 р. реальні видатки на охорону здоров'я на душу населення зросли на 20 % та становили 1988 грн на рік [1, с. 4]. Як же змінилася за цей період система охорони здоров'я щодо провідних показників, які характеризують її ресурси та діяльність медичних закладів?

За 5 років забезпеченість населення лікарями зменшилась лише на 5% і становила 36 на 10 тис. населення, однак забезпеченість середнім медичним персоналом скоротилась на 18 % до рівня 66 на 10 тис. населення. Тобто спостерігається суттєве зниження показника забезпеченості середнім медичним персоналом, а співвідношення лікарів та середніх медичних працівників становить менше 1:2. Кількість лікарняних закладів і забезпеченість населення ліжками скоротилися на 15 %, відповідно рівень госпіталізації на 100 жителів також скоротився, але майже на третину і становить 13 на 100 жителів. При цьому зайнятість ліжка скоротилась до 210 днів, що можливо спричинено збільшенням частки ліжок інфекційного профілю до 19 % і пов'язано з пандемією COVID-19.

Одне із завдань реформування системи охорони здоров'я – зміщення акценту на первинну медичну допомогу, тобто сімейного лікаря, розвантаження висококатетівної стаціонарної допомоги за рахунок розвитку амбулаторної (позалікарняної допомоги). При цьому кількість закладів, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, скоротилось на 8 %, а кількість відвідувань – майже на половину і становить зараз лише 5 відвідувань на рік на 1 жителя. Неможливо уявити, що в це й показник увійшли відвідування пов'язані з профілактикою населення. На 11 % скоротилась забезпеченість населення ліжками в денних стаціонарах, а кількість пролікованих у них хворих – на 35 % (на 10 тис. населення). На 28 % скоротилось число викликів екстреної медичної допомоги, а саме 143 виклики на 1 000 населення на рік, що можна розглядати як позитивну ознаку і результат реформування служби екстреної медичної допомоги. Але населення навряд чи задоволене такими змінами.

Потребує відповіді питання: чому так зменшився обсяг медичної допомоги, і чи буде збережена якість та доступність медичної при цьому? Можна припустити, що це відбулося за рахунок зменшення кадрового потенціалу медичної галузі, адже укомплектованість кадрами становить 80–90 % з урахуванням сумісництва. Можливо зменшення потреби у медичній допомозі, пов'язано з тим, що населення стало здоровішим, адже оцінка захворюваності є основою розрахунку потреби населення у медичній допомозі.

Але навряд, оскільки смертність населення за останні 5 років зросла на 5 %, поширеність злоякісних новоутворень – на 18 %. Є певні успіхи у боротьбі з такими інфекційними хворобами як туберкульоз, СНІД, гепатити та ін. Однак, інформація про серцево-судинні захворювання, які є найбільш поширеними та являються провідною причиною смертності та інвалідизації населення, в загальному доступі, навіть для фахівців, недоступна, як і щодо інших неінфекційних захворювань. Її неможливо отримати ні з сайту Центру медичної статистики МОЗ України, а ні з сайту Центру громадського здоров'я України. 2017 р. став останнім, коли видавався повноцінний довідник про стан здоров'я населення та діяльність закладів охорони здоров'я.

З переходом на електронну систему обліку передбачалося спрощення складання звітності. Але наразі більш-менш об'єктивну оцінку стану здоров'я населення можна отримати лише на регіональному рівні для окремої області, при зверненні за спеціальним запитом до обласного центру статистики. Регіональні дані доступні керівникам медичного забезпечення області, і він не в змозі порівняти

їх з загальноукраїнськими. Отже, не може бути повноцінного аналізу стану здоров'я населення для розрахунку потреби у різних видах медичної допомоги.

Певною мірою стан здоров'я населення – це відображення результатів діяльності системи охорони здоров'я, хоча внесок медицини визначений лише десятима відсотками. Наше нездорове населення, нажаль, не стає більш здоровим та заможним, і не може покладатися тільки на здоровий спосіб життя у досить скрутні часи. Кожен з нас має право на доступну і якісну медичну допомогу, а одним з головних завдань служби громадського здоров'я має стати моніторинг здоров'я населення, а не лише моніторинг захворюваності, здебільше інфекційної [2, с. 26]. Можливо із прийняттям Закону «Про систему громадського здоров'я» це завдання буде реалізовано через впровадження регіональних Центрив контролю та профілактики хвороб.

Хоча в Україні ще не запроваджена страхова медицина, у пацієнтів уже є можливість обрати сімейного лікаря та медичний заклад. Тому на ринку медичних послуг заклади охорони здоров'я мають дбати про свою конкурентоспроможність [3, с. 4], а отже, відповідати наступним характеристикам: ефективність (медична та економічна); результативність – надання високоякісних медичних послуг на засадах доказової медицини при оптимальних витратах ресурсів; безпека – мінімізація можливості завдання шкоди пацієнту; своєчасність; рівність для всіх верств населення. Потрібно пам'ятати, що центром зусиль щодо надання медичних послуг з боку усіх суб'єктів охорони здоров'я залишається пацієнт з його індивідуальними цінностями, культурою, вподобаннями та очікуваннями.

Література:

1. Бюджетний простір для системи охорони здоров'я в Україні. Програмний документ для підтримки діалогу щодо підготовки бюджету на 2021 рік. – 2020. – 26 с. Режим доступу: https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/463872/UKR-Budgetary-space-for-health-ukr.pdf
2. Проект Закону України «Про систему громадського здоров'я» від 22.09.2020 № 4142. Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=70025
3. Назарко С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. Режим доступу: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=7574>

АЛГОРИТМ ОРГАНІЗАЦІ РОБОТИ ПСИХОЛОГА У ВІДДІЛЕННІ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Ярова Л.Д., Мотовиця Н.Я., Клименко С.Є., Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України», м. Запоріжжя

З кожним роком в нашій державі зростає потреба в якісній паліативній допомозі не тільки з боку хворих, але й членів їхніх родин. За своїм змістом паліативна допомога – це комплекс заходів з діагностування симптомів болю та розладів життєдіяльності хворого, проведення лікувальних заходів, симптоматичної терапії та догляду, а також надання психологічної, соціальної, духовної та моральної підтримки як хворому, так і його родичам [1]. Відтак, психологічна складова паліативної допомоги в закладах охорони здоров'я останнім часом набуває значної уваги.

Водночас, одним із компонентів в організації роботи у відділенні паліативної допомоги закладу охорони здоров'я є організація роботи з надання саме психологічних послуг. Відповідно до вимог Національної служби здоров'я України штатний розклад такого відділення має містити посаду психолога.

Основними завданнями організації психологічної роботи у відділенні паліативної допомоги закладу охорони здоров'я є такі:

- робота з пацієнтами відділення – психологічне консультування, яке включає психодіагностику з метою визначити ставлення пацієнта до хвороби, з'ясувати його індивідуально-психологічні особливості, а також психологічну корекцію і психотерапію;

- робота з персоналом – формування комунікативної компетентності медичного персоналу, що включає знання персоналом особистісних особливостей хворого та типів реагування на захворювання, розвиток високого рівня емпатії персоналу, психопрофілактика синдрому емоційного вигорання серед персоналу;

- робота з родичами – пояснення родичам хворих особистісних особливостей хворих, навчання членів сім'ї новим формам поведінки із паліативними хворими;

- методична підготовка до організації і проведення впорядкованого циклу психологічних занять: виявлення актуальних психологічних проблем, підбір актуальних методів їх дослідження.

З метою виконання зазначених вище завдань нами розроблено відповідний алгоритм дій, який, на нашу думку, дає можливість більш предметно окреслити напрями роботи психолога, який працює у відділенні надання паліативної допомоги.

Алгоритм включає в себе послідовність організації роботи щодо психологічного супроводу пацієнта та послідовність роботи з профілактики емоційного вигорання персоналу. Щодо організації роботи з родичами пацієнтів, то вона відбувається за вимогою, про яку зазначається у відповідному журналі заяв.

Послідовність організації роботи щодо психологічного супроводу пацієнтів містить п'ять етапів: клінічна бесіда; вхідна самооцінка дистресу; психокорекційна та психотерапевтична робота; вихідна самооцінка дистресу; визначення динаміки. У разі відсутності позитивної динаміки відбувається корегування методів і засобів відповідної роботи.

Клінічна бесіда проводиться в довільній формі і може містити в своїй структурі наступні рекомендовані розділи: соціально-демографічні характеристики; клінічні характеристики; клініко-психологічні характеристики (ставлення до діагнозу; до лікування; внутрішня картина хвороби; соціально-психологічна ситуація в зв'язку з лікуванням; стосунки з родиною; відношення з оточуючими; ставлення до сьогодення і майбутнього).

Вхідна самооцінка дистресу проводиться один раз на 10 днів, починаючи з третього дня перебування пацієнта у відділенні за методикою самооцінки дистресу Міжнародного товариства психосоціальної онкології IRO. Результати фіксуються у формі для заповнення. Якщо пацієнт не може самостійно заповнити форму, то це робить психолог. У разі, коли пацієнт має проблеми з мовленням, то психолог пропонує йому вказати жестом на відповідну оцінку.

Процедура проведення вихідної самооцінки дистресу здійснюється аналогічно.

Результати проведення роботи за вищезазначеною послідовністю етапів доводяться до завідуючого відділення паліативної допомоги закладу охорони здоров'я та персоналу.

Процедура роботи з профілактики емоційного вигорання персоналу відділення паліативної допомоги закладу охорони здоров'я містить чотири етапи: спостереження за персоналом з метою виявлення симптомів, що вказують на розвиток вигорання; психодіагностика стану здоров'я персоналу; вхідна і вихідна діагностика персоналу на наявність синдрому емоційного вигорання (СЕВ); у разі виявлення ознак СЕВ проведення відповідної роботи; проведення індивідуальних та групових занять з опанування вправ і прийомів подолання стресу.

Психодіагностика стану здоров'я персоналу проводиться з використанням тесту «Орієнтовна оцінка здорової поведінки» [2, с. 253]. Для діагностики персоналу на наявність синдрому емоційного вигорання використовується опитувальник «Професійне вигорання» на основі моделі К. Маслач та С. Джексона [2, с. 300].

Під час проведення індивідуальних та групових занять з опанування вправ і прийомів подолання стресу нами рекомендовано проведення дихальних вправ, вправ для зняття напруги та релаксації, технік боротьби з негативними думками, музотерапії.

Таким чином, запропонований нами алгоритм організації роботи психолога у відділенні паліативної допомоги закладу охорони здоров'я дає змогу більш зважено та послідовно підходити до вирішення організаційних питань, ставлячи в центрі уваги пацієнта, його психоемоційний стан та його родину, а також приділяючи увагу запобіганню емоційного вигорання персоналу відділення через емоційне перенапруження та надмірне робоче навантаження.

Література:

1. Паліативна та хоспісна допомога : підручник / Ю. В. Вороненко [та ін.]; за ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського ; Нац. мед.акад. післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. – Вінниця : Нова книга, 2017. – 392 с.
2. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини / За ред. І. Я. Коцана. – Луцьк : РВВ «Вежа», 2015. – 316 с.

МЕТОДИ ТЕРАПІЇ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНИХ ШТАМІВ ПРИ НОЗОКОМІНАЛЬНІЙ ПНЕВМОНІЇ

Коваленко Т.І., ХНМУ, м. Харків

На даний час є актуальною тема щодо наявності великої кількості появи антибіотикорезистентних штамів, особливо при нозокомінальних інфекціях. За допомогою сучасних джерел дослідження ми наводимо матеріали про антибактеріальні препарати, які можна використовувати при лікуванні внутрішньолікарняних пневмоній, особливо при ускладненнях, викликаних антибіотикорезистентними штамми. На сьогоднішній день актуальною проблемою є лікування таких хворих та підбір правильної адекватної антибактеріальної терапії. Антибіотикорезистентні штами при нозокомінальній інфекції часто призводять до ускладнення існуючого захворювання при лікуванні пацієнта у стаціонарі.

Попереднє внутрішньовенне введення антибіотиків (в межах перших 90 днів) значно збільшує ймовірність появи ускладнень, таких як, поява стійких до антибіотиків мікроорганізмів, зокрема, інфекцій МРЗС (метицилінрезистентний золотистий стафілокок) і *Pseudomonas* при внутрішньолікарняній пневмонії [1].

Ключовим моментом, багато в чому визначальним, результатом лікування пацієнта з нозокомінальною пневмонією (НП), є максимально швидке призначення адекватної емпіричної антимікробної терапії (ступінь рекомендацій А). Адекватна емпірична антимікробна терапія повинна бути розпочата в максимально ранні терміни після підтвердження діагнозу НП і отримання матеріалу для мікробіологічного дослідження. Необхідно також враховувати деякі закономірності залежності етіології НП від часу і умов її виникнення.

При ранній пневмонії зустрічаються найчастіше такі збудники: *Streptococcus pneumoniae* (частота зустрічаємості: 5–20), *Haemophilus influenzae* (<5–15), анаеробні бактерії (0–35), *Legionella pneumoniae* (0–10), *Micobacterium tuberculosis* (<1) з різними шляхами передачі: ендемічний, від інших пацієнтів, повітряно-крапельний шлях, при контакті з медичним персоналом.

У пацієнтів з ранньою стадією нозокомінальної пневмонії, особливо які одержували антибіотикотерапію, можна використовувати лікування препаратів без антисиньогнійної або анти-MRSA активності: інгібіторозахищених амінопеницилінів (ампіцилін / сульбактам, амоксицилін / клавуланат, амоксицилін / сульбактам), антистрептококових цефалоспоринів III покоління (цефотаксим, цефтриаксон), фторхінолонів (моксифлоксацин, левофлоксацин) або карбапенемів без антисиньогнійної активності (ертапенем) [2, с. 102].

На пізньому етапі пневмонії зустрічаються наступні збудники: аеробні грамнегативні бактерії (20–60%) *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter spp*, *Acinetobacter spp*, *Klebsiella pneumoniae*, *Serratia marcescens*, *Escherichia coli* а також грампозитивні коки *Staphylococcus aureus* (20–40), віруси (<1) грип А та В, респіраторно-синцитіальні віруси; гриби та найпростіші (<1) *Aspergillus*, *Candida spp*, *Pneumocystis carinii*. Шляхи передачі: ендемічний, від інших пацієнтів, ентérale харчування, зовнішнє середовище, прилади та інструменти, медичний персонал.

У пацієнтів з пізньою НП крім препаратів з антисиньогнійною і антистафілоковою активністю також слід враховувати можливість етіологічної ролі ентеробактерій, ацинетобактер і псевдомонад стійких до карбапенемів. До найбільш негативної тенденції останніх 5 років слід віднести появу стійкості до карбапенемів, пов'язаної з продукцією різних карбапенемаз (KPC, NDM, VIM, OXA-48 і інші). Більш того, зі зростаючою частотою реєструються спалахи госпітальних інфекцій, викликаних продуцентами карбапенемаз, а в окремих стаціонарах формуються ендемічні вогнища їх поширення. Для продуцентів карбапенемаз характерна висока частота асоційованої стійкості до антибіотиків різних груп; часто вони зберігають чутливість лише до тігецикліну і поліміксину (поліміксину В і колістіметату натрію) [3, с. 3593].

В даний час режими антибактеріальної терапії інфекцій, викликаних продуцентами карбапенемаз, до теперішнього часу не відпрацьовані і не можуть бути рекомендовані для емпіричної терапії. У разі важкого стану пацієнта з нозокомінальною пневмонією на штучній вентиляції легенів (ШВЛ) більш обгрунтованою залишається стартова емпірична терапія антисиньогнійними карбапенемами (меропенем, доріпенем або іміпенем) в поєднанні з антибіотиком, активним проти MRSA (лінезолід, ванкоміцин або телаванцін).

Література:

1. Morris M.C., Richman S., Lyman C.A., Qu J. et.al. Hacking the Immune Response to Infection in Chronic Obstructive Pulmonary Disease // 20th IEEE International Conference on Bioinformatics and Bioengineering (IEEE BIBE 2020) (Oct).

2. Kalil AC, Metersky ML, Klompas M, et al. Management of adults with hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia діє до: 2016 clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society // *Clinical Infectious Diseases* 63 (5): e61–111, 2016.

3. Martinez J.A., Cobos-Trigueros N., Soriano A. et al. Influence of Empiric Therapy with a beta-Lactam Alone or Combined with an Aminoglycoside on Prognosis of Bacteremia Due to GramNegative Microorganisms // *Antimicrob. Agents Chemother.* 2020. 54 (9). P. 3590–3596.

НЕВРОЛОГІЧНІ УСКЛАДНЕННЯ ПРИ COVID-19

Черненко І.І., Каднай О.С., Черняк М.Є., ХНМУ, м. Харків

Abstract: Currently, the problem of the spreading of Covid-19 and new strains is one of the most important. Which entails not only typical clinical manifestations and disorders of respiratory functions, but also various complications from other organs and systems. There is increasing number of cases with neurological complications - about half of hospitalized patients. These include headache, dizziness, altered consciousness, olfactory and taste disturbances, strokes and convulsions. In this article we will consider the mechanisms of penetration of the pathogen into the nerve cell and neurological complications. This will help to understand the development of complications, further develop treatment and rehabilitation schemes.

Ключові слова: головний біль, неврологічні ускладнення, COVID-19, інсульт, аносмія, порушення смаку.

Актуальність: На даний час чітких алгоритмів, рекомендацій та програм по лікуванню та реабілітації хворих з неврологічними ускладненнями немає. Більш того, немає повного уявлення про первинне джерело виникнення SARS-CoV-2. В даному огляді ми розглянемо клінічні приклади неврологічних ускладнень, можливі шляхи потрапляння збудника в нервову клітину, що допоможе нам усвідомити та структурувати уявлення про можливі наслідки COVID-19.

Мета: проаналізувати дані світових джерел стосовно можливих неврологічних ускладнень при Covid-19 для подальшого уявлення, можливої розробки заходів лікування, профілактики та реабілітації хворих на COVID-19 з неврологічною симптоматикою.

Матеріали та методи: Проаналізовані аналітичні огляди, наукові публікації, щодо проблем стану здоров'я пацієнтів з COVID-19. Також були розглянуті статистичні дані проспективного та ретроспективного дослідження наших колег з Китаю.

Результати: Вчені усього світу продовжують свої дослідження, та все більше дізнаються про патогенез вірусу. Останні дані пекінських дослідників свідчать про нейровірулентність збудника. Висувається декілька припущень щодо патогенетичних механізмів, які призводять до розвитку різноманітних неврологічних ускладнень: прямі інвазії в нервову клітину або не адаптивна запальна реакція [1]. Ураження нервової системи може виникати під впливом різних факторів, таких як гіпоксія, ураження декількох органів, сепсис або «цитокінового шторму» [2]. Детальні механізми проникнення в центральну нервову систему (ЦНС) ще не до кінця вивчені, однак розглядають чотири шляхи передачі: нюхові

нерви в подальшому вражається головний мозок з залученням таламусу та стовбуру мозку, другий шлях - клітинна інвазія [3], інфіковані моноцити та макрофаги, які уособлюють собою резервуар для вірусу для подальшого розподілення в інші тканини [4], третій та четвертий шляхи нейроінвазії – ендотеліальні клітини ГЕБ та трансинаптична передача через периферичні нерви [5].

Клінічна поява неврологічної симптоматики вказує на тяжчий перебіг та погіршення прогнозу захворювання. Ґрунтуючись на аналізі ряду робіт, де розглядаються підтвержені ПЛР-тестами випадки захворювання COVID-19, практично в 35 % виявляють ознаки ураження нервової системи. У пацієнтів спостерігається головний біль, нудота, блювота, запаморочення, загальна слабкість, міалгії.

Нудота та блювота зможуть з'явитися як наслідок порушення нервової системи, наряду з головним болем, високим внутрішньочерепним тиском. Згідно надрукованих даних спеціалістів з Уханя, опираючись на статистичні відомості, у 36,4 % пацієнтів з COVID-19 з 214 спостерігалися сплутаність свідомості, гострі цереброваскулярні розлади, запаморочення, головний біль, нудота, втрата нюху та смаку. У одного пацієнта спостерігався тремтіння нижньоїщелепи, посмикування кутів роту, гикавка впродовж декількох тижнів після початку захворювання. Також відмічалися напруження м'язів шиї, збільшення м'язового тону в кінцівках, високий тиск в спинномозковій рідині (СМР) – 330 мм водного стовбчику. Діагноз: вірусний енцефаліт. В СМР був виявлений збудник вірусу SARS-CoV-2. [6]

За даними італійських колег, показники смертності у пацієнтів з неврологічними ускладненнями вище, ніж у пацієнтів без COVID-19 [7].

На даний час опубліковано ще кілька робіт, які описують розвиток гострого порушення мозкового кровообігу у пацієнтів з COVID-19: 9 клінічних спостережень та 2 обсерваційних досліджень, що описують захворюваність на інсульт. Серед 221 пацієнтів з Китаю в ретроспективному дослідженні у 11 (5 %) розвинувся гострий ішемічний інсульт, у 1 (0,5 %) крововилив в головний мозок [8].

В іншому проспективному дослідженні серед 288 пацієнтів у 9 (2,5%) був діагностований ішемічний інсульт [11]. Колегами з Ірану був задокументований випадок 79-річного хворого з позитивним тестом на COVID-19. З анамнезу хворого відомо наявну лихоманку та кашель, оцінка за шкалою коми Глазго 7 балів. Картина КТ органів грудної клітки виявила картину «матового скла». КТ головного мозку виявила масивну кровотечу в правій півкулі. За думкою авторів, блок ACE2 рецепторів міг спричинити до порушення роботи симпатoadреналової системи та порушенню механізму ауторегуляції мозкового кровотоку, що призвело до кровотечі [9].

Відносно нещодавно, американські вчені описали клінічний випадок пацієнта 74-літнього пацієнта, в анамнезі у якого фібриляція передсердь, ішемічний інсульт та хвороба Паркінсона. Хворий був доставлений з кашлем та лихоманкою. Через кілька днів з'явилися інші симптоми, включно інтенсивний головний біль, розлади психічного стану (зорові та нюхові галюцинації), лихоманка до 39,8 та сильний сухий кашель. Стан пацієнта трактовано як прояв гіпоксичної енцефалопатії [10]. Китайські лікарі в своєму ретроспективному дослідженні серед 113 хворих на COVID-19 виявили гіпоксичну енцефалопатію у 20 пацієнтів, а головний біль був виявлений у 40 % хворих [12].

Стосовно аносії та хемосенсорної дисфункції, вчені з США виявили хемосенсорну дисфункцію у 59 хворих на COVID-19 за допомогою опитування. Більшість з цих хворих були амбулаторні, та не потребували госпіталізації. Автори вважають, що скоріш за все, вірус розповсюджується трансназально у амбулаторних хворих.

Серед респондентів, опитаних в Ірані, про аносію повідомили 48,23 %, а 83,38 % скаржилися на зниження смакових відчуттів. В 76,24 % випадків анаосмія та гіпосмія були гострі.

Також було розглянуто декілька задокументованих випадків синдрому Гієна-Барре, на фоні COVID-19 або після нього. З 13 хворих 11 мали позитивний ПЦР тест в яких клінічно спостерігався прогресуючий в'ялий тетрапарез, серед них 5 мали двосторонню слабкість м'язів, 7 потребували інкубації трахеї. Електроміографія була виконана 10 пацієнтам: у 6 випадках були виявлені демієлінізуючі зміни, в 5 – аксональний варіант синдрому Гієна-Барре.

Іранські вчені описували випадок хворого 61-літнього чоловіка з позитивним ПЦР-тестом на COVID-19 з довготривалим перебігом цукрового діабету 2 типу. З анамнезу відомо, що останні кілька днів турбував кашель, спостерігалась лихоманка та задишка, через декілька тижнів після появи скарг гостро розвинувся тетрапарез та двостороння слабкість м'язів. Пацієнту була виконана електроміографія (ЕНМГ), на якій виявлена гостра моторно-сенсорна аксональна невропатія. Був зроблений висновок, що синдром Гієна-Барре являється неврологічним ускладненням [13].

Висновок. Коронавірусна інфекція (COVID-19) – це нова проблема для сучасності і до кінця не вивчена. Але, враховуючи клінічні прояви та наслідки, можемо думати, що вірус здатен викликати ураження нервової системи, однак частота цих ускладнень не встановлена.

Таким чином, можна зробити висновок, що клінічна картина неврологічних захворювань, викликаних коронавірусною інфекцією не відрізняється від типових клінічних проявів. Відмінною рисою є діагностичні лабораторні дані. Безумовно, необхідні додаткові дослідження на великих групах пацієнтів для остаточного розуміння механізмів розвитку ускладнень, ступеня їх зв'язку з COVID-19 і розробки схем їх лікування і подальшої реабілітації. У диференційному діагнозі головного болю, особливо при наявності супутніх симптомів та факторів варто розглядати захворювання на COVID-19.

Пацієнти, які підпадають під зону ризику захворюваності на COVID-19, мають дотримуватися заходів профілактики, а саме: двічі на рік проходити профілактичні огляди у сімейних лікарів, вакцинуватись та виконувати вимоги адаптивного карантину.

Література:

1. Montalvan V., Lee J., Bueso T. et al. Neurological manifestations of COVID-19 and other coronavirus infections: A systematic review // Clin Neurol Neurosurg. 2020 Vol. 194., Wang L., Shen Y., Li M. et al. Clinical manifestations and evidence of neurological involvement in 2019 novel coronavirus SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis // J. Neurol. 2020. Vol. 267. N 10. P. 2777–2789.

2. Li X., Geng M., Peng Y. et al. Molecular immune pathogenesis and diagnosis of COVID-19 // J. Pharmaceut. Analysis. 2020. Vol. 10. P. 102–108.

3. Chan JF, Chan KH, Choi GK, et al. Differential cell line susceptibility to the emerging novel human betacoronavirus 2c EMC/2012: implications for disease pathogenesis and clinical manifestation. *J Infect Dis.* 2013;
4. Desforges M, Miletti TC, Gagnon M, et al. Activation of human monocytes after infection by human coronavirus 229E. *Virus Res.* 2007;
5. LiJ, Gao J, XuYP, et al. [Expression of severe acute respiratory syndrome coronavirus receptors, ACE2 and CD209Lin different organ derived microvascular endothelial cells]. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi.* 2007; Li YC, Bai WZ, Hirano N, et al. Neurotropic virus tracing suggests a membranous-coating-mediated mechanism for transsynaptic communication. *J Comp Neurol.* 2013;
6. Umaphathi T, Quek WMJ, Yen JM et al. Encephalopathy in COVID-19 patients; viral, parainfectious, or both? // *eNeurological. Sci.* 2020. Vol. 21.
7. Benussi A, Pilotto A, Premi E, et al. Clinical characteristics and outcomes of inpatients with neurologic disease and COVID-19 in Brescia, Lombardy, Italy [published online ahead of print, 2020 May 22]. *Neurology.* 2020;
8. Li Y. Acute cerebrovascular disease following COVID-19: a single center, retrospective, observational study.
9. Sharifi-Razavi A, Karimi N, Rouhani N. COVID-19 and intracerebral haemorrhage: causative or coincidental? *New Microbes New Infect.* 2020;
10. Filatov A, Sharma P, Hindi F, et al. Neurological complications of coronavirus disease (COVID-19): Encephalopathy. *Cureus.* 2020;
11. Lodigiani C, Iapichino G, Carenzo L, et al. Venous and arterial thromboembolic complications in COVID-19 patients admitted to an academic hospital in Milan, Italy. *Thromb Res.* 2020;
12. Chen T, Wu D, Chen H, et al. Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: retrospective study [published correction appears in *BMJ.* 2020 Mar 31;368:m1295]. *BMJ.* 2020;
13. Sedaghat Z, Karimi N. Guillain Barre syndrome associated with COVID-19 infection: A case report. *J Clin Neurosci.* 2020;

PUBLIC HEALTH IN LEBANON

Bachir Almoghrabi, Lebanon
Nesterenko V.G., KhNMU, Kharkiv

Abstract. Direct and indirect effect of economic crisis on the healthcare system of population in Lebanon and its results.

Introduction. Preparing for my public health final report, that was about Public health in Lebanon some question faced me by comparing history and nowadays health system in Lebanon. It starts by collecting some statistical numbers and comparing them, to see how the economic crisis affect health system in a country? And what it may leads to?

Methods. Nowadays collecting information is the easiest part of your research because you can find answer to many questions on internet especially statistical ones. So my main source was the internet with some private questionnaire to family members.

Discussion. The Lebanese pound (LBP) is the currency used in Lebanon, in the last period from 1999 till 2019 the currency rate was fixed on 1500 for 1 American

dollar (USD). In 2019 and due to political problem the dollar starts to be absent what leads to a decrease in Lebanese pound currency rate that arrived to a pic around 24,000 LBP for 1 USD in July 2021. With all this change the banks changed their policies and put limit for monthly withdrawals. And as a country based on import all the prices still increasing every time the currency rate changes even medicine and medical equipment what forced hospitals to raise prices and ministry of public health to raise prices of medicines that became not available for everyone and leads to stop treatments of many people. But as a country with high emigration rate from many years many families now lives on a salary from relatives in any country around the world.

Due to this Lebanese are now suffering from poverty that is 74 % in 2020 and almost 82 % in 2021, that leads to a big decrease in hospitalization. And talking about increase of unemployment percentage till more than 6.6 %, and about -4.49 of net immigration rate. All that due to decrease salary value, so for an employment with a minimum salary of 675,000 LBP was equivalent to 450\$ still having the same salary now that is already equivalent to 34\$. And now Lebanon is suffering from a huge loss of medical staff and doctors with a significant absence of main medications even those for chronic diseases.

Day after day the case is going worse by affecting lifestyle of all people, big part of Lebanese stops eating meat and chicken because they are not capable to buy anymore what will affect the future health of the community and may lead to many new diseases in the population.

Conclusion. The healthcare system is the main important part in a population, because it is related with all the parts of the society and may be at the same time the cause of a society development and destruction.

After all this discussion we may conclude that the healthcare system in Lebanon is in the weakest level and start threatening life of many Lebanese people and the results will be seen in few years even if it is not clear now.

MEDICINE IN AUSTRALIA

Karam Jajoursy, Australia

Before the 1900s, medical research efforts of Australian scientists were focused on Australian flora, parasitology and bacteriology. Later, they started to study the emerging diseases that then led to major advances in medical knowledge. Examples include observations on smallpox in the late 1700s and successful smallpox vaccination. In 1862, the University of Melbourne began teaching its first medical students, followed by the University of Sydney in 1883, and then other states over time began to teach medicine.

In 1910, the first formal medical research facility” the Australian Institute of Tropical Medicine” was established in northern Queensland, then followed by Walter and Eliza Hall Institute in Melbourne in 1915.

Examples of research advances between 1900 and 1950 include:

- Epidemiological studies on the 1900 Sydney plague outbreak;
- Development of the first portable electrocardiograph;
- Development of a respirator;
- Treatment of bipolar disorders with lithium;
- Isolation of a strain of the influenza A virus;
- Better understanding of malaria and development of an antimalarial drug.

Examples of research advances between 1950 and 2000 include:

- Identification of rotavirus;
- Development of an artificial heart valve;
- Prevention of spina bifida with folate;
- Describing a major risk factor for sudden infant death syndrome;
- Advancement of the understanding of the role of antibodies in the immune system;
- Discovery of the link between headache powders and kidney damage;
- Discovery of Helicobacter pylori and its role in gastritis and peptic ulcer disease;
- Development of in vitro fertilization.

Social medicine in Australia

There are two types of people in Australia, Aboriginals (minorities) and people from a foreign backgrounds (Majorities). The Aboriginal are Australian original people, the first people were in the land of Australia, whereas the others are people who came from overseas and settle down in Australia, however, the aboriginal life is a low economic and low hygienic life unlike the other people, and they love to live in a closed community where many diseases are there, like cardiovascular diseases including coronary heart disease, cancer, respiratory diseases, etc. and also many of them drink alcohol and use illegal drugs like Methamphetamines, Morphine, and etc. but they still have the same rights just like the other Australians.

In Australia, every person has his own general practitioner doctor (GP), they are like a family doctors, they collect every medical information about you and continue to watch over your medical profile along the years, so you need the GP when you have a minor health issue only. If you have a health problem the GP can't solve, he'll give you a referral paper to a specialist doctor. GP are free (covered completely by the medicare) but the specialist are not completely covered by the medicare.

Hospitals are also covered by the medicare (except if you call an ambulance, you have to pay the fees) so as the surgeries, whereas the medications are not covered by the medicare but if you have a health care card , you can discount the price into half.

Public health in Australia

First we have to know what is public health “Public health is“ the science and art of preventing disease, prolonging life, and promoting health, through the organized efforts of society “. Its main function is to increase life expectancy of people. To explain that, let's have an example of someone who made a car accident and has a broken leg, so the public health will ask why and how did that happened? So an action may be taken to prevent it from happening again. So they'll ask, why did he have an accident? Was there a problem with his vision? Was it poor knowledge of driving skills? Was he under the influence of alcohol or drugs? Was the road he was driving in is unsafe? Was he driving a safe car that's well maintained? and if not, why not? Could he not afford it because he doesn't have a job, or his job doesn't pay much? And why is that? Is it because he didn't have access to good education? So, the public health focuses on 1. Protection, 2. Promotion, and 3. Prevention.

Protection involves:

- a. control of infectious diseases;
- b. managing environmental hazards;
- c. insuring a healthy workplaces;
- d. managing health emergencies.

1. Promotion is about improving the health of the population.

2. Prevention is about preventing health issues before they occur, it includes activities such as vaccination and screening.

In Australia, the water from the taps is safe, secure and clean because it's regulated so people get protected from waterborne diseases, so as the food. Also annual influenza vaccine is provided to keep the people from getting sick. And under the pandemic circumstances, a lockdown has been imposed and if you want to buy groceries you can't go further than 5 km range, also a curfew has been imposed from 9 pm till 5 am, and almost 80 % of people got the first dose of COVID vaccine and 50% have had the second one.

THE MAIN ASPECTS OF THE ORGANIZATION OF PALLIATIVE CARE IN SYRIA

Vasheva A., Bakir Mohd Basel, KhNMU, Kharkiv

What if no cure was possible and the end of life was inevitable? A question that was addressed back in the 1960s by Glyn Hughes who did a variety of surveys Nationwide in the UK, back then and mainly due to wars many life threatening diseases were rising throughout the population and with many victims suffering from the pain and excruciating symptoms until their last breathe.

The World Health Organization describes palliative care as "an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problems associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial, and spiritual."

Palliative care specialists treat people living with many disease types and chronic illnesses. These include cancer, cardiac diseases such as congestive heart failure (CHF), chronic obstructive pulmonary disease (COPD), kidney failure, Alzheimer's, Parkinson's, Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) and COVID-19.

Thirty-Four Palliative Care "Declarations": 1983 to February 2016, were made where mostly all countries worldwide are capable of supplying a functional Palliative care system.

Palliative Care (PC) is still a relatively new concept in the Middle East (ME). It was first introduced in Saudi Arabia in 1992 and only recently in countries such as Qatar, Bahrain, and the UAE. Although the majority of Middle-Eastern countries, including Palestine, Iraq, Oman and Lebanon are in the capacity building phase, others such as Saudi and Jordan already have localized provision. In the absence of any of the ME countries approaching integration with the mainstream service providers, Saudi Arabia and Jordan are currently setting examples of achievement in the field. There are still countries with little or no known Palliative Care activity (Yemen and Syria).[4]

Political issues that raised in Syria caused a major drawback in the medical field in general so what about the Palliative care? A country that was so famous with its teaching, being the only country remaining teaching medicine in only The Arabic language (which is considered one of the 3 most difficult languages worldwide), managed to produce great doctors throughout history, for example Dr. Hassan Wasfi Shamsi Pasha (Cardiologist Consultant) and DR. Riad Barmada(Orthopedic Surgeon)[3], turned into a country with a massive deficit in medications and health care.

The situation with the civilian population in Syria is now appalling and unprecedented since World War II. As in other conflict situations, the main obstacles include physical barriers, political barriers and direct violence against medical staff, which seriously affects access to health facilities, and a number of problems with access to medicines.

Access to medical supplies and equipment has remained extremely restricted in some areas as a result of insecurity and access constraints imposed by parties to the conflict. In particular, Aleppo, Dar'a, Hama, Idlib, and, most recently, Ghouta have been badly affected. The inquiry commission notes in relation to Aleppo that “even prior to the siege, civilians in eastern Aleppo city lacked sufficient food, medication, and fuel.”

Prior to the conflict, Syria's health care system was comparable with the health care systems of other middle-income countries. Much of the health care system consisted of a government-run public scheme that provided mostly primary care services, with the private sector providing some of the advanced care services. The deteriorating security situation since 2012, leading to the emigration of qualified manpower and experts, has resulted in a shortage of medicine and access to medicine throughout Syria. In many parts of the country, the conflict has turned otherwise manageable chronic diseases into unnecessary terminal conditions because of the unavailability of curative treatment and medicines. At the same time, urgently needed pain control medicines and palliative care also depend on a sufficient health care system and infrastructure.[2] The express targeting of civilians through the deprivation of food, water, and medicines has had a devastating impact. Civilian casualties have long accounted for the largest group of deaths within the conflict. The Secretary-General's 2015 report notes that the “total disregard for human life and dignity remains a defining feature of the Syrian conflict and continues on a daily basis with total impunity.” And despite agreements to establish de-escalation zones—and, more recently, a 30-day ceasefire, which would help ensure access to medicines—the guarantees have not been met.

During times of conflict, there are essentially four bodies of international law that govern access to (essential) medicines. The first is international human rights law, which focuses on state responsibility. The second is international drug control law, which regulates the availability of controlled medicines, including morphine for trauma care, palliative care, and pain control, which is particularly needed during armed conflict. The third is international humanitarian law, focusing mainly on state responsibility in times of war but also, to an extent, on the responsibility of non-state armed groups. The fourth is domestic and international criminal law, which focuses on individual criminal responsibility. [1]

Therefore those Laws ensured that medications are being introduced again to medical centers and hospitals and slowly their restoration nationwide and to every patient in need. Therefore palliative care was considered scarce or even absent by late 2019 but slowly rising again throughout the country with the support of the Ministry of Health, opening up nursing homes specifically for Patients in need of Palliative care and even offering the opportunity to have In Home care. The rise of the Palliative care centers started mainly from Damascus and then spreading to the north, with the one purpose of supplying care to those patients in need. It was primarily to help patients suffering from terminal diseases due to the Civil War.

References:

1. Access to Medicines in Times of Conflict
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6039728/#r15>
2. Center for palliative care Harvard Medical School
<http://pallcare.hms.harvard.edu/training/global-program>
3. Inside Syria - A Physician's Memoir, Book by Tarif Bakdash p.45
4. Middle East experience in palliative care. National library of medicine
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22495789/>

ORGANIZATION AND IMPLEMENTATION OF IMMUNOPROPHYLAXIS IN UKRAINE WITHIN THE PUBLIC HEALTH SYSTEM

*Yaremenko A.V., Galicheva A.S.,
Kharkiv National Medical University, Kharkiv*

Public health (WHO definition) is the science and practice of preventing disease, increasing life expectancy, and promoting health through the organized efforts of society. After all, the fight against disease depends not only on the activities of doctors. Its success depends on the understanding and desire of people to form a conscious attitude to their own health, to create conditions for a healthy lifestyle, to understand its prestige. According to experts, human health depends on 20 % of heredity, 10 % on the level of development of medicine, 20 % on the environment and 50 % on lifestyle.

Analyzing the problem of infection control, it is necessary to identify significant achievements in this direction, it is necessary to take measures aimed at creating a specific immunity of the population.

Despite the fact that vaccination has long been recognized worldwide as a way to prevent infectious diseases, not all parents are in favor of vaccination without prejudice.

First of all, the unmotivated refusal of vaccinations indicates a low sanitary culture of the population. Often people do not listen to the advice of health professionals - people who are competent, but act only in accordance with their own beliefs, which often indicates a lack of understanding of the problem. Another reason is religious beliefs. There are even specially designed booklets for working with religious people.

Not to mention smallpox, which has been eradicated on our planet, a number of countries, including Ukraine, have reduced the incidence of whooping cough, measles, polio, anthrax, tularemia and some other infections. This situation can be explained by the existence of collective immunity. This is when 95–97 % of the country's population is vaccinated against a disease. If the collective immunity is less than 95%, then sooner or later the number of patients will approach the epidemiological threshold. And this once again emphasizes the extreme importance of routine immunoprophylaxis.

Those who have given up vaccination still live on those who have been vaccinated. If there are more children who are not vaccinated, we will all have to pay. Unfortunately, many people now believe that it is better for a child to get an infectious disease as a child than to get vaccinated. Such an opinion is erroneous. This is a very serious test for the body. Even at the easy form of a disease complications can appear. And they do not appear in a day or two, but in a year or even many years. One will not even guess that these are the consequences of an illness once suffered in childhood.

In different countries, the National Vaccination Calendar includes various infectious diseases for which vaccination is carried out. The list of these diseases depends on the level of infectious diseases in the country, financial capabilities, evidence proven by science, the feasibility and effectiveness of vaccines, expert recommendations and more.

Vaccination in Ukraine is carried out in accordance with the Vaccination Calendar, which has been developed in the light of international experience, and today, subject to its observance, it is the most optimal for ensuring full immunity.

Of course, when we don't vaccinate children, we risk their health and even their lives incomparably more.

Choosing the minimum risk is wisdom, it means following common sense and being normal, responsible parents. Refusing vaccinations means parasitizing on those who have been vaccinated, on those who have prevented an epidemic of a dangerous disease.

References:

1. Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» // Відомості Верховної Ради. – 2000. – № 29.

2. «Здоровье-21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ». – Копенгаген: Европейское бюро ВОЗ, 2000. – 307 с.

3. Наказ МОЗ України «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів». – 2006. – № 48.

4. Печінка А.М. Епідемія дифтерії та вакцинація // Клінічна імунологія. Аллергологія. Інфектологія. – 2008. – № 6 8 (1719). – С. 17–18.

5. Семенов Б.Ф. Новые положения концепции вакцинопрофилактики детских инфекций // Аллергология и иммунология. – 2002. – Т. 3, № 3. – С. 380–384.

7. Чернишова Л.І. Імунопрофілактика: сучасні досягнення та проблеми // Перинатология и педиатрия. – 2007. – 3 (31). – С. 7–11.

8. Чернишова Л.І. та співавт. Імунопрофілактика інфекційних хвороб у дітей з порушеннями у стані здоров'я та запобігання поствакцинальних реакцій // Методичні рекомендації. – К., 2005. – 25 с.

HEALTHY LIFESTYLE – A FACTOR WE FUTURE DOCTORS ALWAYS IGNORE

*Darshan Divesh, Elina Gaponova,
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

Health is a universal trait; the World Health Organization defines health as a “state of complete physical, mental, and social well-being, and not merely the absence of disease.”

A healthy lifestyle is measured by diet, exercise, and sleep. There are several factors in a person's lifestyle that can make them healthy or unhealthy. Eating the correct amount of nutrients is essential for the body's proper functioning. Basic nutrition is the fuel that a body needs to operate.

When students start their college journey, their diets deteriorate and they gain or lose weight. Meals start getting skipped, disordered management of weight, and food intake.

A healthy diet is a key to current and future good health, even if the students are not over-or underweight, poor nutrition puts them at risk for various medical problems including diabetes, heart disease, hypertension, osteoporosis, and iron deficiency-related anemia. When undernourished, a person may feel unwell on a daily basis, potentially experiencing depression and low immunity.

For the purpose of the study of a healthy lifestyle, a questionnaire was administered to the participants, which included 291 undergraduate college students from Kharkiv National Medical University, who represented a range of ages, and gender.

The results of the study illustrate that the majority of college students conduct a moderately healthy lifestyle, only (70.0 %) eat a healthy diet, while (80 %) get at least seven to nine hours of sleep, (38.7 %) suffer from increased body weight (obesity), and (20.0 %) only exercise frequently. The study shows that a high percentage, (40.8 %) do not take blood tests, at least once a year. [1]

The transition from secondary school to university is often accompanied by unhealthy behavior changes such as decreasing physical activity and increasing sedentary behavior [2].

Concerning sedentary behavior, the study revealed that university students spent eight hours per day on sedentary activities such as studying, watching television, gaming, computer activities, sitting and talking, shopping and hanging out.

Physical activity (including active transportation) and sedentary behavior have an important influence on students' weight and overall health [3]. A great body of literature points out that higher physical activity levels are associated with lower health risks (incl. overweight and obesity-related diseases) [6, 7]. There is also growing evidence that excessive participation in sedentary behaviors, such as watching television, computer use, and sitting for work/study purposes, is associated with a higher risk of obesity, independent of diet and physical activity behavior [8–11]. Despite the fact that internet use as a specific sedentary behavior may induce mental health benefits due to its use for social connection and support [10, 12], research shows that higher levels of sedentary behavior are associated with indicators of poorer well-being, increased risk of depression, and weaker cognitive functioning [10, 12–14].

Sleep is another major aspect of a person's health. College students have been found to be a population that does not get enough sleep as the typical adult population, Buboltz et al. [15]. Sleep is a natural state for human beings when they are tired. Students who were deprived of sleep for 24 hrs were complaining from headaches and they felt weak and tired. Lack of sleep results in a decrease in student's ability to pay attention, and negatively affects their ability to perform exams, Pilcher et a [16]

We conclude from this study that a high percentage of the college students are not aware about the results of unhealthy behavior, which may cause different health problems. Here should be further studied to investigate the effect of a healthy lifestyle on college students' health, their academic performance and the difficulties they will encounter because of unhealthy diet, sleep and exercise. Also, there should be more awareness among college students about conducting healthy behavior.

References:

1. Based on a questionnaire filled by KhNMU students.
2. Vella-Zarb R.A., Elgar F.J. The 'freshman 5': a meta-analysis of weight gain in the freshman year of college. *J Am Coll Heal.* 2009;58(2): 161–6.

3. Keating D., Guan J.M., Pinero J.C., Bridges D.M. A meta-analysis of college students' physical activity behaviors. *J Am Coll Heal.* 2005;54(2): 116–25.
4. Sigmundova D., Chmelik F., Sigmund E., Feltlova D., Frömel K. Physical activity in the lifestyle of Czech university students: Meeting health recommendations. *European Journal of Sport Science.* 2013;13(6): 744–50.
5. Rouse PC, Biddle SJH. An ecological momentary assessment of the physical activity and sedentary behaviour patterns of university students. *Health Educ J.* 2010;69(1): 116–25.
6. Warburton D.E., Nicol C.W., Bredin S.S. Health benefits of physical activity: the evidence. *Can Med Assoc J.* 2006;174(6): 801–9.
7. Jakicic J.M., Davis K.K. Obesity and physical activity. *Psychiatr Clin North Am.* 2011; 34(4): 829–40.
8. Hu F.B. Sedentary lifestyle and risk of obesity and type 2 diabetes. *Lipids.* 2003;38(2): 103–8
9. Must A., Tybor D.J. Physical activity and sedentary behavior: a review of longitudinal studies of weight and adiposity in youth. *Int J Obes.* 2005; 29: P.84–96.
10. Miller Y.D. Psychological determinants and outcomes of sedentary and physical activity behaviors. *Int J Behav Med.* 2010; 17(4): 243–5.
11. Owen N., Healy G.N., Matthews C.E., Dunstan D.W. Too much sitting: the population health science of sedentary behavior. *Exerc Sport Sci Rev.* 2010;38(3): 105–13.
12. Teychenne M., Ball K., Salmon J. Sedentary behavior and depression among adults: a review. *Int J Behav Med.* 2010;17(4):246–54.
13. Iannotti R.J., Janssen I., Haug E., Kololo H., Annaheim B., Borraccino A. Interrelationships of adolescent physical activity, screen-based sedentary behaviour, and social and psychological health. *Int J Public Health.* 2009; 54 Suppl 2: 191–8.
14. Syvaaja H.J., Tammelin T.H., Ahonen T., Kankaanpaa A., Kantomaa M.T. The associations of objectively measured physical activity and sedentary time with cognitive functions in school-aged children. *Plos One.* 2014;9(7):e103559.
15. Buboltz W.C., Brown F., Soper B. (2001) Sleep habits and patterns of college students: A preliminary study. *JACH* 50: 131–135.
16. Pilcher J.J., Walters A.S. (2007) How sleep deprivation affects psychological variables related to college students cognitive performance. *JACH* 46: 121–126.

Секція 4
**ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА, СУЧАСНА ЕПІДЕМІОЛОГІЯ
ТА БІОЛОГІЧНА СТАТИСТИКА**

**ВИКЛАДАННЯ БІОСТАТИСТИКИ СТУДЕНТАМ МЕДИКАМ
З ПОЗИЦІЙ ПРАКТИЧНО ОРІЄНТОВАНОГО ПІДХОДУ**

*Крячкова Л.В., Заярський М.І., Семенов В.В.,
Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро*

Викладання студентам медикам на третьому курсі в рамках навчальної дисципліни «Соціальна медицина, громадське здоров'я» модулю «Біостатистика», як у Дніпровському державному медичному університеті (ДДМУ), так і в інших закладах вищої освіти, ставить виклики щодо підвищення мотивації здобувачів в опануванні предмету, оволодінні необхідними практичними навичками. В рамках лекційного курсу та на практичних заняттях у студентів потрібно сформулювати правильний погляд на біостатистику, як методологічну основу для використання статистичних та епідеміологічних методів у медицині, як засіб для аналізу й оцінки громадського здоров'я та систем охорони здоров'я. Особлива увага повинна приділятися окремим, поширеним у наукових дослідженнях та у медичній практиці, біостатистичним методикам та особливостям клінічної епідеміології, як наукової основи доказової медицини.

До відома студентів потрібно донести, що біостатистика потрібна практикуючому лікарю для участі у зборі статистичної інформації щодо стану здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я; розуміння результатів лабораторних (інструментальних тощо) досліджень, що використовують статистичні показники; прийняття клінічних рішень з використанням даних доказової медицини; розуміння статистичної мови сучасних публікацій, результатів досліджень; самостійного (колективного) проведення наукових досліджень, написання тез, статей, для підготовки презентацій; використання міжнародних стандартів у навчанні та на практиці.

На практичних заняттях з біостатистики у ДДМУ велика увага приділяється формуванню навичок щодо розуміння викладених у наукових публікаціях результатів статистичного аналізу. Студентів навчаються аналізувати публікацію починаючи з її дизайну та закінчуючи аналізом наявності в ній статистичних та системних помилок. Вони обирають одну публікацію дня аналізу на перших заняттях та аналізують її протягом усього циклу відповідно до теми, що вивчається.

Так, наприклад, при опануванні теми «Організація статистичних досліджень (план і програма дослідження)» здобувачі у вибраній для аналізу статті визначають об'єкт статистичного дослідження (статистичну сукупність, що вивчається), одиницю статистичного дослідження, оцінюють обсяг представленого дослідження, визначають які ознаки одиниці спостереження, що підлягали реєстрації та вивченню у представленому дослідженні, відносяться до кількісних та якісних ознак, які до факторних та результативних ознак.

В рамках теми «Середні величини та показники варіації», звертаючись до обраної публікації, студенти аналізують чи представлені у статті похідні середні

величини й оцінюють наскільки коректно вони представлені (описані) у статті, відповідно до вимог щодо урахування розподілу безперервних кількісних даних.

Ми вважаємо успіхом, коли студенти після вивчення дисципліни розуміються на тому, що досліднику перед початком обробки даних потрібно перевіряти розподіл кількісної ознаки на нормальність; описувати центральні тенденції варіаційного ряду та використовувати параметричні і непараметричні статистичні критерії оцінки достовірності в залежності від характеру розподілу змінних; активно використовувати довірчі інтервали, як для описання ознак у генеральній сукупності, так і для оцінки достовірності тощо.

Отже, ефективність викладання біостатистики студентам, окрім загальнови-знаних критеріїв, повинна оцінюватися у відповідності до їх практичних потреб майбутніх лікарів з позицій набуття навичок критичної оцінки та аналізу якості профільної публікації.

ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ У ДІТЕЙ В УКРАЇНІ

Лебедин А.М., Мітасова К.В., НФаУ, м. Харків

Алергічні захворювання є однією із найбільш значних проблем сучасної медицини. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), на них страждають 35 % населення земної кулі. Близько 15 % дитячого населення планети має алергічні захворювання у тих чи інших проявах. За офіційною статистикою у кожній четвертій дитини в Україні виявляють алергічну патологію. У дерматологічній практиці найбільш розповсюдженим алергозом є atopічний дерматит. Про це свідчить щорічне зростання захворюваності в усьому світі. В сучасних умовах спостерігається зростання захворюваності на atopічний дерматит в усьому світі, це пов'язано з несприятливим впливом багатьох факторів сучасної цивілізації.

Атопічний дерматит є хронічним запальним захворюванням шкіри, що характеризується порушеннями її бар'єрної функції й імунної відповіді, у багатьох випадках потребує персоналізованого підходу до діагностики та лікування. Початок захворювання на atopічний дерматит найчастіше відбувається в ранньому дитячому віці: вперше проявляється у віці 3–6 місяців у 45 % випадків; протягом першого року життя – у 60 %; до 5 років – у 85–90 % випадків. Атопічний дерматит зустрічається у осіб будь-якої статі і в різних вікових групах. У загальній структурі дерматозів його частка становить від 5 до 30 %, а в структурі захворюваності на дерматози в дітей – від 20 до 50 %. Частіше хворіють особи жіночої статі (65 %), захворюваність atopічним дерматитом в містах частіша, в порівнянні з сільською місцевістю. Поширеність atopічного дерматиту у дітей грудного віку в середньому коливається від 9,0 до 28,5 %, у дітей 6–7 років – від 5,5 до 30,8 %, у підлітків 13–14 років – від 6,7 до 20,7 %. У більшості пацієнтів захворювання продовжується у дорослому віці, у 10–30 % воно зникає, при цьому на все життя залишається суха шкіра, за якою потрібно ретельно доглядати з використанням зволожуючих і пом'якшувальних засобів. Лише у незначного відсотка хворих симптоми atopічного дерматиту вперше розвиваються у дорослому віці [1].

Спостерігається більш ранній прогрес (у 47 % випадків atopічний дерматит проявляється відразу після народження або у перші 2 місяці життя) та певна еволюція симптомів atopічного дерматиту з поширенням площі ураження шкіри, збільшенням частоти тяжких форм і кількості хворих на atopічний дерматит з безперервно рецидивуючим перебігом, стійкого до традиційної терапії.

Показники поширеності і захворюваності по Україні станом на 01.01. 2018 з найпоширеніших алергічних хвороб у дітей: бронхіальна астма поширеність становить 483,00 на 100 тис. населення, захворюваність – 51,00 на 100 тис.; алергічний риніт – поширеність становить 540,00 на 100 тис., захворюваність – 223,00 на 100 тис.; atopічний дерматит – поширеність – 857,00 на 100 тис., захворюваність – 384,00 на 100 тис.

За статистикою в м. Харкові в 2018 р. вперше виявлено хворих atopічним дерматитом – 101 випадок серед дорослого населення (в 2017 р. за аналогічний період 40 випадків), 29 підлітків у віці 15–18 років (в 2017 р. – 19) і 178 дітей до 14 років (в 2017 р. – 278 випадків). В першій половині 2019 р. показник поширеності на 100 тисяч населення склав 563,18, абсолютна кількість – 2431; захворюваність на 100 тисяч населення 103,09, абсолютна кількість – 445 [2].

Література:

1. Беш Л. В. Атопічний дерматит у дітей / Л. В. Беш // Здоров'є ребенка. – 2012. – № 2. – С. 37.

2. Аналіз дитячої алергологічної служби в Україні у 2019 році // К.: МОЗ України, 2019. – 9 с.

ОЦІНКА СМЕРТНОСТІ ВІД ТУБЕРКУЛЬОЗУ СЕРЕД ДІТЕЙ В УКРАЇНІ ПРОТЯГОМ 2015–2019 РР.

Чорна Д.О., Овчаренко І.А., ХНМУ, м. Харків

Актуальність. Туберкульоз продовжує залишатися соціально актуальним для дитячого населення захворюванням, що може призводити до смерті. Показники смертності від туберкульозу можуть свідчити про його недостатнє, некваліфіковане або несвоєчасне лікування. Питання оцінки дитячої смертності від туберкульозу посідає важливе місце в аналізі вдосконалення реалізації лікувально-профілактичних та протиепідемічних заходів та проведення санітарно-освітніх робіт серед дітей.

Метою дослідження є аналіз аналітично-статистичних матеріалів з туберкульозу на сайті Центра громадського здоров'я МОЗ України [1] щодо смертності серед дітей віком 0–14 років, 15–17 років і 0–17 років включно та щодо кількості населення України вікових груп, що вивчаються, протягом 2015–2019 рр., визначення показників смертності та оцінка отриманих результатів.

Результати дослідження. Смертність характеризується числом померлих від захворювання за рік на 100 000 населення. Річний показник смертності розраховується за формулою:

$$K = \frac{a}{b} \cdot 100000 ,$$

де К –річний показник смертності;

а – кількість померлих від даної причини серед населення даної території;

б – середньорічна чисельність населення на даній території.

На сайті Центра громадського здоров'я МОЗ України представлені Таблиці з статистичними даними за 2012–2020 рр. з даними про смертність серед дітей за 2012–2019 рр.. В таблицях за 2020 р. не було виявлено даних, необхідних для нашого дослідження. В таблицях представлені дані смертності серед дітей віком 0–14 років, 15–17 років та 0–17 років (загальна дитяча смертність), що обумовлено зміною методу діагностики туберкульозу в 15 років з проби Манту на флюорографію.

Обчислені показники смертності від туберкульозу серед дітей та отримані наступні результати. Для дітей віком 0–14 років у 2015 р. показники смертності становлять 0,2016, у 2016 – 0,1386, у 2017 – 0,1071, у 2018 – 0,0919, у 2019 – 0,0926. Для дітей віком 14–17 років у 2015 р. показники смертності становлять: у 2015 р. показники смертності становить 0, у 2016 – 0,0893, у 2017 – 0,1852, у 2018 – 0,0927, у 2019 – 0,1820. Для дітей віком 0–17 років у 2015 р. показники смертності становлять: у 2015 р. показники смертності становить 0,1707, у 2016 – 0,1313, у 2017 – 0,1182, у 2018 – 0,0920, у 2019 – 0,1055. Отримані ряди значень представляють собою динамічні ряди, тобто ряди, що складаються з однорідних порівнянних величин, які характеризують зміни будь якого явища (в даному випадку – смертності) за певні проміжки часу. Для аналізу отриманих динамічних рядів використовуємо наступні показники: абсолютний приріст (або зменшення), темп приросту (або зменшення), темп зростання та абсолютне значення одного відсотка приросту (або зменшення) [2, с. 93].

Абсолютний приріст (або зменшення) – це різниця між певними рівнем динамічного ряду та попереднім [2, с. 93]. Оцінюючи отримані показники смертності від туберкульозу дітей віком від 0 до 14 років, обчислений абсолютний приріст (або зменшення) показників смертності від туберкульозу дітей віком від 0 до 14 років та отримані наступні результати: для періоду 2015–2016 рр. він становить -0,0630, для періоду 2016–2017 – -0,0315, для періоду 2017–2018 – -0,0152, для періоду 2018–2019 – +0,0007. Обчислений абсолютний приріст (або зменшення) показників смертності від туберкульозу дітей віком від 15 до 17 років та отримані наступні результати: для періоду 2015–2016 він становить +0,0893, для періоду 2016–2017 – +0,0959, для періоду 2017–2018 – -0,0925, для періоду 2018–2019 – +0,0893. Обчислений абсолютний приріст (або зменшення) показників смертності від туберкульозу дітей віком від 0 до 17 років та отримані наступні результати: для періоду 2015–2016 він становить -0,0394, для періоду 2016–2017 – -0,0132, для періоду 2017–2018 – -0,0262, для періоду 2018–2019 – +0,0136.

Темп приросту – це відношення абсолютного приросту за даний період до абсолютного рівня попереднього періоду, виражене у відсотках [2, с. 94]. Обчислений темп приросту (або зменшення) показників смертності від туберкульозу дітей віком від 0 до 14 років та отримані наступні результати: для періоду 2015–2016 він становить -31,2502 %, для періоду 2016–2017 – -22,7130 %, для періоду 2017–2018 – -14,2194 %, для періоду 2018–2019 – +0,7639 %. Обчислений темп приросту (або зменшення) показників смертності від туберкульозу дітей віком від 15 до 17 років та отримані наступні результати: для періоду 2015–2016 він становить 0 %, для періоду 2016–2017 – +107,3408 %, для періоду 2017–2018 – -49,9415 %, для періоду 2018–2019 – +96,3745 %. Обчислений темп приросту (або зменшення) показників смертності від туберкульозу дітей віком від 0 до 17 років та отримані наступні результати: для періоду 2015–2016 він становить

-23,0699 %, для періоду 2016–2017 – -10,0189 %, для періоду 2017–2018 – -22,1577 %, для періоду 2018–2019 – +14,7319 %.

Темп зростання – це відношення даного рівня ряду до рівня, який прийнятий за основу, виражене у відсотках та показує, на скільки відсотків збільшився або зменшився рівень ряду за даний період [2, с. 94]. Обчислений темп зростання показників смертності від туберкульозу дітей віком від 0 до 14 років та отримані наступні результати: для періоду 2015–2016 він становить +38,7498 %, для періоду 2016–2017 – +77,2870 %, для періоду 2017–2018 – +85,7805 %, для періоду 2018–2019 – +100,7639 %. Обчислений темп зростання показників смертності від туберкульозу дітей віком від 15 до 17 років та отримані наступні результати: для періоду 2015–2016 він становить 0 %, для періоду 2016–2017 – +207,3408 %, для періоду 2017–2018 – +50,0585 %, для періоду 2018–2019 – +196,3745 %. Обчислений темп зростання показників смертності від туберкульозу дітей віком від 0 до 17 років та отримані наступні результати: для періоду 2015–2016 він становить +76,9301 %, для періоду 2016–2017 – +89,9811 %, для періоду 2017–2018 – +77,8423 %, для періоду 2018–2019 – +114,7319 %.

Абсолютне значення одного відсотка приросту – це відношення абсолютного приросту до темпу приросту [2, с. 94]. Обчислене абсолютне значення одного відсотка приросту (зменшення) показників смертності від туберкульозу дітей віком від 0 до 14 років та отримані наступні результати: для періоду 2015–2016 він становить 0,0020, для періоду 2016–2017 – 0,0014, для періоду 2017–2018 – 0,0011, для періоду 2018–2019 – 0,0009. Обчислене абсолютне значення одного відсотка приросту (зменшення) показників смертності від туберкульозу дітей віком від 15 до 17 років та отримані наступні результати: для періоду 2015–2016 він становить 0, для періоду 2016–2017 – 0,0009, для періоду 2017–2018 – 0,0019, для періоду 2018–2019 – 0,0009. Обчислене абсолютне значення одного відсотка приросту (зменшення) показників смертності від туберкульозу дітей віком від 0 до 17 років та отримані наступні результати: для періоду 2015–2016 він становить 0,0020, для періоду 2016–2017 – 0,0014, для періоду 2017–2018 – 0,0011, для періоду 2018–2019 – 0,0009.

Були оцінені отримані показники, які характеризують зміни смертності за певні проміжки часу. Протягом 5 років показник смертності від туберкульозу серед дітей: віком від 0 до 14 років в Україні зменшився на 0,1090 або на 67,4188 %; віком від 15 до 17 років в Україні збільшився на 0,1820 або на 153,7739 %; віком від 0 до 17 років в Україні зменшився на 0,0652 або на 40,5146 %. Темпи приросту показника смертності від туберкульозу серед дітей в Україні змінювався нерівномірно: серед дітей віком від 0 до 14 років найбільш значним цей показник був за період з 2015 до 2016 р.; серед дітей віком від 15 до 17 років найбільш значним цей показник був за період з 2016 до 2017 р.; серед дітей віком від 0 до 17 років найбільш значним цей показник був за період з 2015 до 2016 р. Значення 1 % приросту показника смертності від туберкульозу серед дітей віком від 0 до 14 років в Україні поступово зменшилося від 0,0020 до 0,0009. Значення 1 % приросту показника смертності від туберкульозу серед дітей віком від 15 до 17 років в Україні поступово збільшилося від 0 до 0,0009 протягом 2015–2018 рр., з подальшим зменшенням до 0,0009 в період 2018–2019 рр. Значення 1 % приросту показника смертності від туберкульозу серед дітей віком від 0 до 17 років в Україні поступово зменшилося з 0,0017 до 0,0009.

Висновок. Отримані дані під час здійсненого дослідження свідчать про нерівномірне зменшення смертності серед дітей 0–14 років та нерівномірне збільшення смертності серед дітей 15–17 років в Україні протягом 2015–2019 рр. При цьому загальна дитяча смертність (дітей 0–17 років) в Україні протягом 2015–2019 рр. нерівномірно зменшувалася. Збільшення смертності дітей 15–17 років може свідчити про помилки в реалізації лікувально-профілактичних та протиепідемічних заходів та проведення санітарно-освітніх робіт серед дітей шкільного віку.

Література:

1. Аналітично-статистичні матеріали з ТБ | Центр громадського здоров'я. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/statistika-z-tb/analitichno-statistichni-materiali-z-tb> (дата звернення: 18.09.2021).

2. Москаленко В. Ф., Гульчій О. П., Голубчиков М. В., Ледошук Б. О., Лехан В. М., Огнєв В. А., Литвинова Л. О., Максименко О. П., Тонковид О. Б. / За загальною редакцією члена-кореспондента АМН України, професора В. Ф. Москаленка / Біостатистика. – К.: Книга плюс, 2009. – 184 с.

ПРОБЛЕМА ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ВИРІШЕННЯ

Кочнєва О.В., ХНМУ, м. Харків

Проблема розповсюдження туберкульозу останніми роками привертає увагу всієї світової спільноти. В Україні, у зв'язку з глибокими соціально-економічними проблемами, за останні роки значно зросла кількість інфікованих на туберкульоз.

За даними державної служби статистики за 2020 р. в Україні виявили 17 593 випадків захворювання на туберкульоз. В той же час померли від цієї хвороби 2 886 осіб.

Для Європейського співтовариства проблема українського туберкульозу більш ніж актуальна. Україна «в лідерах» з негативними показниками за туберкульозом. ВООЗ відносить Україну до групи з 18 країн, де боротьба з туберкульозом виділено як пріоритет. Згідно зі звітом ВООЗ «епіднагляду та моніторинг за туберкульозом в Європі» (2019 р) [1, с. 18], Україна увійшла в ТОП-5 країн з найбільш високим рівнем захворюваності на туберкульоз. Станом на 2017 р. (останній звітний рік) – це Киргизстан, Молдова, Грузія і Україна.

Також відмічається, що Україна посідає друге місце по Європейському регіону за рівнем смертності від туберкульозу (ВІЛ-негативне населення). Найвищий – в Туркменістані (9,9 смертей на 100 тис.), а потім Україна (8,7) при середньому показнику в регіоні 2,6 на 100 тис. населення [3, с. 57].

Однією з вагомих причин зростання захворюваності в Україні є збільшення кількості випадків мульти-резистентного туберкульозу. Саме ця форма хвороби, на думку експертів, стала проблемою № 1 для України. Близько 30–40 % хворих мають мульти-резистентний туберкульоз. Як правило, ця форма виникає в зв'язку з тим, що пацієнти переривають або порушують лікування з різних причин. Відомо, що в Україні пацієнти з чутливим до протитуберкульозних препаратів туберкульозом виліковуються лише на 76 % [2, с. 8].

Зростання кількості таких форм впливає на здороження лікування, а значить витрати громадян і держави. За даними центру Центру громадського здоров'я МОЗ України, лікування одного хворого на туберкульоз коштує державі 1 тис. грн., а при резистентних формах лікування в десятки разів дорожче. На лікування пацієнтів зі стійкістю формою до протитуберкульозних препаратів витрачається в середньому 58 тис. грн. або понад 2 тис. дол США, а лікування пацієнтів з розширеною резистентністю може перевищувати 200 тис. грн.

Також в Україні зростає кількість хворих на туберкульоз з ВІЛ-інфекцією (коінфекція), при цьому ефективність лікування стає нижчою, а рівень смертності підвищується. Неможливість нормально лікуватися хворим з поєднаною інфекцією призвело і до зростання захворюваності на СНІД.

На сьогоднішній день проблема з лікуванням туберкульозу залишається одним з найбільш серйозних питань для країни. Існує декілька причин цієї проблеми. По-перше, це відсутність сучасних ліків для лікування туберкульозу. По-друге, це нестача бюджетних коштів, які виділяються на закупівлі медикаментів для лікування туберкульозу з Держбюджету і не покривають всієї потреби в лікуванні. Також, недостатня кількість протитуберкульозних препаратів та несвоєчасна їх поставка. Скасування диспансеризації населення та наявних методів профілактики при відсутності нових.

Враховуючи ситуацію, яка склалася, необхідне виконання певних заходів по боротьбі та профілактиці туберкульозу. Для зниження рівня захворюваності на туберкульоз слід підвищити рівень обізнаності населення, соціальної підтримки та мобілізації. Дотримуватися загальних принципів та стратегій визначених ВООЗ: розширення доступу до лікування та профілактики; забезпечення достатнього та стабільного фінансування, в тому числі для наукових досліджень; сприяння припиненню стигматизації та дискримінації; розширення протитуберкульозної діяльності на принципах справедливості, дотримання прав людини і врахування потреб населення.

Література:

1. Туберкульоз в Україні (Аналітично-статистичний довідник). К.: ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», 2019.: 45 с.
2. Феценко Ю.І., Тодоріко Л.Д., Кужко М.М., Гуменюк М.І. Патоморфоз туберкульозу реалії сьогодення, хіміорезистентність як ознака прогресування. Укр. пульмонол. журн. 2018. № 2. С. 6-10.
3. World Health Organization. Global tuberculosis report 2017. Geneva: World Health Organization; 2017.

АНАЛІЗ ЛЕТАЛЬНИХ ВИПАДКІВ ВІД ПНЕВМОНІЙ ЗА ДАНИМИ ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ В 2018–2021 РР.

Колесникова Н.Д., Наумова О.В., ХНМУ, м. Харків

За даними ВООЗ інфекції нижніх дихальних шляхів залишаються четвертою провідною причиною смертності у світі, при цьому першою серед інфекційних хвороб, смертність від таких інфекцій в 2019 р склала 2,6 млн випадків [1].

Це обумовлено високим рівнем поширеності, модифікації і резистентності збудників захворювання, а також складності у виборі етіотропної терапії через неможливість швидкої ідентифікації етіологічного агента [2].

У структурі етіології пневмоній до останнього часу переважали бактеріальні збудники, проте у зв'язку з пандемією коронавірусної хвороби COVID-19, про яку 11 березня 2020 р. оголосила ВООЗ, на перший план вийшли захворюваність і летальність від вірусної пневмонії [3].

Мета: визначення структури летальних випадків з пневмонією в Харківській обласній клінічній лікарні в 2018–2021 рр.

Матеріали і методи. Матеріалом дослідження послужили протоколи патологоанатомічних досліджень прозектури Харківської обласної клінічної лікарні (ХОКБ) за 4 роки (2018–2020 рр. та 9 місяців 2021 р.). Враховувалися частота летальних випадків від пневмонії, етіологія, сезонність захворювання, стать, вік померлих, терміни перебування в стаціонарі, безпосередня причина смерті і суття патологія.

Результати дослідження: За 2018–2020 рр. і 9 місяців 2021 р. в прозектурі ХОКБ було проведено 2099 патологоанатомічних досліджень, з них в 328 спостереженнях основним захворюванням була встановлена пневмонія (15,6 %).

Наше дослідження показало, що з 2018 по 2020 р. рівень пневмоній в структурі летальності залишався відносно стабільним і склав у 2018 р. – 28 випадків (6,3 %), у 2019 р. – 17 (3,4 %), у 2020 р. – 25 (5,4 %). При цьому всі пневмонії були викликані бактеріальними збудниками, серед яких лідирувала *Klebsiella pneumoniae*: в 2018 р. – 17 спостережень (60 %), в 2019 р. – 13 (76 %), в 2020 р. – 17 (68 %). У 2021 р. рівень смертності від пневмоній виріс приблизно в 10 разів по відношенню до попередніх років і склав 36,9 % (258 випадків), при цьому з них 192 випадки смерті (74,4 %) були обумовлені коронавірусною інфекцією COVID-19. Кількість бактеріальних пневмоній у порівнянні з попередніми роками також помітно зросла і склала 66 спостережень (9,4 %).

Відповідно до клінічних даних всі померлі з коронавірусною інфекцією COVID-19 не були вакциновані.

При вивченні сезонності захворювання було виявлено, що в 2018 р. і 2020 р. найбільш висока летальність спостерігалася в грудні – 11 (39,3 %) і 9 (36 %) випадків відповідно. У 2019 р. пік летальності припав на травень – 5 (29,4 %), в 2021 – на квітень – 103 (39,9 %). Найменша летальність від пневмоній спостерігалася в літні місяці.

При аналізі гендерної розподілу летальності від пневмоній було виявлено, що в 2018 і 2020 рр. серед померлих переважали чоловіки 20 (71,4 %) і 18 (72 %) випадків відповідно, жінки гинули значно рідше – 8 (28,6 %) і 7 (28 %). У 2019 р. жінки гинули від пневмоній дещо частіше (9 випадків (53 %)), ніж чоловіки (8 спостережень (47 %)). У 2021 р. кількість смертей серед жінок в 1,7 рази перевищила смертність у чоловіків – 161 (62,5 %) випадок проти 97 (37,5 %).

Більшість померлих перебували в літньому віці, середній вік їх склав в 2018 р. 60 років, в 2019 р. 63 роки, в 2020 р. – 57 років і в 2021 р. – 69,5 років.

Середня кількість проведених днів у стаціонарі в досліджувані роки склало 4, 9, 6, 10 відповідно.

У 2018–2020 рр. безпосередньою причиною смерті у всіх випадках з пневмонією була легенево-серцева недостатність. У 2021 р. ця причина смерті фіксувалася в 152 (59 %) спостереженнях, рідше зустрічалася поліорганна недостатність 105 (41 %).

Серед супутніх захворювань у 2018, 2020 і 2021 рр. лідируючі місця зайняли гіпертонічна хвороба: 10 (35,7 %), 11 (44 %) і 118 (45,7 %) випадків відповідно і постінфарктний кардіосклероз: 9 (32,1 %), 8 (32 %) і 50 (19,4 %) випадків відповідно. У 2019 р. найбільш частою супутньою патологією був постінфарктний кардіосклероз – 11 (64,7 %) випадків.

Висновки: Результати проведеного аналізу показали, що в структурі летальності в 2021 р. порівняно з попередніми 3 роками різко зросла частка пневмоній, викликаних, перш за все, вірусом COVID-19 і меншою мірою бактеріальними збудниками. Всі померлі від вірусної пневмонії не були вакциновані. Найбільша летальність від пневмоній доводиться на зимово-весняний період. У порівнянні з попередніми 3 роками в 2021 р. значно зросла летальність від пневмоній серед жінок, є тенденція до збільшення середнього віку померлих і кількості днів, проведених в стаціонарі. Безпосередньою причиною смерті в переважній кількості спостережень була легенево-серцева недостатність, рідше - поліорганна недостатність. Серед супутніх захворювань лідувала хронічна серцево-судинна патологія.

Література:

1. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
2. Внебольничная пневмония / А. И. Синопальников, О. В. Фесенко - М. : ГЭОТАР Медиа, 2017, 78 с.
3. World Health Organization Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report 51. World Health Organization, 2020. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situationreports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsnj1ba62e57_10

СУЧАСНІ РІШЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ЕНДОДОНТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ

Плеціс Я.Е., Костюк Н.Г., Андрєєва О.В., ХНМУ, м. Харків

Однією з цілей якісного ендодонтичного лікування є ретельна механічна та медикаментозна обробка, пломбування кореневих каналів зубів. Неадекватне лікування кореневих каналів призводить до змін кісткової тканини в периапікальній частині кореня зубу. При цьому 85–98 % випадків розвиваються запальні процеси і інтоксикація організму. Модернізація інструментів, технологій і методик лише допомагає скоротити час лікування. Неправильне їх використання призводить до небажаних наслідків, які в подальшому важко усунути. *Метою* нашої роботи було зробити огляд доступних даних про найбільш поширені помилки та ускладнення при ендодонтичному лікуванні та сучасні шляхи їх вирішення і профілактики на основі даних вітчизняної та зарубіжної літератури.

Матеріали та методи. Вивчення та аналіз доступних даних вітчизняної та зарубіжної наукової літератури.

Причинами помилок при ендодонтичному лікуванні є недостатнє матеріало-технічне забезпечення, брак часу для якісного проведення усіх етапів лікування,

недотримання техніки роботи в кореневих каналах відповідно їх топографо-анатомічним властивостям тощо. Найчастіше помилок припускають на етапах діагностики, механічної обробки і obturaції корневих каналів, а саме: перфорація кореня зуба, відлам ендодонтичного інструменту, виведення матеріалу за верхівку кореня та формування уступу.

Перфорації займають друге місце по частоті від усіх інших помилок. Перфорація кореня зуба може виникати на різних етапах лікування – від створення доступу до гирл корневих каналів до завершення обробки апікальної частини кореня. Причиною є неправильно обраний напрям бору, ендодонтичного інструменту при роботі в каналі, при створенні простору під внутрішньоканальний штифт. Також сприяють такі фактори як складна анатомія зуба (викривлені, облітеріровані канали), резорбція твердих тканин при поширенні запальних процесів, ендодонтичне переліковування, вилучення зламаних інструментів, видалення штифтів тощо. Причиною апікальної перфорації стінки кореня може бути занадто великі зусилля при роботі ендодонтичними інструментами, використання інструментів з агресивною верхівкою (K-Ріммер), використання машинних ендодонтичних інструментів в викривлених каналах у швидкісному режимі. Для запобігання необхідно дотримуватися поетапного препарування каналів, уникати obturaції дентинною тирсою, надавати відповідну форму інструменту перед роботою. Задля обробки апікальної ділянки кореня здійснювати переважно ковзаючі рухи. При машинній обробці працювати на мінімальних оборотах. До поздовжньої перфорації стінки кореневого каналу призводить погане розуміння анатомії і топографії внутрішньої будови зуба використання ендодонтичного інструменту без попереднього вигину, робота файлами з агресивною верхівкою з надмірним тиском у неправильному напрямку. При перфорації у коронковій третині кореня провадиться ортоградне лікування; у середній третині – хірургічне розкриття перфораційного отвору; в апікальній третині – резекція верхівки, гемісекція або ампутація. При цьому застосовуються препарати на основі гідроксиду кальцію для тимчасового закриття корневих каналів – Calasept, UltraCal тощо. Задля постійної obturaції використовують такі препарати як AN Plus, AN 26, Progut MTA. Для уникнення перфорацій кореня необхідно прагнути до збереження більшої кількості дентину, використовувати антиперфораційну техніку, використовувати гнучкі файли та вигинати їх, дотримуватися правил їх використання з дозуванням зусиль і поворотів. Рекомендується використання ендодонтичного мікроскопу.

Відлам ручних або ротарних ендодонтичних інструментів виникає із частотою 1–6 % та 0,4–5 %. Інструменти можуть ламатися в обертальному та згинальному режимах. Відлам при оберті може відбутися тоді, коли кінчик застрягає в каналі, а рукоятка продовжує рух. Згинальний відлам виникає, коли циклічна навантаження призводить до втоми металу, що характерно для інструментів із нержавіючої сталі. Також існує неблагоприємний вплив автоклавних циклів на цілісність Ni-Ti ендодонтичних інструментів. Для видалення уламків застосовують H-файли, протейпери, ультразвукові файли. Також новітні інструменти – Masseran Kit (США), Instrument Removal System-IRS (Dentsply) і Post Removal System-PRS (Sybron Endo). З метою профілактики перед роботою необхідно перевіряти стан ендодонтичного інструмента, дозувати зусилля під час маніпуляцій. При роботі у корневих каналах використовувати препарати на основі гіпохлориту натрію, ЕДТА. Кожен інструмент повинен мати обмежувач (стоппер) і бути вигнутий по

формі кореневого каналу. Малого розміру інструменти (06, 08, 010) краще використовувати одноразово. Для інструментів розміру 015 і 020 допускається дворазове використання, а 025 і більших розмірів – до появи ознак дефектів. При роботі машинними інструментами потрібно вести облік оброблених каналів конкретним інструментом.

Виведення пломбувального матеріалу за верхівку кореня відбувається внаслідок неправильного визначення довжини кореневого каналу, некоректно підбраного розміру філера та відсутності верхівкового упору. При пломбуванні молярів нижньої щелепи матеріал може потрапити в нижньощелепний канал та викликати запалення однойменного нерва аж до появи парестезії, а при пломбуванні молярів верхньої – у гайморову пазуху. Гутаперчу видаляють ультразвуком, тепловими інструментами, ручними (Н-файли та розчинника (хлороформ) та ротаційними файлами. Зазвичай використовують Н-файл №15 або № 20. Використовують спеціальні NiTi-файли (ProTaper Universal Retreatment Dentspy), Mtwo R (VDW), R-Endo (Micromega) тощо. Застосовують прийом анальгетиків та протизапальних; кортикостероїдів, антибіотиків; фізіотерапію. При відсутності результату використовують консервативно-хірургічні методи. При синуситі призначається хірургічні методи. У затруднених випадках причинний зуб видаляють.

Найпоширеніші причини, які призводять до формування уступу наступні. Більше 20 кривизна кореневого каналу; неправильно визначено направлення та довжину кореневого каналу; збільшений тиск на стінку каналу; надмірне обертання файлу; недостатня іригація каналу; вилучення з каналу зламаних інструментів, пломбувальних матеріалів; ущільнення у верхівкову частину детриту при обробці каналу. Полегшенню лікування сприяє візуалізація уступу під ендодонтичним мікроскопом. Обхід уступу можна провести з використанням ручних інструментів – файл 8 або 10 розміру, згинається на 2–3 мм від кінчика. Обійти уступ в апікальній частині можна за допомогою ручного тримача інструменту - EndoHandle. Для проникнення за уступ і визначення вихідної форми каналу призначений мікроексплорер. Невеликими ультразвуковими файлами на мінімальній потужності проводиться розширення каналу кореня вище уступу; потім обробка нікель-титановими ротаційними та ручними файлами. Також використовують попередньо вигнуті ротаційні інструменти PathFiles №№ 13, 16, 19. Основні профілактичні заходи формування уступу: надавати перевагу використанню пасивної техніки step-back і методу збалансованих сил; використовувати послідовно файли; попередньо вигинати інструменти відповідно до кривизни каналу; вводити інструменти в канал під невеликим тиском; використовувати інструменти з неагресивною верхівкою та нікель-титанові файли (вони ковзають по стінці каналу, а не впираються в неї).

Результати. Проведені вивчення та аналіз даних вітчизняної та зарубіжної наукової літератури про найбільш поширені помилки та ускладнення при ендодонтичному лікуванні та сучасні шляхи їх вирішення і профілактики. Найчастіше помилок припускають на етапах діагностики, механічної обробки і obturaції кореневих каналів, а саме: перфорація кореня зуба, відлам ендодонтичного інструменту, виведення матеріалу за верхівку кореня та формування уступу.

Висновки. У результаті проведеного дослідження – вивчення та аналіз даних вітчизняної та зарубіжної літератури, отриманих результатів можна зробити наступні висновки. Для уникнення та усунення помилок при ендодонтичному

лікуванні необхідно враховувати топографо-анатомічні властивості будови кореневих каналів зубів; широко використовувати рентгенологічний метод, а саме комп'ютерну томографію з метою діагностики та контролю лікування; користуватися сучасним ендодонтичним інструментарієм, бажано одноразовим та суворо дотримуватись техніці використання; широко використовувати ендодонтичний мікроскоп, ультразвукову методику; використовувати фізіотерапевтичні методики.

Література:

1. Ніколішин А.К. Терапевтична стоматологія. – Т. 2. – Київ “Здоров'я”. – Полтава “Дивосвіт”, 2005 – 392 с.
2. D'amario M, Baldi M, Petrico R, De Angelis F, ElAbed R, D'Arcangelo C. Evaluation of a New Nickel-Titanium System to create the glide path in root canal preparation of Curved canals. J Endod 2013;39 (12):1581–1584.
3. Ніколішин А.К. Современная эндодонтия практического врача – Полтава “Дивосвіт”, 2017. – 231 с.
4. Харгривз К.М., Л.Г.Берман . Эндодонтия “Cohen's pathways of the pulp” / 2020 880 с.

ГОЛКОРЕФЛЕКСОТЕРАПІЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Цзе Чжан, Плеціс Я.Е., Костюк Н.Г., ХНМУ, м. Харків.

В епоху пандемії, коли зростає медикаментозне навантаження на організм людини, частішають алергічні реакції, актуальним є звертання до нетрадиційних методів лікування, які є традиційними у східній медицині. Одним з них є акупунктура - голковколювання, яке раніше досить широко застосовувалось у стоматології зокрема з метою знеболення. Традиційна китайська медицина може використовувати акупунктуру або акупресуру-натискування, постукування і припікання для стимуляції відповідних точок меридіана для лікування різних захворювань. *Метою* нашої роботи було нагадати лікарям-стоматологам про забутий метод голкорексотерапії при лікуванні різних стоматологічних захворювань, показати переваги голкотерапії, вказати протипоказання.

Голкорексотерапія являє собою лікування подразнюючою дією рефлекторних точок із застосуванням спеціальних голок. Рефлекторні точки мають широкий спектр дії. Їх стимулювання впливає на тонус м'язів, імунотуляцію та протизапалення, мікро- та макроциркуляцію. Дія на больові рецептори призводить до аналгезії. У рефлексотерапії розрізняють гальмівний та збуджуючий методи впливу на активні точки. Гальмівний метод полягає у тривалому, постійно зростаючому подразненні точки, що призводить до десенсибілізації та зменшення болю. Виконується двома методами: 1) подразнення активної точки більш тривале та інтенсивне (кількість голок – 2–3, на максимально допустимому глибину проникнення, тривалість від 20 хв. до декількох год); 2) подразнення активної точки менш тривале та інтенсивне (кількість голок – 3–2, тривалість – 10–20 хв.).

Збуджуючий метод полягає у слабкій та короткій дії на рефлекторні центри. Тривалість подразнення – 1–5 хв. Також має два варіанти проведення процедури: в одному варіанті голки вводяться на 3–6 мм у 5–6 активних точок на 0,5–2 хв; при другому – введення голок проводиться на глибину 0,6–1 см у 10–12 активних точках на 5–6 хв. сильно та швидко, що викликає біль. У комплексному лікуванні стоматологічних захворювань застосовують обидва методи голкорексотерапії.

При лікуванні пародонтиту та пародонтозу використовуються такі активні корпоральні точки: P11, G11; GI2; GI4; GI7; E2; E3; E6; E7; E36; E41; E42; E44; E45; IG8; IG10; IG16; IG17; R3; R4; MC8; TR3; TR17; TR20; TR23; VB1; VB2; VB9; VB12; VB43; F2; VG14; VG26; VG27; VG28; VC23; VC24.

Аурикулярні точки: нирки, наднирника, верхньої та нижньої щелепи, верхньої та нижньої частини порожнини рота, потилиці, рота, щік, шень-мень; симпатичну точку. Зазвичай використовують 2–5 місцевих точок і 1–2 віддалених. Щодня проводять перші 5–6 сеансів, а наступні через 1–2 дні. В залежності від стану хворого на курс призначають 10–14 сеансів. За потреби призначають підтримуючі курси по 5–6 сеансів через 2–3 дні. При значній болючості акупунктуру проводять по гальмівній методиці.

При гінгівіті застосовують такі корпоральні точки як P11, G14; E7; E36; E41; E42; E44; E45; RP6; IG5; IG8; IG17; MC8; TR2; TR20; TR21; VB1; VB2; VB3; VB12; F2; VG14; VG26; VG28; VC24. Із аурикулярних - точки верхньої та нижньої щелепи, рота, наднирника, нирки, шень-мень. Гальмівні методики використовують при гострих випадках, а комбіновані при хронічних (у віддалених точках голки залишають на 20–30 хв, а у точках рота та обличчя проводять відповідно до другого збуджуючого методу. Кількість курсів та сеансів індивідуальна.

Для лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота впливають на корпоральні точки: : P11, GI2, GI3, GI7, GI8, GI10, GI11, E6, E36, IG4, IG5, IG23, V13, R3, R4, MC8, TR17, TR21, TR23, F2, VG23, VC27. Також діють на аурикулярні точки: нижньої та верхньої щелепи, порожнини рота та щоки; точка для лікування кропив'янки, точка щітоподібної залози, тепла, нирки, печінки, підшлункової залози та жовчного міхура, шлунка, наднирника, точка для лікування панкреатита, шень-мень. При значному болю – гальмівний метод, при хронічному перебігу – збуджуючий. При виразковому стоматиті ефективно введення золотих або сталених голок у ділянку самої виразки. Курс лікування – 10–15 сеансів. Повторне – через 7–10 днів – упродовж 10–12 сеансів. Третій курс лікування за потребою – 9–10 сеансів тривалістю 20–30 днів.

Для лікування захворювання губ стимулюють корпоральні точки: P11, GI2, GI4, GI7, GI11, E24, E36, C1, R7, R9, VG23; VC27, V13. Також діють на аурикулярні точки: язика, нижньої щелепи, рота, нирки, нижню точку наркоза при екстракції зубів. Ефективно поєднання з опроміненням язика лазером.

У випадку карієсу зубів активізують такі корпоральні точки як GI4, GI19, GI20, GI21, C7, IG18, MC7, P9, RP6, VG2, VB11, VB17, VB12, VB12, VB20, E4, E36, TR17, TR19, TR20, TR21.

Протипоказаннями до проведення голкотерапії є вагітність, гнійні захворювання шкіри, СНІД, ВІЛ, специфічні інфекції, психічні захворювання, гострі інфекційні захворювання, передракові та ракові захворювання, хвороби крові та ін.

Результати та висновки. В представленій роботі розглянуті методи голкорефлексотерапії у комплексному лікуванні різних стоматологічних захворювань, які можуть бути рекомендовані для широкого застосування в практичній стоматології.

Література:

1. Бургонский В.Г. Практика рефлексотерапії стоматологічних захворювань на Україні в історичному аспекті / Сучасна стоматологія. – 2002. – № 4. – С. 108–112.
2. Гальперин Я.Г. Роль народної медицини в III тисячелетті. Інформоенергетичні технології адаптаційних процесів життєдіяльності на початку III-го тисячоліття: Збірник наукових праць. – Київ – Кривий Ріг: ЗАТ «ЗТНВФ» «КОЛО», 2001. – С. 119–122
3. Мачерет Е.Л. і Самосюк І.З. Керівництво по рефлексотерапії. – Київ, 1982. – С. 429–434.

Секція 5
**ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ
У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

**ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ДОМУ:
МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД В УМОВАХ ДІДЖИТАЛІЗАЦІЇ
ТА ПАНДЕМІЇ COVID-19**

*Юрочко Т.П., Інгінова К.О., Навчально-науковий інститут
публічного управління та державної служби
Київського національного університету
ім. Тараса Шевченка, м. Київ*

Сьогодні, напевне, ні у кого не викликає заперечення теза, що однією з основних цілей запровадження змін в охороні здоров'я – пошук оптимальних практик діяльності галузі, яка б забезпечувала універсальне покриття в умовах обмежених ресурсів. Великого дискурсу піддаються питання доцільності організації та надання медичної допомоги пацієнтам на дому. Оскільки більшість експертів в царині управління охорони здоров'я говорять про високу вартість таких послуг. Ми в даній статті здійснюємо аналіз міжнародного досвіду з даного питання з метою використання найкращих практик для України.

Дослідивши міжнародну практику регулювання питань медичних послуг було визначено, що одногодинний візит лікаря додому у США варіюється і коштує в середньому 20–22 дол. США з 1 годину (за умови співоплати) [9]. Повна вартість коштує від 68 до 234 дол. США в залежності від складності випадку [11]. Зважаючи на кількість візитів, які у середньому раніше здійснював один український дільничий терапевт на тиждень, можна порахувати, що в середньому він/вона витрачав/ла приблизно 15–25 годин на тиждень, що по американським міркам дорівнює половині тижневого робочого часу (а у грошовому еквіваленті – приблизно 500 дол. США). В українських реаліях лікарі за здійснення візитів додому не отримували додаткових оплат від роботодавця, або ці доплати були нерелевантними витраченим на їх здійснення ресурсам.

Звичайно, що більшість пацієнтів очікують від свого сімейного лікаря можливість візиту до них додому, проте дана інтервенція має низку складнощів такі як значний час на реалізацію, небезпека під час доїзду, особливо за поганих погодних умов та у вечірній/нічний час [7]. Відповідно до вимог, розміщених на сайті державної програми медичного страхування США Medicare.gov, лікар має визначити чи потребує пацієнт надання медичної допомоги на дому: 1) кваліфікована сестринська допомога (крім забору крові); 2) фізична терапія, мовно-лінгвістична патологія; тривалі послуги ерготерапії.

Ці послуги покриваються лише тоді, коли вони є конкретними, безпечними та ефективними для лікування станів пацієнта. Обсяг та періодичність послуг повинні бути комплексними та обґрунтованими, та лише кваліфіковані терапевти можуть робити їх безпечно і ефективно. Щоб отримати право на такі послуги потрібно:

– очікувати, що стан здоров'я покращиться за розумний і загально передбачуваний період часу;

- пацієнт має обрати кваліфікованого терапевта або сімейного лікаря, щоб безпечно та ефективно скласти програму обслуговування конкретно його стану;
- пацієнт потребує кваліфікованого терапевта для безпечного та ефективного проведення підтримуючої терапії свого стану;
- медичне агентство, яке доглядатиме за таким пацієнтом, сертифіковане Medicare;
- пацієнт повинен бути прив'язаним до дому (з різних підстав), а лікар повинен засвідчити, що такий пацієнт потребує візитів лікаря до дому [10].

Наприклад, у Канаді немає як такого керівництва по визначенню, які саме категорії пацієнтів потребують візитів на дому – кожен випадок визначається сімейним лікарем самостійно на його розсуд. Проте переважна більшість таких випадків – це візити до пацієнтів, які мають обмежені фізичні можливості через фізичні вади або похилий вік та проживають у сільській місцевості. Візити на дому сімейними лікарями у великих містах Канади не практикуються [6].

Вплив COVID-19. Візити лікарів до дому пацієнтів становлять суттєвий ризик зараження COVID-19 для лікарів, цінність роботи яких значно зросла під час пандемії і тимчасова непрацездатність навіть одного лікаря у зв'язку із захворюванням різко збільшує навантаження на систему охорони здоров'я конкретної місцевості. У зв'язку з цим Центр по контролю за захворюваністю США та департаменти охорони здоров'я деяких штатів розробив спеціальний гайдлайн, який закликає максимально обмежити подібні візити додому та за можливості перевести їх у онлайн-формат [2, 4]. Окрім того слід зауважити, що виклик лікаря додому – це також і ризик зараження COVID-19 для пацієнта, який очікує на лікаря, особливо за недотримання рекомендацій щодо запобігання розповсюдженню коронавірусної хвороби [2].

Розвиток телемедичних послуг. Хоча телемедичні технології та їх використання не є новими, їх широке поширення серед медичних працівників та пацієнтів відбувалося порівняно повільно. Однак нещодавні зміни під час пандемії COVID-19 зменшили бар'єри для доступу до телемедицини та сприяли використанню телемедицини як способу надання гострої, хронічної, первинної та спеціалізованої допомоги. Багато професійних медичних товариств США схвалюють надання телемедичних послуг та розробляють настанови для медичної практики в цьому напрямку [1].

Збільшення кількості телемедичних послуг у США за даними CDC на 154 % протягом останнього тижня березня 2020 р. порівняно з аналогічним періодом 2019 р. може бути пов'язане зі змінами політики в галузі телемедицини, пов'язаними з пандемією, та керівництвом у галузі охорони здоров'я [12]. Телемедицина та дистанційне надання медичних послуг збільшують доступ до медичних сервісів для пацієнтів з обмеженими фізичними можливостями або тих, які через неможуть дістатися до ЗОЗів через транспортні складнощі. Віртуальні дзвінки додому (Virtual house calls – VHC) – це один із видів телемедицини, при якому клінічні візити проводяться віддалено через аудіовізуальний зв'язок з пацієнтом вдома. Так, відповідно до дослідження, 36 учасників пройшли як дослідницькі візити, так і два опитування за результатами здійснених візитів. Доцільність віртуальних дзвінків була продемонстрована відсутністю статистично значущої різниці в кількості закінчених віртуальних візитів порівняно з відвідуванням клінік. Віртуальні візити на дому забезпечили учасникам як економію коштів, так і час.

Більшість учасників повідомили, що вони рекомендуватимуть телемедичні візити іншим (97,1 %), і оцінили підключення за допомогою телемедицини як легке (94,3 %) [5].

Кількість подібних досліджень щодо ефективності телемедичних послуг у порівнянні з викликами лікаря додому зростає з кожним днем і зайвий раз доводить перевагу та ефективність використання нових телемедичних технологій у порівнянні з викликами лікарів додому та навіть ставлять під сумнів потребу у деяких візитах до закладів охорони здоров'я.

Таким чином, результати аналізу міжнародного досвіду підтвердили тезу високої вартості діяльності системи охорони здоров'я, що широко використовує практику викликів лікаря до дому. Сучасний світ – світ технологій. Телемедичні технології дають можливість зберігати принцип пацієнтоцентричності, своєчасності та якості в наданні медичної допомоги без виклику лікаря додому, що значно ефективніше й з економічної точки зору.

Література:

1. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/telehealth.html>
2. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/in-home-social-services.html>
3. <https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p02853.pdf>
4. <https://www.health.state.mn.us/diseases/coronavirus/visitingathome.pdf>
5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31472419/>
6. Міні-інтерв'ю з доктором Джеремі Пеннером <https://www.go2itech.org/2017/04/i-tech-ukraine-conducts-arvs-for-epidemic-control-workshop/>
7. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/13814780109094331>
8. <https://www.cms.gov/hospital-price-transparency/hospitals>
9. <https://www.seniorcare.com/home-care/resources/home-health-care-costs/>
10. <https://www.medicare.gov/coverage/home-health-services>
11. <https://www.debt.org/medical/doctor-visit-costs/>
12. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6943a3.htm>

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗАСОБІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ОНКОХВОРИХ

*Мельниченко О.А., ХНМУ, м. Харків
Перепада С.В., Калмикова І.В., ДУ «Інститут медичної радіології
та онкології ім. С.П. Григор'єва», м. Харків
Фінська О.І., Обласний центр онкології, м. Харків*

Жодна людина (така природа його організму) не захищена від хвороб, які, своєю чергою, відрізняються причинами, формами прояву, наслідками тощо. При цьому, зазвичай, чим складнішою (дорожчою) для лікування та потенційно небезпечною є паталогія, тим не лише гіршими є показники фізичного, психічного та соціального здоров'я пацієнта, а й актуалізуються нові складні виклики для їхнього оточення. Так, зокрема, «встановлення діагнозу «онкологія» спричиняє «коливальний ефект» у родині хворого, що полягає у виникненні страхів, невизначеності, порушення планів і зміну звичного укладу життя, міжособистісної

комунікації, екзистенційну тривогу, зрушення у функціонуванні родини та посилення сімейного напруження. Переживаючи наявність онкологічного захворювання у одного з членів родини, сім'я намагається перебудувати своє функціонування, що спричиняє дезадаптацію навіть у ресурсних і добре адаптованих сімейних системах» [5, с. 189].

Проте (принаймні, так має бути) проблемами онкохворих опікуються не лише їхні родичі та лікарі, а й органи державного управління та органи місцевого самоврядування, які опікуються розвитком вітчизняної сфери охорони здоров'я, використовуючи для цього відповідні методи впливу. Серед останніх (на рівні з адміністративними, економічними та правовими), чільне місце належить соціально-психологічним методам публічного управління – «способу впливу уповноважених органів публічної влади на свідомість і підсвідомість людей щодо формування суспільної думки щодо якості та доступності медичних послуг, стану здоров'я населення та особливостей функціонування сфери охорони здоров'я» [6, с. 213]. Означене, зрештою, й обумовлює актуальність даного дослідження.

Основними соціально-психологічними засобами публічного управління є: «переконування, наслідування, навіювання, заохочування, санкціонування, психологічне зараження, змушування, покарання» [4, с. 24], пропаганда... Кожний з цих засобів «спирається на умови, менталітет, ролі, інтереси, норми, цінності, настанови, мотиви, потреби, реакції, очікування суб'єкта та об'єкта управління» [4, с. 27–28] й має специфічне застосування стосовно онкохворих.

Так, зокрема, *переконування* передбачає «вплив на свідомість, почуття, волю пацієнта з метою зміни його поглядів, настанов, ставлення та оцінки шляхом активізації розумової його діяльності, апелювання до раціональних властивостей свідомості» [2, с. 37]. Тобто основні акценти зосереджуються на тому, щоб пацієнти (їхні родичі, лікарі) зберегли віру у позитивний результат лікування (особливо, коли мова йде про ранні стадії захворювання), що досягається завдяки підвищенню довіри до медичних закладів.

Збереженню позитивних настроїв сприяє й *навіювання*, яке ґрунтується на «придушенні здібності до критичного сприйняття дійсності» [4, с. 25] й «не вимагає доказів і логіки міркувань» [1, с. 56]. Тобто навіювання передбачає, що пацієнту надають лише обмежену інформацію, яку, з одного боку, складно перевірити, а з іншого – апріорі викликає довіру, оскільки надходить від кваліфікованих і неупереджених осіб.

Зараження – «процес передачі емоційного стану від одного індивіда до іншого на психофізіологічному рівні контакту поза власне смисловим впливом або додатково до нього» [3, с. 101]. Він «супроводжується взаємним обміном фраз, дій та емоцій, внаслідок чого відбувається їх наростання й підсилення» [4, с. 25]. Означене стає можливим за умови, якщо до цього процесу долучаються особи, яким вдалось здолати цю недугу. Логічним продовженням попереднього методу є наслідування, яке «ґрунтується на засвоєнні форм поведінки іншої людини на основі підсвідомої й свідомої ідентифікації себе з нею» [2, с. 37].

Змушування полягає в тому, щоб схилити об'єкт управління до виконання прийнятого рішення незалежно (а то і усупереч) його волі шляхом застосування до нього заходів тиску. Такі засоби впливу особливо актуалізуються у разі, коли онкохворі втрачають віру й, більше за те, мають суїцедальні настрої.

Державна *пропаганда* не має обмежуватись лише популяризацією здорового способу життя, а й актуалізувати толерантне ставлення суспільства до онкохворих.

Для практичної реалізації вищенаведених засобів публічного управління не-обхідне, окрім іншого, використання наступних інструментів: бюджетне фінансування створення та прокату публіцистичних і художніх фільмів, друку й розповсюдження інформаційних матеріалів, проведення комунікативних (у т.ч. наукових) заходів, адаптація передового досвіду у цій царині тощо.

На окрему увагу заслуговує ситуація, коли подальше лікування онкохворого гарантовано є безперспективним, і тому варто, з одного боку, забезпечити гідні останні дні життя пацієнта (передусім, мінімізувавши больовий синдром і психологічний тиск), а з іншого – «уберегти» родичів від «марних» затрат (особливо, якщо мова йде про розпродаж власних активів, нарощування боргів тощо). Проте означене може стати можливим за умови коригування чинних соціальних норм.

Висновки. Зважене використання соціально-психологічних засобів публічного управління зберегли віру онкохворих у позитивний результат лікування й сприяти покращанню якості їхнього життя. Подальші наукові розвідки мають бути присвячені розробці теоретичних положень і практичних рекомендацій, спрямованих на вдосконалення механізмів публічного управління розвитком вітчизняної онкології.

Література:

1. Бахтеєва Т. Медицина – не та галузь, що може почекати до «кращих» часів. *Ваше здоров'я*. 2009. 29 травня. С. 3–4.

2. Бесчасна М.В. Особливості класифікації соціально-психологічних методів управління в сільському господарстві. *Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України. (Серія: Економіка, аграрний менеджмент, бізнес)*. 2014. Вип. 200. С. 35–40.

3. Белік В.Д. Удосконалення соціально-психологічних методів управління на підприємствах харчової промисловості. *Агросвіт*. 2014. № 13. С. 37–40.

4. Білосорочка С.І. Соціально-психологічні методи державного управління: узагальнення основних понять. *Теорія та практика державного управління*. 2013. Вип. 4. С. 23–29.

5. Кужель І.Р. Медико-психологічна допомога родині онкологічного хворого на етапі паліативної допомоги. *Український вісник психоневрології*. 2012. Т. 20. Вип. 3. С. 189–190.

6. Мельниченко О.А., Саркіс-Іванова В.В., Логвинова О.В. Соціально-психологічні методи публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я: сутність поняття. *Управління розвитком соціально-економічних систем: матеріали V міжнар. наук.-практ. конф., 26 – 30 квітня 2021 р. Харків: Вид-во ХНТУСГ, 2021. С. 212–214.*

СТЕЙКХОЛДЕРИ ПОЛІТИКИ ЗДОРОВОГО ХАРЧУВАННЯ ДЛЯ ДІТЕЙ РАНЬОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ В УКРАЇНІ

*Гейко Л.І., Юрочко Т.П., Національний університет
“Києво-Могилянська Академія”, м. Київ*

Вступ. Увага до тематики здорового харчування стрімко зросла та продовжує бути одним із найактуальніших напрямків у сфері громадського здоров'я, проте наука про здорове харчування та його політика переживають численні су-

перечності та трансформації [5]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), здорове харчування захищає від хронічних захворювань [9], які є тягарем сучасних суспільств, що створює додаткове навантаження на систему охорони здоров'я [8]. У світі, а також в Україні активно переглядається рекомендаційна політика здорового харчування для дітей в закладах освіти та виховання [10], впроваджуються стандарти ВООЗ, проте питанню реалізації політики приділяється недостатня увага. Складні системи, де діє множина чинників можуть бути інертними до змін або створювати їм опір [4]. Саме тому, ключовою є розробка програми цілісної реалізації політики на всіх її рівнях, а не лише написання документів та рекомендацій. Харчування дітей раннього шкільного віку є важливим для батьків, опікунів та родичів дітей, закладів освіти та виховання, громадських активістів, лікарів, представників місцевої влади, неурядових організацій та інших структур, які беруть участь у реалізації політики та є її творцями та учасниками.

Методологія. Аналіз стейкхолдерів та їх мапування – це класичний метод менеджменту [6], який дозволяє визначити найбільш впливових та зацікавлених акторів для імплементації політики. Даний метод являє собою практичний інструмент для реалізації політик у сфері охорони здоров'я [2]. Впровадження інновацій, в тому числі внесення змін до стандартів та культури харчування, потребує добре спланованої та організованої колаборації ключових стейкхолдерів [7]. Взаємодія між різними рівнями дозволяє залучити більше доказів у прийнятті рішень, відповідно до реалій різних середовищ [3]. Однак, методологія аналізу стейкхолдерів має обмеженість у відсутності деталізованих інструкцій для його здійснення, тому результати потребують подальшої валідації [1]. В даній роботі було проведено мапування стейкхолдерів політики здорового харчування для дітей раннього шкільного віку в Україні, відносно їхнього рівня влади та інтересу.

Результати. За результатами мапування стейкхолдерів було виокремлено 4 групи:

1) *Стейкхолдери з найбільшим рівнем влади та великим інтересом:* батьки дітей раннього шкільного віку, опікуни та родичі дітей, лідери думок батьківські організації, об'єднані територіальні громади, державні та приватні організації з промоції здорового харчування, релевантні представники та відділи Міністерства охорони здоров'я України.

2) *Стейкхолдери з найбільшим рівнем влади та меншим інтересом:* виробники харчових продуктів (великі транснаціональні корпорації, місцеві виробники), неурядові організації, всі рівні державної, локальної та місцевої влади, адміністрація шкіл, релевантні представники та відділи Міністерства освіти та науки України, Міністерства аграрної політики та продовольства України, Міністерства молоді та спорту України.

3) *Стейкхолдери з найменшим рівнем влади та великим інтересом:* діти раннього шкільного віку.

4) *Стейкхолдери з найменшим рівнем влади та меншим інтересом:* лікарі первинної ланки медицини, дієтологи, педіатри, гастроентерологи.

Обговорення. Аналіз стейкхолдерів засвідчує, що найбільш пріоритетною групою та ключовими акторами для обговорення політики здорового харчування є батьки дітей раннього шкільного віку, опікуни та родичі дітей, лідери думок,

батьківські організації, об'єднані територіальні громади, державні та приватні організації з промоції здорового харчування, Міністерство охорони здоров'я. За результатами аналізу стейкхолдерів буде проведена серія глибинних інтерв'ю та фокус-груп. Це допоможе визначити якою має колаборація між визначеними групами влади та інтересу, що підвищує шанси цілісної імплементації політики та впровадження інновацій у сфері здорового харчування для дітей раннього шкільного віку в Україні. За результатами аналізу, стейкхолдери другої групи потребують тісної взаємодії для співпраці в рамках обговорення та формування політики харчування. Стейкхолдери третьої групи: діти раннього шкільного віку повинні бути проінформовані відповідним чином, щоб забезпечити їхню участь та відкоригувати деталі щодо харчування дітей раннього шкільного віку. Стейкхолдери четвертої групи, а саме лікарі первинної ланки медицини, дієтологи, педіатри, гастроентерологи мають бути залученими до процесу в міру своєї зацікавленості та зайнятості. Кожна група стейкхолдерів має бути достатньо поінформована та врахована у процесі впровадження політики здорового харчування, щоб зробити його цілісним та націленим на розв'язання конкретних проблем, а також зменшити потенційні ризики від ігнорування окремих стейкхолдерів та забезпечити довготривалий успіх проєкту.

Література:

1. Bendtsen E. A review of the state-of-the-art for stakeholder analysis with regard to environmental management and regulation [Електронний ресурс] / E. Bendtsen, L. Clausen, S. Hansen // *Journal of environmental management*, 279, 111773. – 2021. – Режим доступу до ресурсу: <https://doi.org/10.1016/j.jenvman.2020.111773>.

2. Enhancing the use of stakeholder analysis for policy implementation research: towards a novel framing and operationalised measures [Електронний ресурс] / [M. Balane, B. Palafox, L. Palileo-Villanueva та ін.] // *BMJ global health*, 5(11), e002661. – 2020. – Режим доступу до ресурсу: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002661>.

3. Evidence use in decision-making on introducing innovations: a systematic scoping review with stakeholder feedback [Електронний ресурс] / [S. Turner, D. D'-Lima, E. Hudson та ін.] // *Implementation science : IS*, 12(1), 145.. – 2017. – Режим доступу до ресурсу: <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0669-6>.

4. Hudson B. Policy failure and the policy-implementation gap: can policy support programs help? [Електронний ресурс] / B. Hudson, D. Hunter, P. Stephen // *Policy Design and Practice*, 2:1, 1-14. – 2019. – Режим доступу до ресурсу: [10.1080/25741292.2018.1540378](https://doi.org/10.1080/25741292.2018.1540378)

5. Mozaffarian D. History of modern nutrition science-implications for current research, dietary guidelines, and food policy [Електронний ресурс] / D. Mozaffarian, I. Rosenberg, R. Uauy // *BMJ (Clinical research ed.)*, 361, k2392. – 2018. – Режим доступу до ресурсу: <https://doi.org/10.1136/bmj.k2392>.

6. Nutt P. Why Decisions Fail: Avoiding the Blunders and Traps That Lead to Debacles / Paul C Nutt., 2002. – 332 с.

7. Stakeholder analysis in health innovation planning processes: A systematic scoping review [Електронний ресурс] / [L. Franco-Trigo, F. Fernandez-Llimos, F. Martínez-Martínez та ін.] // *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 124(10), 1083–1099. – 2020. – Режим доступу до ресурсу: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.06.012>.

8. The Burden of Chronic Disease: The Future is Prevention [Електронний ресурс] / R.Busse, M. Blümel, D. Scheller-Kreinsen, D. Zentner // The European Observatory on Health Systems and Policies. – 2010. – Режим доступу до ресурсу: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf.

9. World Health Organization. Healthy diet [Електронний ресурс]. – 2020. – Режим доступу до ресурсу: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>.

10. Кабінет Міністрів України, Постанова від 24 березня 2021 р. № 305, Київ. Про затвердження норм та Порядку організації харчування у закладах освіти та дитячих закладах оздоровлення та відпочинку [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/305-2021-%D0%BF#Text>.

ЕКОНОМІКА КРАЇНИ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ

Почерніна М.Г., Селіванов Е.В., Коцар М.В.,

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Інститут підготовки юридичних кадрів для служби безпеки України

Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого, м. Харків

На даний момент існує глобальний економічний кризис визваний світовою пандемією, умовно названим "ковидним". Цей кризис незвичайний. Ніколи раніше не спостерігалось така велика кількість санітарно-гігієнічних заходів, спрямованих на ізоляцію людей і обмеження соціальної та економічної активності. На даному етапі зусилля більшості країн сфокусовані на тому, щоб спрямувати більше ресурсів в систему охорони здоров'я, медичну промисловість, на розробку тестів і вакцин, але крім того вони спрямовані і на те, щоб за час, поки діють обмежувальні заходи, підтримати наступну пропозицію: не дати закритися безлічі підприємств, зберегти зв'язок людей з їх роботою і підтримати доходи тих, у кого вони знизилися. Якщо говорити про конкретний вплив пандемії COVID-19 на економіку України, то нам слід відзначити значні труднощі, зокрема, зменшенні інвестицій, зростання інфляції, падіння світових цін на деякі товари, що складають основу вітчизняного експорту. У зв'язку з пандемією великі банки та інші фінансові організації знизили свої прогнози, стосовно зростання світової економіки. Через пандемію скоротилися доходи населення, а деякі громадяни зовсім втратили роботу. Це негативно позначилося на роздрібній торгівлі, авіації, ресторанному та туристичному бізнесі.

Особливу увагу слід приділити дослідженням, присвяченим впливу COVID-19 на систему охорони здоров'я. Пандемія вивела з колії навіть самі, налагоджені медичні системи. Більшість країн, які надали дані про медичну допомогу, повідомили, що їм довелося призупинити надання багатьох планових і додаткових послуг, зосередившись на невідкладній допомозі для порятунку життя «ковідних» пацієнтів. У деяких країнах, під час пандемії, виник високий ризик тимчасової відмови в лікуванні раку або ВІЛ інфекції. Перш за все проблеми виникли з проведенням імунізації як вдома (в 70 % країнах), так і в медичних установах (61 %). Були складнощі з діагностикою та лікуванням неінфекційних захворювань (69 %), у сфері планування сім'ї та заходів контрацепції (68 %), профілактики та лікування психічних захворювань (61 %), діагностики та лікування раку

(55 %). Країни повідомили також про збої в діагностиці та лікуванні малярії (46 %), у виявленні та лікуванні туберкульозу (42 %) і антиретровірусного лікування (32 %). Було обмежено проведення усіх амбулаторних маніпуляцій і операцій, крім невідкладних і життєво необхідних. Це означало, що в даних умовах оперативне втручання виправдане тільки при гострому болі, кровотечах та прогресуючих злоякісних утвореннях. Скоротили числа очних відвідувань амбулаторних установ. Візити були дозволені тільки особам з невідкладними станами.

Що стосується фармбізнесу, він залишається у вигаді тільки в коротко-строковій перспективі. Зниження рівня доходів населення неминуче відбивається на купівельній активності: люди переключаються на дешевші препарати, а то і зовсім відмовляються від покупки ліків.

Таким чином, експерти вважають, що пандемія позбавить світову економіку 5 трильйонів доларів протягом наступних років, а ось часу на відновлення знадобиться досить багато.

ПЕРЕГЛЯД ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНОЇ ПРОГРАМИ ЯК ЗАСІБ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ УПРАВЛІНЦІВ ДЛЯ ВІТЧИЗНЯНОЇ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Мельниченко О.А., Саркіс-Іванова В.В., ХНМУ, м. Харків
Муратов Г.Р., КНП «Обласна дитяча клінічна лікарня» ХОР, м. Харків
Кутузян Ж.М., Департамент охорони здоров'я Полтавської ОДА, м. Полтава
Чумаченко О.Ю., Управління охорони здоров'я Сумської міської ради, м. Суми

В умовах посилення конкуренції на ринку освітніх послуг сучасні заклади вищої освіти (ХНМУ не є виключенням) докладають чимало зусиль задля розвитку власного матеріально-технічної бази та кадрового потенціалу, вдосконалення методичного забезпечення освітніх компонентів тощо. Водночас не варто нехтувати й переглядом освітньо-професійної програми (далі – ОПП) загалом, тим більше що це (щонайменше раз на два роки) передбачено наказом ректора ХНМУ [1]. Проте такі зміни мають бути не формальними, а такими, що спрямовано на подальше покращання якості підготовки управлінців для вітчизняної сфери охорони здоров'я. Означене, зрештою, й обумовлює актуальність даного дослідження.

Передусім зазначимо, що ОПП «Управління у сфері охорони здоров'я» в ХНМУ є унікальною, оскільки жодний з вітчизняних закладів вищої освіти, які здійснюють підготовку здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти галузі знань 28 «Публічне управління та адміністрування» спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування», не має ОПП з такою ж назвою та тожним переліком освітніх компонентів. Така ситуація, з одного боку, є вагомим конкурентним перевагою, а з іншого – додатковою проблемою, що виникне у разі запровадження Єдиного державного кваліфікаційного іспиту (далі – ЄДКІ) для здобувачів вищої освіти спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування» (до речі, на сайті Міністерство освіти і науки України для громадського обговорення вже розміщено проєкт програми ЄДКІ). Більше за те, вкрай важливо, щоб ОПП і змістовне наповнення окремих її освітніх компонентів забезпечували набуття здобувачами вищої освіти інтегральних, загальних і спеці-

альних компетентностей та досягнення програмних результатів навчання, визначених відповідним Стандартом вищої освіти [2], а також узгоджувались з запитам стейкхолдерів і траєкторіями кар'єрного розвитку випускників ХНМУ.

Саме тому вбачається за необхідне здійснення наступних заходів:

1. Проведення опитування основних стейкхолдерів (передусім, здобувачів вищої освіти й випускників за даною ОПП, роботодавців...) щодо виявлення актуальних запитів стосовно знань, навичок і компетентностей.

2. Додаткове вивчення змісту ОПП і змістовного наповнення їхнього освітніх компонентів, які пропонуються здобувачам вищої освіти в інших закладах вищої освіти (передусім, медичного профілю), на предмет виокремлення й використання найбільш актуальних їх складових.

3. Колоборація (формальна та неформальна) з представниками інших закладів вищої освіти щодо вдосконалення ОПП спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування».

4. Використання результатів опитування основних стейкхолдерів, партнерів і конкурентів для внесення змін до чинного ОПП, зокрема:

– виведення з ОПП тих освітніх компонентів, які втратили свою актуальність чи недостатньою мірою відповідають паспорту спеціальності («Теорія організації», «Менеджмент організацій»...);

– введення до ОПП тих освітніх компонентів, які є обов'язковими для проведення ЄДКІ («Державна політика та врядування», «Державна служба»...);

– сегментувати освітні компоненти за наступними блоками: 1) загальні питання публічного управління та адміністрування (1–2 семестри); 2) публічне управління в сфері охорони здоров'я (2–3 семестри);

– забезпечити здобувачів вищої освіти можливістю мати щонайменше 25 % освітніх компонентів на вибір, серед яких чільне місце виділити напряму «Менеджмент підприємств сфери охорони здоров'я»;

– продовження роботи по розширенню переліку баз практики та тем кваліфікаційних(магістерських) робіт).

5. Проведення моніторингу сприйняття стейкхолдерами пропонованих змін до ОПП та своєчасне реагування на нові виклики у цій царині.

Висновки. Необхідно періодично вносити реальні зміни до ОПП задля збереження її актуальності для основних стейкхолдерів і підвищення конкурентоспроможності на мінливому ринку освітніх послуг. Подальші наукові розвідки мають бути присвячені розробці теоретичних положень і практичних рекомендацій, спрямованих на покращання якості підготовки управлінців для сфери охорони здоров'я.

Література:

1. Про затвердження освітніх програм і навчальних планів та внесення змін до деяких освітніх програм і навчальних планів та наказу ХНМУ від 25.05.2020 р. № 122. Наказ ректора ХНМУ від 31.08.2020 р. № 229. URL: http://www.knmu.kharkov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=6225%3A-281-&catid=81%3A2019-11-11-13-30-01&Itemid=115&lang=uk. (дата звернення: 23.09.2021).

2. Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування» для другого (магістерського) рівня вищої освіти. Наказ Міністерства освіти і науки України від 04.08.2020 р. № 1001. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 13.09.2020).

ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ ЕКОЛОГО-ГІГІЄНИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Кателевська Н.М., Колоша О.В., ХНМУ, м. Харків

Актуальність. У сучасному світі безперечним фактом є визнання здоров'я людини як одного за найбільш вагомих ресурсів необхідних для забезпечення соціально-економічного прогресу будь-якої країни. При цьому пріоритетне значення надається системі управління громадським здоров'ям, що підтверджує Європейський стратегічний план «Здоров'я – 2020», основним концептуальним наголосом якого є підтримка дій держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя». Активна реалізація цього Плану на території України була підтверджена активним впровадженням медичних реформ, як стратегічного компоненту розбудови національної системи громадського здоров'я. В основу даної діяльності покладено принцип охорони здоров'я населення в усіх політичних рішеннях держави. Відповідно до даного положення було передбачено реформування системи медичних послуг населенню, формування безпечного середовища життєдіяльності людини, що також включає вирішення екологічних проблем, зміцнення здоров'я населення шляхом регулювання господарської діяльності з визнанням пріоритетності безпеки її наслідків для здоров'я та інші питання. Аналіз реалізації даної концепції розвитку еколого-гігієнічної складової громадського здоров'я в Україні свідчить про значні зміни в системі охорони здоров'я та забезпеченні медичної допомоги, при достатньо повільній реалізації урядових рішень щодо покращення еколого-гігієнічних аспектів життєдіяльності людини, що є актуальною проблемою розвитку системи громадського здоров'я в Україні.

Метою нашого дослідження було визначення основних проблем розвитку еколого-гігієнічної складової громадського здоров'я в Україні.

Матеріали та методи. Дослідження зазначеної теми дослідження включало наступні етапи: анкетне опитування студентів ХНМУ з метою встановлення рівня екологічної культури населення, аналіз нормативної бази, управлінських рішень та реалізації регіональних цільових екологічних програм (на прикладі Харківської області).

Результати. При вивченні проблем розвитку еколого-гігієнічної складової громадського здоров'я в Україні звертають на себе увагу особливості реалізації принципу первісного значення профілактики захворювань та створення безпечного навколишнього середовища. Так аналіз актуального становища свідчить про недостатній рівень уваги питанням еколого-гігієнічної безпеки населення, зокрема, необхідності удосконалення нормативного врегулювання питань, що пов'язані із моніторингом якості навколишнього середовища.

Окремого занепокоєння викликає становище, що склалося в системі взаємодії науково-дослідного та практично-орієнтованого компонентів системи громадського здоров'я. Так, послаблення взаємозв'язку між закладами системи охорони здоров'я та органів контролю за екологічною якістю навколишнього середовища негативним чином впливає на заходи та управлінські рішення, щодо врегулювання питань забезпечення еколого-гігієнічної безпеки населення. Також занепокоєння викликає подальше реформування системи забезпечення профілак-

тичного напрямку в системі управління громадським здоров'ям в Україні, зокрема, рішення щодо діяльності санітарно-епідеміологічної служби, системи науково-дослідних інститутів та системи із профілактики інфекційних та неінфекційних захворювань, в тому числі професійної патології, в цілому.

Актуальне становище свідчить, що значну частку уваги слід приділити поліпшенню якості навколишнього середовища шляхом вирішення проблем пов'язаних із поводженням із побутовими відходами. Так за даними Доповіді «Про стан навколишнього природного середовища в Харківській області у 2019 році», що було оприлюднено Департаментом захисту довкілля та природокористування Харківської обласної державної адміністрації ситуація впродовж останніх років лишається «стабільно складною». При цьому вивчення державної політики у вирішенні цього питання показало, що окремі дії здебільше носять місцевий характер, а рішення питань, в тому числі економічних, переведено на місцевий рівень самоврядування. Слід зазначити на необхідності проведення більш активної інформаційної роботи із метою підвищення рівня екологічної освіти населення та формування індивідуальної екологічної культури. Так, про необхідність проведення відповідної роботи свідчать результати анкетного опитування студентів ХНМУ, згідно з якими було встановлено, що з 78 студентів ХНМУ, які прийняли участь в опитуванні 57 респондентів (73,08 %) не вважають за потрібне сортувати сміття, а більше половини опитаних – 47 осіб, що становить 57,69 % не сортуються навіть небезпечні побутові відходи. При цьому, 56 студентів, що складає 71,79 % , зазначили, що не роблять цього через незнання цього питання. Значна частка студентів (57 осіб, тобто 73,08 %) взагалі не володіють інформацією про локацію точок сортування відходів.

Висновки. Таким чином, аналіз ситуації, що склалася в системі забезпечення розвитку еколого-гігієнічної складової громадського здоров'я населення України, свідчить про наявність низки проблем організаційно-управлінського, нормативного, економічного та інформаційного характеру. Вирішення відповідних проблем потребує комплексного системного підходу із залученням різнопрофільних спеціалістів та інформаційних ресурсів, розбудовою системи профілактичної допомоги населенню та нормативно-правовою підтримкою управлінських рішень. Важливим фактором успішності реалізації управлінських рішень щодо подолання проблем розвитку еколого-гігієнічної складової громадського здоров'я в Україні є економічне забезпечення зазначеної діяльності.

FEATURES OF FINANCING AND MANAGEMENT OF MULTIDISCIPLINARY MEDICAL INSTITUTIONS

Nesterenko V., Vasheva A., KhNMU, Kharkiv

In the context of reforming the medical system of Ukraine, multidisciplinary hospitals play a key role in providing medical care to the population. They become the center of medical care of the hospital district and are the main medical institutions for providing highly specialized medical care. According to the law on decentralization of power, funding of multidisciplinary medical institutions and medical districts will be provided by the community or local government, depending on the level of self-organization.

Currently in Ukraine there is a full-scale reboot of the medical system. Hospital districts are created, supporting hospitals are determined and, accordingly, the level of medical services provided by these structures and their financing is determined. Various options for financing the health care system were proposed and in October 2017 these options were reflected in the Law of Ukraine "On State Financial Guarantees of Public Health Care", which explains the processes of financing the health care system. This law has created a solid legal and policy basis for the introduction of new health financing mechanisms. The gradual implementation of the reform is envisaged. The first stage of the reform focuses on primary health care (PHC), and the second one is focused on the secondary and tertiary care. [1]

The first stage of the reform took place in 2019. The beginning of the implementation of the second phase of reform took place in the spring of 2020 with changes. The concept of health care financing reform was approved. This concept is aimed at providing quality medical services to the citizens of Ukraine, changing the financing of the health care system using the model of compulsory state insurance at the expense of the state budget. The concept provides for a state guaranteed package of medical care, a single national ordered medical services, changed approaches to payment and quality management of services. [3]

The reforming process of Ukraine's medical sector has been supported by European medical organizations led by WHO and the financial organization World Bank. The first stage of the reform was successful. Ukrainians elected family doctors, signed declarations. Primary health care funding has improved significantly through NHS payments and subventions from local budgets. [2]

In April 2018, the governing body and financing of the medical sector – the National Health Service of Ukraine (NHSU) – was established and the provisions necessary for its operation were approved. The National Health Insurance Fund is a national insurance body that provides coverage of the population with a certain guaranteed package of medical services. [2]

The principle of "money follows the patient" has worked, ie money for the treatment of patients is sent to the hospital where medical care was provided. At present, multidisciplinary hospitals enter into cooperation agreements with the National Health Insurance Fund and receive money in accordance with these agreements. The essential conditions of the agreement on medical care for the population under the program of medical guarantees are:

– the list and scope of medical services and medicines which are provided to patients;

– conditions, procedure and terms of tariff payment;

– the actual address of medical services;

– rights and duties of the parties;

– contract term;

– reporting of health care providers; responsibilities of the parties.

The contract on medical care is a subject to publication on the official website. [4]

The analysis of the national legal framework allows us to conclude that the legislation of Ukraine concerning the financing of the health care system is characterized by a sufficient level of systematization, the presence of laws and regulations developed taking into account the main international requirements. However, the national legal framework still cannot be considered perfect, as the

practice of implementing laws governing the financing and management of health facilities needs to be improved. There is a need to use new methods of financial management, for example, the program-target method, which meets all the requirements of accession to the European Union in the field of financial management system reform in accordance with European legislation in this area.

References:

1. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
2. Постанова Кабінету Міністрів України № 283 від 28 березня 2018 року «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання первинної медичної допомоги населенню» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/ru/283-2018-%D0%BF#Text>
3. Розпорядження Кабінету Міністрів «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» № 1013-р <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249626689#Text>
4. Урядовий портал органів виконавчої влади України <https://www.kmu.gov.ua/news/uryad-viznachiv-umovi-finansuvannya-dlya-stvorennya-prijmalnih-viddilen-v-opornih-likarnyah>

МЕДИЧНА ОСВІТА, НАУКА ТА ПРАКТИКА

ОСВІТНЬО-НАУКОВА ПРОГРАМА З ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ПІДГОТОВКИ ДОКТОРІВ ФІЛОСОФІЇ: КОНЦЕПТУАЛЬНА ОСНОВА ТА ПРІОРИТЕТИ

*Лехан В.М., Крячкова Л.В., Гриценко Л.О.,
Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро*

Ключові цінності у вигляді здоров'я людини та суспільства є провідною кінцевою метою підготовки фахівців сфери громадського здоров'я та його охорони, а отримання необхідних і достатніх знань, навичок та вмій для виконання оригінального наукового дослідження є запорукою якісної підготовки висококваліфікованих фахівців для цієї галузі. На сьогодні ринок праці нашої держави відчуває велику потребу у фахівцях з громадського здоров'я та спеціалістах, що будуть їх навчати, що стало критично відчутним у період пандемії COVID-19.

Для подолання викликів сьогодення в Дніпровському державному медичному університеті (ДДМУ) розпочато підготовку висококваліфікованих науковців у предметній області громадського здоров'я і громадської охорони здоров'я, здатних самостійно провести та втілити у практику оригінальне наукове дослідження, націлене на розв'язання комплексних проблем щодо підвищення рівня популяційного здоров'я, яке розширить сферу наукових знань, сприятиме подальшому розвитку науково обґрунтованої охорони здоров'я і доказової профілактики та отримає високу оцінку у професійному і міждисциплінарному середовищі.

Розроблена з цією метою освітньо-наукова програма (ОНП) зі спеціальності 229 «Громадське здоров'я» відповідає вимогам чинного законодавства України та Європейського списку основних компетенцій ASPHER (The Association of Schools of Public Health in the European Region) [1] для фахівців (практиків та науковців) з громадського здоров'я з переглядом у відповідності до Моделі компетенцій BOO3-ASPHER для кадрів громадської охорони здоров'я в Європейському регіоні [2].

Унікальність ОНП полягає в її гармонізації з Європейськими підходами ASPHER та Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щодо підготовки фахівців з громадського здоров'я; в комплексності та інтегративності, що забезпечується модульною структурою за профілактичними дисциплінами з можливістю обирати вектор наукового дослідження за одним з трьох модулів: соціальна медицина, гігієна та професійна патологія, епідеміологія в практиці громадського здоров'я; в можливості внутрішньої та зовнішньої міжсекторальної колаборації з іншими кафедрами ДДМУ, громадськими і міжнародними організаціями; у націленості на розбудову та підвищення дієвості системи громадської охорони здоров'я в Україні та регіоні, особливо у періоди на кшталт пандемії COVID-19. При формулюванні цілей та програмних результатів навчання враховано національний і закордонний контекст з підготовки здобувачів з громадського здоров'я на третьому освітньо-науковому рівні, таких як Американського комітету з підготовки лікарів для громадської охорони здоров'я, Європейського списку основних компетенцій ASPHER та модель компетенцій BOO3-ASPHER для кадрів громадської охорони здоров'я в Європейському регіоні. Серед націо-

нальних напрацювань - вихідні положення Стандарту Вищої освіти України другого (магістерського) рівня за спеціальністю 229 Громадське здоров'я, затвердженого Наказом МОН України від 12.12.2018 р. № 1383, відомості з чисельних міжнародних та вітчизняних публікацій, вебінарів Національного агентства із забезпечення якості вищої освіти, результати власних наукових розробок.

Оскільки ОНП передбачає науково обґрунтоване вирішення завдань, актуальних для практичної охорони здоров'я, галузева спрямованість забезпечувалася визначенням сучасних пріоритетів розвитку сектору громадського здоров'я на обласному та національному рівнях, представлених у нормативних документах, також приймалися до уваги інтереси та пропозиції керівників закладів охорони здоров'я регіону, закордонних стейкхолдерів. Враховувався багаторічний досвід та плідна діяльність наукових шкіл ДДМУ за напрямками соціальна медицина, гігієна та епідеміологія, які завжди мали потужну практичну спрямованість.

Упродовж періоду навчання ОНП дозволяє також забезпечити набуття здобувачами вищої освіти соціальних навичок (soft skills), які відповідають цілям та результатам програми. Досягнення програмних результатів відбувається завдяки обранню оптимальних форм і методів навчання і викладання, зокрема застосування інтерактивних методів (робота в малих групах, мозковий штурм, дискусія), практичних методів (розв'язування ситуаційних завдань, кейс-метод), застосування сучасних інформаційних технологій (презентації, навчальні фільми, Smart-технології), мультимедійних засобів, сучасних комунікаційних платформи (Moodle, Google Meet, ZOOM, Youtube тощо), бурхливий процес запровадження яких стимулювало розширення можливостей сфери дистанційного навчання у сучасній епідемічній ситуації. Студентоцентрованість ОНП передбачає можливість індивідуалізованого підходу до обрання освітньої траєкторії також за рахунок значної кількості програм вільного вибору, завдяки чому можуть бути враховані потреби здобувача як у виборі дисциплін навчального плану, так і у виборі форм і методів навчання. Ефективність цього підходу забезпечується реалізацією низки умов: створення діалогічного простору в організації навчального процесу; використання принципів соціально-психологічного навчання в навчальній і науковій діяльності; формування психологічної готовності викладачів до використання інтерактивних форм навчання, спрямованих на розвиток внутрішньої активності аспірантів. На підставі отриманого досвіду і побажань стейкхолдерів (здобувачів, їх керівників, роботодавців та науково-педагогічних працівників закладу) ОНП постійно оновлюється. При цьому активно застосовуються методи зворотного зв'язку, що реалізується через опитування здобувачів, яке регулярно проводиться як відділом аспірантури, так і в рамках вивчення окремих дисциплін. За результатами опитування рівень задоволеності аспірантів методами навчання і викладання є достатньо високим і сягає 80–100 %.

Таким чином, підготовка докторів філософії за ОНП є підґрунтям для наступної професійної діяльності, важливою передумовою для самореалізації та подальшого кар'єрного росту. Програма відповідає запитам сучасного суспільства щодо підготовки конкурентоспроможних фахівців у галузі громадського здоров'я, здатних до керівництва освітнім процесом та до вирішення актуальних питань та викликів. А науково-обґрунтований підхід до впровадження профілактичних і протиепідемічних заходів, командний та багатосекторальний підходи сприятимуть збереженню та зміцненню здоров'я на рівні громади, регіону та країни в цілому.

Література:

1. ASPHER's European List of Core Competences for the Public Health Professional, 5 edition. Edited by Anders Foldspang, Christopher A. Birt, Robert Otok. – ASPHER, 2018. -63p. <https://doi.org/10.1177/1403494818797072>
2. WHO-ASPHER Competency Framework for the Public Health Workforce in the European Region. - WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2020.- 72p. URL: https://www.euro.who.int/_data/assets/_pdf_file/0003/444576/WHO-ASPHER-Public-Health-Workforce-Europe-eng.pdf

ПІСЛЯДИПЛОМНА ОСВІТА ЛІКАРІВ ЯК ОДИН З ОСНОВНИХ МЕХАНІЗМІВ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Сердюк О.І., Корон О.А., Просоленко Н.В.,

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків

Проблема управління якістю медичної допомоги населенню є однією з найважливіших для будь-якої системи охорони здоров'я. Управління якістю медичної допомоги потребує певного кадрового забезпечення та удосконалення професійної підготовки медичних кадрів на післядипломному рівні із запровадженням методології управління, що базується на принципах доказової медицини [3].

В контексті реформування національної системи охорони здоров'я в Україні одним із невідкладних завдань є підготовка висококваліфікованих спеціалістів галузі охорони здоров'я, що й є одним із пріоритетних завдань системи післядипломної медичної освіти в Україні, яка здійснюється в медичних закладах вищої освіти та на медичних факультетах університетів зі сформованою розвинутою інфраструктурою, високим професорсько-викладацьким і науковим потенціалом та багаторічними традиціями післядипломної підготовки лікарів [1].

Згідно з програмою Всесвітньої федерації медичної освіти світові стандарти медичної освіти спрямовані на стимулювання органів влади, організацій та установ, відповідальних за медичну освіту щодо формулювання своїх власних планів змін і покращення якості медичної освіти відповідно до міжнародних стандартів; створення системи національної та міжнародної оцінки, акредитації та визнання медичних навчальних закладів і програм для забезпечення стандартів якості медичної освіти; захист медичної практики та використання медичних кадрів з урахуванням зростання інтернаціоналізації за чітко визначеними міжнародними стандартами в медичній освіті [17].

Післядипломна медична освіта, яка спрямована на забезпечення потреб суспільства і держави у конкурентоспроможних фахівцях, сприяння задоволенню інтересів громадян у постійному підвищенні професійного та кваліфікаційного рівня і запобігання втратам продуктивних сил завдяки регулярному оновленню професійної підготовленості фахівців до сучасних соціально-економічних умов суспільства, передбачає додержання принципу безперервності навчання, основною метою якого є забезпечення та підтримка високого професійного рівня фахівців в умовах прискореного розвитку науки та еволюції суспільних потреб у період суспільних та економічних трансформацій. У загальній системі медичної освіти післядипломна освіта є етапом медичного навчання, під час якої лікарі набувають досвід після отримання базової медичної кваліфікації, і, такий етап має проводитись відповідно до конкретних правил та інструкцій, тобто післядипломна освіта є частиною безперервної сукупності, тривалості та послідовності навчання в медицині і є важливою складовою безперервного професійного розвитку [2].

На сьогодні в світовій освітній практиці існує низка моделей післядипломної медичної освіти – одноетапна, коли після отримання диплому лікарі навчаються в інтернатурі чи в резидентурі, двохетапна, коли після отримання диплому лікарі навчаються в інтернатурі, а потім в резидентурі чи на спеціалізації та трьохетапна, коли після отримання диплому лікарі проходять стажування чи навчаються в інтернатурі, потім в резидентурі, а потім на спеціалізації з вузьких спеціальностей [13].

Основні правові засади післядипломної освіти в Україні за останні майже 30 років повністю висвітлені у чисельних відповідних державних законодавчих актах і визначають форми післядипломної медичної освіти, що спрямовані на забезпечення поглиблення професійних знань, умінь за спеціальністю, здобуття нової кваліфікації, наукового ступеня або одержання нового фаху на основі наявного освітнього рівня та досвіду практичної роботи [4–9, 11, 14–16].

Разом з тим, в останні роки в Україні відбуваються певні організаційні зміни в системі післядипломної медичної освіти, які базуються на світовій і європейській освітній практиці, розглядаються як складова трансформації системи охорони здоров'я і передбачають зменшення кількості базових спеціальностей, за якими можна навчатись в інтернатурі та збільшення кількості вторинних лікарських спеціалізацій, які після закінчення інтернатури можна отримати в закладах післядипломної освіти [11, 12] і запит на такі вторинні спеціальності регулюватиметься передусім ринком медичних послуг.

На законодавчому рівні внесені зміни до порядку фахового удосконалення і атестації лікарів [10, 14] та, фактично, створено ринок освітніх послуг із залученням широкого спектру провайдерів. Враховуючи те, що в Україні суттєво змінені критерії нарахування балів безперервного професійного розвитку та фактично відсутня система акредитації провайдерів освітніх послуг та методик визначення можливої кількості наданих балів цими провайдерами, перед закладами вищої медичної освіти і, насамперед, післядипломної медичної освіти, враховуючи майже сторічну історію розвитку і постійного удосконалення післядипломних освітніх технологій, постає нагальне завдання їх конкурентоспроможності в умовах сучасних соціально-економічних реалій.

Висновок. Післядипломна медична освіта як невід'ємна складова безперервного професійного розвитку працівників галузі охорони здоров'я, яка полягає у спеціалізованому удосконаленні фахової освіти і професійної підготовки кожного лікаря шляхом поглиблення, розширення і оновлення його професійних знань, умінь і навичок або отриманні іншої спеціальності на основі здобутого раніше освітньо-кваліфікаційного рівня та практичного досвіду, є одним із дієвих механізмів управління якістю медичної допомоги населенню.

Література:

1. Висоцька О.І. Сучасні аспекти післядипломної підготовки медичних кадрів первинної медичної допомоги та громадського здоров'я з питань протидії розповсюдження ВІЛ/СНІДу в Україні [Електронний ресурс] Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2017_3_12.

2. Вороненко Ю.В. Історичні аспекти розвитку національного закладу медичної післядипломної та безперервної освіти України [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/umn_2020_12_2_9.

3. Дячук Д.Д. Сучасні підходи щодо управління якістю медичної допомоги: переваги сертифікації за стандартом ISO 9001:2009 (огляд літератури) [Електронний ресурс] Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Clinprevmed_2017_3_30.

4. Наказ МОЗ України від 22.07.1993 р. № 166 «Про подальше удосконалення післядипломної підготовки лікарів (провізорів)» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0113-93#Text>.

5. Наказ МОЗ України від 17.03.1993 р. № 48 «Про порядок направлення на стажування лікарів і їх наступного допуску до лікарської діяльності» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0019-93#Text>.

6. Наказ МОЗ України від 19.12.1997 р. № 359 «Про подальше удосконалення атестації лікарів» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0014-98#Text>.

7. Наказ МОЗ України від 07.12.1998 р. № 346 «Про затвердження Переліку назв циклів спеціалізації та вдосконалення лікарів і провізорів у вищих закладах післядипломної освіти» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0346282-98#Text>.

8. Наказ МОЗ України від 12.08.2009 р. № 588 «Про атестацію професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють в системі охорони здоров'я» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0895-09#Text>.

9. Наказ МОЗ України від 07.07.2009 р. № 484 «Про затвердження Змін до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0693-09#Text>.

10. Наказ МОЗ України від 19.01.2021 № 74 "Про затвердження Змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України" [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-19012021--74-pro-zatverd-zmin>.

11. Наказ МОЗ України від 22.02.2019 р. № 446 "Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів" [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-22022019--446-dejaki-pitannja-bezperernogo-profesijnogo-rozvitku-likariv>

12. Наказ МОЗ України від 22.06.2021 № 1254 "Про затвердження Положення про інтернатуру та вторинну лікарську (провізорську) спеціалізацію" [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-22062021--1254-pro-zatverdzhennja-polozhennja-pro-internaturu-ta-vtorinnu-likarsku-provizorsku-specializaciju>.

13. Післядипломна освіта у світі та Україні. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://nuozu.edu.ua/d/dovidkova-informatsiia/pisliadypломna-osvita-u-sviti-ta-ukraini>.

14. Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 302 "Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я" [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/302-2018-p#Text>.

15. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2019 р. № 95-р «Про схвалення Стратегії розвитку медичної освіти в Україні» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/95-2019-p#Text>.

16. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 21.08.2019 р. № 674-р. «Про затвердження плану заходів з реалізації Стратегії розвитку медичної освіти в Україні на 2019-2021 роки» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/674-2019-p#Text>

17. WFME Global Standards for Quality Improvement. Електронний ресурс. Режим доступу: https://www.um.es/documents/1935287/1936044/Revision_of_Standards_%20for_Basic_Medical_Education_FINAL_260912.pdf/5866f7af-f7fc-4f9a-a7e6-eb054b7795c3.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «СОЦІАЛЬНА РОБОТА» НА КАФЕДРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

Огнєв В.А., Усенко С.Г., ХНМУ, м. Харків

Останнім часом в Україні набуває великого значення питання соціальної політики. Це пов'язано з тим, що змінилася політична система суспільства, вона стала демократичною, з'явилися нові соціальні групи у суспільстві також змінився механізм соціальної підтримки різних верств населення, передусім дітей, молоді, сім'ї.

Соціальна робота – галузь наукових знань, академічна дисципліна та професійна діяльність, спрямована на підтримання і надання кваліфікованої допомоги будь-якій людині, групі людей, громаді, що розширює або відновлює їхню здатність до соціального функціонування, сприяє реалізації громадянських прав, запобігає соціальному виключенню [1].

Соціальна робота як фахова діяльність є взаємопов'язаною системою цінностей, теорії і практики, її місія полягає у наданні людям можливості якомога повніше розвивати власний потенціал, збагачувати своє життя та попереджувати виникнення дисфункцій [2].

Соціальні працівники та фахівці із соціальної роботи надають дорадчу та консультативну допомогу окремим особам, сім'ям, групам, спільнотам та організаціям у випадку виникнення у них соціальних та особистих труднощів. Вони допомагають клієнтам розвинути необхідні вміння та навички, а також забезпечують доступ до відповідних ресурсів та служб підтримки, необхідних для реагування на проблеми, пов'язані з безробіттям, злиднями, інвалідністю, залежністю, девіантною поведінкою, зокрема, кримінальною, проблемами у родині та ін. [3].

Функції соціальної роботи: профілактична, прогностична та функція соціального контролю. Також існує дуже велика кількість завдань соціальної роботи, а саме: це проведення оцінки потреб клієнтів соціальних послуг; інтерв'ювання клієнтів індивідуально, у складі сім'ї або груп, для оцінки їх стану та проблем, а також визначення необхідних послуг; аналіз ситуації клієнта та визначення альтернативних підходів до вирішення проблем; надання соціальних послуг їх отримувачам згідно з укладеною угодою; проведення групових занять, з метою надання допомоги клієнтам у розвитку необхідних вмінь та формування знань, необхідних для вирішення власних соціальних та особистих проблем; планування і впровадження програм допомоги клієнтам; формування загальнодоступних інформаційних ресурсів, що містять інформацію про діяльність надавачів соціальних послуг, і забезпечують доступ до даних ресурсів за допомогою розміщення їх на інформаційних стендах у приміщеннях надавачів соціальних послуг, у засобах масової інформації, у мережі Інтернет та ін.

Виникла необхідність підготовки фахівців для роботи у соціальному напрямку. Саме в Харківському національному медичному університеті за ініціативою кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи в 2016 р. була затверджена освітньо-професійна програма «Соціальна робота» першого (бакалаврського) рівня вищої освіти за спеціальністю 231 «Соціальна робота». Метою цієї програми є саме забезпечення підготовки фахівців, здатних розв'язувати складні спеціалізовані задачі та прикладні проблеми соціальної сфери або у процесі навчання, у тому числі управління соціальними процесами та процесами, що мають місце в індивідуальному розвитку особистості [4].

Об'єктом вивчення є: особи, родини, соціальні групи та громади, які потребують підтримки для покращення здоров'я, соціального функціонування та загального благополуччя.

Цілі навчання: є підготовка фахівців, здатних розв'язувати складні спеціалізовані задачі та прикладні проблеми соціальної сфери або у процесі навчання, у тому числі управління соціальними процесами та процесами, що мають місце в індивідуальному розвитку особистості, що передбачає застосування певних теорій та методів соціальної роботи і характеризується комплексністю та невизначеністю умов, та зорієнтованих на подальшу фахову самоосвіту [4].

На кафедрі громадського здоров'я та управління охороною здоров'я також проводиться викладання дисциплін, які передбачені освітньою-професійною програмою «Соціальна робота». Це наступні дисципліни: «Соціальна та демографічна статистика», «Медико-соціальні основи здоров'я», «Система організації соціальних служб», «Менеджмент соціальної роботи», «Ведення професійних документів», «Основи наукових досліджень», «Медичне страхування», які викладаються бакалаврам денної та заочної форм навчання.

Для успішного навчання та опанування необхідної інформації великого об'єму, кафедрою розроблені та підготовлені програми навчальних дисциплін, для бакалаврів – силабуси освітніх компонентів, методичні вказівки до практичних занять з усіх тем. Також підготовлено велика кількість презентацій для лекцій та практичних занять із застосуванням сучасних методів навчання. З дисциплін, які винесені до КРОКУ розроблені тестові завдання.

Таким чином, кафедрою громадського здоров'я та управління охороною здоров'я поводить велика робота, яка спрямована на покращення процесу професійної підготовки фахівців з соціальної допомоги, а в по дальшому і на підтримку населення. Тому що наша держава, яка є соціальною державою, повинна послідовно проводити політику, спрямовану на захист прав людини, активно реалізувати соціальну політику не лише за рахунок державних інституцій, але й на рівні громадянського суспільства, це один із головних напрямків внутрішньої політики держави, що має забезпечити відтворення соціальних ресурсів, за рахунок яких вона практично реалізується.

Література:

1. Вступ до соціальної роботи: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / За ред. Т.В. Семигіної, І.І. Миговича. К.: Академвидав, 2005. с. 300. ISBN 966-8226-26-7

2. Соціальна робота: В 3 ч. К.: Вид. дім «Києво-Могилянська академія», 2004. Ч. 1: Основи соціальної роботи / Н.Б. Бондаренко, І. М. Грига, Н. В. Кабаченко та ін.; За ред. Т. Семигіної та І. Григи. 2004. ISBN 966-518-294-3

3. Закон України «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю» від 21 червня 2001 року № 2558-III (зі змінами)

4. Посилання до електронного ресурсу:
http://www.knmu.kharkov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=6241%3A-231-&catid=84%3A2019-11-11-14-50-58&Itemid=118&lang=uk

ДОЦІЛЬНІСТЬ ТА ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ВИБІРКОВОЇ ДИСЦИПЛІНИ «ЕТИЧНІ НОРМИ В ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'Ї» ПРИ ПІДГОТОВЦІ МАГІСТРІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»

Ащеулова Т.В., Компанієць К.М., Кочубей О.А., ХНМУ, м. Харків

Актуальність підготовки магістрів спеціальності 229 «Громадське здоров'я» визначена необхідністю модернізації системи медичної освіти у сфері громадського здоров'я, забезпечення її висококваліфікованими фахівцями, які здатні на високому рівні розв'язувати професійні завдання відповідно до європейських стандартів та потреб суспільства [1].

Предметом вивчення навчальної дисципліни «Етичні норми в громадському здоров'ї» є комплекс професійних та загально-етичних питань здоров'я населення, детермінантів, що на нього впливають; питань організаційної, управлінської, експертної, контрольної-аналітичної, проектної, науково-дослідницької діяльності у сфері громадського здоров'я та промоції здоров'я.

В умовах оптимізації в Україні системи громадського здоров'я її фахівці повинні ґрунтувати свої дії на етичних цінностях та враховувати юридичні процедури та норми. Включення питань етики в навчальну програму з питань ГЗ є необхідним до виховання у фахівців громадського здоров'я та медичних працівників, з якими вони тісно співпрацюватимуть, необхідних морально-етичних принципів, які стануть для всіх них професійним обов'язком і справою професійної честі та гідності [2]. Громадське здоров'я базується на певних принципах і цінностях, які використовуються при вирішенні етичних питань, направлених на пошук часом нелегких компромісів між індивідуальними та колективними потребами, підтриманням балансу між всезагальним добром та громадянськими свободами окремої людини [3, с. 13].

У навчальні цілі програми включено основні концепції етики та деонтології, як вчення про моральні норми і правила, що визначають складні питання цінності життя людини, відношення до смерті; моральні аспекти втручання в репродукцію людини, проблеми трансплантології. Важливим направленням етики громадського здоров'я є етичні питання при проведенні біомедичних досліджень, знання нормативно-правових документів про захист прав і переваги людини в зв'язку з використанням досягнень в біології та медицині.

Предметом вивчення навчальної дисципліни «Етичні норми в громадському здоров'ї» є комплекс професійних та загально-етичних питань здоров'я населення, детермінантів, що на нього впливають; питань організаційної, управлінської, експертної, контрольної-аналітичної, проектної, науково-дослідницької діяльності у сфері громадського здоров'я та промоції здоров'я. Ціллю навчання є підготовка фахівців, здатних розв'язувати складні задачі і проблеми у галузі громадського здоров'я або у процесі навчання, що передбачає проведення досліджень та/або здійснення інновацій та характеризується невизначеністю умов і вимог [4, с. 58].

Результатом вивчення дисципліни є: оцінювати, інтерпретувати та порівнювати основні епідеміологічні та демографічні показники, значення детермінант здоров'я у розрізі різних груп населення в Україні, Європейському регіоні та світі; розробляти варіанти стратегій, політик та визначати окремі інтервенції, спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я населення та оцінювати їх ефективність; проектувати заходи з нагляду за станом здоров'я населення, аналізувати вплив різних детермінант (соціальних, економічних, навколишнього середовища) на здоров'я населення та організовувати відповідні заходи з їх попередження, знати основи управління, планувати та організовувати заходи з адвокації, комунікації та соціальної мобілізації у сфері громадського здоров'я.

Організація освітнього процесу під час вивчення зазначеної дисципліни відбувається за допомогою інтерактивних методів навчання із застосуванням ситуативного навчання [6, с. 307]. Саме таке навчання дозволяє більш глибоко зрозуміти ступінь відповідальності професійної діяльності фахівця громадського здоров'я, спонукає до творчого мислення та формує професійно важливі та осо-

бистісні якості фахівця. Здобувачі освіти, беручи участь у моделюванні ситуаційної вправи, виступають виконавцями певних соціальних ролей, що забезпечує максимальне відтворення їх особистісних здібностей, професійного й комунікативного досвіду.

Методи ситуативного аналізу доречно використовувати для поглиблення знань з теми, встановлення зв'язку між теорією та практикою, формування вмінь слухачів аналізувати ситуацію, робити висновки, вміти приймати рішення в нетипових ситуаціях. Зазначений метод сприяє розвитку умінь аналізу та узагальнення отриманої інформації, що є невід'ємною частиною вирішення конкретних практичних завдань [5, с. 33]. Методи аналізу ситуацій розвивають аналітичне, синтетичне, економічне мислення, вчить умінню та готовності приймати рішення, вирішувати складні і нетипові завдання, застосовувати здобуті знання на практиці.

Вивчення навчальної дисципліни «Етичні норми в громадському здоров'ї» дає можливість опанувати складні морально-етичні питання громадського здоров'я та, використовуючи інтерактивні методи навчання, забезпечує набуття студентами соціальних навичок, а саме комунікативність, робота в команді, конфлікт-менеджмент, тайм-менеджмент, лідерські навички.

Література:

1. Національна стратегія розвитку освіти в Україні на 2012–2021 роки» від 25.06. 2013.–№ 344/2013 //Урядовий кур'єр від. – 2013. – №. 117.

2. Концепція розвитку системи охорони громадського здоров'я. [Електронний ресурс – Режим доступа: URL: <http://www.health.gov.ua/www.nsf/all/u05-02?opendocument> (дата звернення 3.12.2020).

3. Огнєв В. А. Соціальне благополуччя в контексті забезпечення соціального розвитку держави та громадського здоров'я / В. А. Огнєв, І. А. Чухно // Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики сьогодення і перспективи розвитку : матеріали Першого міжнародного українсько-німецького симпозиуму з громадського здоров'я, Тернопіль, 25–26 верес. 2019 р. – Тернопіль : ТНМУ, 2019. – С. 12–15.

4. Огнєв В. А. Громадське здоров'я: змістовно-управлінський аспект/ В. А. Огнєв, І. А. Чухно // Україна. Здоров'я нації, 2018.-№3 С.58-59

5. Компанієць К.М. Ситуативне навчання у підготовці майбутніх фахівців громадського здоров'я: матеріали кваліфікаційної роботи: / Компанієць Кіра Миколаївна. Ф А2.2.1-25-042. Харків, 2021. 78 с.

6. Кайдалова Л.Г. Сучасні педагогічні технології у професійній підготовці майбутніх фахівців. / Л.Г. Кайдалова. Запоріжжя: Класичний приватний університет, 2011. Вип. 21. С. 307–308.

ЗАПОБІГАННЯ МОВЛЕННЄВИХ ПОМИЛОК У МЕДИЧНОМУ ФАХОВОМУ МОВЛЕННІ

Фоміна Л.В., Скорбач Т.В., Калініченко О.В., ХНМУ, м. Харків

Необхідність якісної підготовки майбутніх фахівців-медиків вимагає від викладачів гуманітарних дисциплін уміння творчо втілювати концепцію гуманітарної освіти на сучасному етапі розвитку суспільства.

Студенти сьогодення мають змогу отримати інформацію з різних джерел, зокрема пояснень викладача, підручників і посібників, довідників, словників, інтернету тощо. Подати інформацію, швидко і якісно її опрацювати та засвоїти допоможуть практичні заняття з курсу «Українська мова(за професійним спрямуванням)», на яких поєднуємо інтерактивні та інформаційно-комунікаційні технології.

На нашу думку, найважливішим розділом для опрацювання на практичних заняттях з української мови у нефілологічному вищому закладі освіти є лексикологія. З відновленням незалежності розпочався новий етап в історії не лише України, а й української мови. За цей час в українській мові сталося чимало змін. Одна з найбільш очевидних – поява нової лексики. Лексичний фонд української літературної мови поповнюється в основному, шляхом процесу неологізації. Ось деякі новотвори, що усталилися в нашій мові за останні десятиліття, які зібрали співробітники інституту мовознавства імені О. Потебні: очільник, дистанційка, славень, експертка, медійник, орендодавець, науковиця, юрособа, правовласник тощо.

На заняттях з вивчення лексикології акцентуємо увагу на тому, що якщо на позначення одного поняття є дві назви – українська й іншомовна, то перевагу необхідно надавати українській. Наприклад: акаунт – обліковка, гаджет – пристрій, скіл, скіли – навичка, уміння, лайфхак – хитрик, лазівка, скріншот – зняток, знімок екрану, портфоліо – наробок, доробок, челендж – виклик, лайк – вподобайка, булінг – цькування, буккросинг – книгообмін, стікер – наліпка, вихідний, ніж уїк-енд, образ, ніж імідж, відшкодування, ніж компенсація тощо.

Акцентуємо на тому, що лексичні помилки дуже часто трапляються в мовному середовищі, тому розглядаємо найпоширеніші з них. Для цього використовуємо інтерактивний метод «Прес»: на мою думку..., отже... Вислови «першу чергу» та «першим ділом» є калькою російських «в первую очередь» та «первым делом». Так, але вони постійно вживаються як викладачами, так і студентами. Тому радимо вживати слова насамперед, передусім, найперше. Насамперед дотримуйся правил безпеки, але: Студент став у першу чергу.

Низку слів варто забути назавжди. Це: даний – цей, знаходиться – розташований, перебуває, задавати питання – ставити питання, ти правий – ти маєш рацію, виглядати – мати гарний вигляд, все рівно – все одно, всякий – будь-який, у більшості випадків – здебільшого, зустрічаються помилки - трапляються помилки, у кінці – кінців – зрештою, залишити в спокої – дати спокій, розсрочка – на виплат, ясно – зрозуміло, заставляти – змушувати, заключається – полягає, підводити підсумки – підсумовувати, закривати очі – заплющувати очі, одягати окуляри – надівати окуляри, слабкочуючий – людина зі слабким слухом, відмінювати – скасовувати, інвалід – людина з інвалідністю, сліпий – людина з порушенням зору, глухий – людина з порушенням слуху. Найширшого застосування заслуговують саме лексичні вправи, оскільки вимагають від здобувача вищої освіти складної розумової діяльності, аналізу, синтезу, співвідношення з досвідом.

Отже, ми виділили лексичні помилки, яких найчастіше допускаються студенти й викладачі. Зокрема, це вживання слів-паразитів, суржику, ненормативних жаргонів, використання слів з невласливим їм значеннями.

РОЗВИТОК СТУДЕНТСЬКОЇ НАУКИ У СУЧАСНИХ УМОВАХ

Щербіна І.М., Назута Л.О., ХНМУ, м. Харків

Останнім часом студентська наука в розвитку освіти та розвитку новітніх технологій у майбутньому має бути направлена на збереження накопиченого наукового досвіду, а також на його подальший розвиток, удосконалення наукових навичок та ефективного використання наукової діяльності. Процес модернізації сучасної студентської науки неможливо уявити без забезпечення умов для творчого розвитку, організації науково-творчої діяльності. Основною метою організації студентської науки є засвоєння здобувачами освіти основ професійно-творчої діяльності, методів виконання науково-дослідницьких робіт, розвиток готовності до іноваційної діяльності. Процес кожного дослідження індивідуальний і є цінним в освітньому процесі. Майбутній фахівець має бути підготовлений до здійснення науково-дослідницької роботи в професійному виробництві. Більшість здобувачів освіти постійно займаються науково-дослідницькою діяльністю, постійно вдосконалюючи її [2, с. 391, 393]. Основними задачами функціонування системи науково-дослідницької роботи здобувачів є забезпечення сприятливих умов для розвитку та функціонування різноманітних форм наукової творчості молоді, які базуються на дослідах, результатах і науково-технічних розробках попередників, а також всебічний розвиток особистості здобувача, формуванню його об'єктивного само оцінювання, придбання навичок роботи в творчих колективах. Важливе значення має розвиток здатності використовувати наукові знання та швидко адаптувати при зміні ситуації. Науково-дослідницька робота, яка виконується в учбовий час передбачає вивчення здобувачами методології дослідницької роботи, систему закріплення знань та навичок самостійного дослідження. Досить важливо відмітити, що науково-дослідницька робота, яка виконується в позаучбовий час, також дає гарні результати, це робота здобувачів освіти в наукових гуртках, участь у міжнародних дослідженнях, участь у конкурсах та отримання грантів. Також можна відмітити організаційно-масові кафедральні заходи, які стимулюють розвиток науково-дослідницької роботи, тобто олімпіади, конференції та багато іншого важливого в подальшій роботі здобувача [1, с. 56, 57].

Наукова діяльність у ВНЗ безперервно пов'язана з роботою студентського наукового суспільства. Науково-дослідницька робота сприяє формуванню у здобувачів освіти готовності до творчої реалізації отриманих у вузі компетенцій, допомагає оволодіти методологією наукового пошуку, оволодіти дослідницькі навички, окрім того, розкривається потенціал здобувачів освіти, який допомагає вирішенню актуальних проблем в різноманітних галузях науки [3, с. 3]. Робота в наукових гуртках сприяє більш глибокому вивченню вузівської програми та самостійній дослідницькій роботі. Молодь із зацікавленістю займається в наукових гуртках, які у майбутньому відкривають талановитих фахівців у своїй галузі. Відповідно, для успішної роботи зі здобувачами освітинеобхідно дотримуватись деяких рекомендацій, які сприятимуть у майбутньому зміцнення у здобувачів освіти наукового інтересу до практичної та теоретичної діяльності.

Література:

1. Jansen R.S., Van Leeuwen A., Janseen J., Conijn R., Kester L., Supporting learners' self – regulated learning in Massive Open Online Courses // Computers & Education. – 2019. – Vol. 146, № 146. – P. 1–77.
2. Moreno-Marcos P.M., Alario-Hoyos C., Munoz-Merino P.J., Kloos C.D. Prediction in Moocs: A Review and Future Research Directions. – 2018. – Vol. 12, № 3. – P. 384–401.
3. Ghodselahi A.A Hybrid Support Vector Machine Ensemble Model for Credit Scoring//International Journal of Computers and Applications. – 2011. – vol. 17.– no.5.– pp.1–5.

ДОСВІД ПОЄДНАНОГО ВИКОРИСТАННЯ КЛАСИЧНИХ ТА ІННОВАЦІЙНИХ МЕТОДИК ВИКЛАДАННЯ ГІСТОЛОГІЇ, ЦИТОЛОГІЇ ТА ЕМБРІОЛОГІЇ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Степаненко О.Ю., Мар'єнко Н.І., ХНМУ, м. Харків

Розробка, освоєння та впровадження сучасних методик навчання є одним із найважливіших, якщо не найважливішим, напрямком новітньої вищої школи. Вища освіта у будь-якій галузі знань є динамічною системою, що безперервно розвивається: змінюється світ, змінюється об'єм знань у галузях, професійні вимоги та професії, способи отримання та поширення інформації, менталітет суспільства та, відповідно, – викладачів і студентів. Тому вища школа потребує неперервного динамічного розвитку та перебудови із урахуванням світових тенденцій, оновлення та перегляду кількості та якості інформації, що покладена в основу різних дисциплін та новітніх професійних компетенцій. Перегляду підлягають навчальні програми, методи та методики викладання, постійно створюються та змінюються професії та галузі знань у цілому. В основі розвитку системи вищої освіти лежать сучасні та новітні методики викладання, що також зазнають суттєвих змін. Ті методики, які ще учора були інноваційними та прогресивними, вже завтра стануть, у кращому випадку, класичними та фундаментальними, у гіршому – застарілими та неактуальними. Інноваційні методики викладання та навчання мають враховувати досвід класичних методик і або доповнювати їх, забезпечуючи адаптацію до сучасних реалій, або розвиватись, «відштовхуючись від протилежного» і забезпечувати альтернативні підходи до викладання тієї або іншої навчальної дисципліни.

Навчальна дисципліна «гістологія, цитологія та ембріологія», що викладається на однойменній кафедрі Харківського національного медичного університету, є фундаментальною медико-біологічною дисципліною, що вивчає мікроскопічну будову, функції та розвиток клітин, тканин та органів людини. Цю дисципліну студенти вивчають на 1–2 курсах, ще не маючи належного клінічного практичного досвіду. Теоретичні знання з предмету є підґрунтям до розуміння деталізованої будови організму людини, що має стати основою розуміння патологічних процесів, що є необхідним для професійної діяльності майбутніх лікарів.

Гістологія традиційно розглядається як суто теоретична дисципліна. Однак, доповнюючи розвиток сучасної науки та медицини, морфологічні дисципліни,

у тому числі й гістологія, стають дедалі більше практично орієнтованими та потребують перегляду підходів та методик їх викладання.

Гістологію як окрему навчальну дисципліну у вищій медичній освіті почали викладати ще у XVIII столітті у класичних університетах і з тих часів класична методика викладання не зазнала значних змін. Основна, фундаментальна, методика навчання побудована за класичним планом та передбачає поєднання аудиторної та самостійної позааудиторної роботи студентів. Аудиторна робота включає два види навчальної діяльності: лекції та практичні заняття. Також навчання можна підрозділити на вивчення теоретичної частини матеріалу та практично орієнтований розбір матеріалу. Теоретична підготовка ґрунтується на лекціях та самостійному освоєнні матеріалу студентами. На очних, класичних лекціях студенти отримують частину теоретичного матеріалу, на основі якого готуються до практичних занять. Лекції зазвичай передують практичним заняттям. Також теоретична підготовка передбачає самостійну роботу студентів із теоретичним матеріалом, що представлений у вигляді підручників, конспектів лекцій, презентацій, навчальних посібників. Практично орієнтована теоретико-практична робота включає практичні заняття, що проводяться у невеликих групах та передбачають детальний розбір теоретичного матеріалу, вирішення практично-орієнтованих клінічних задач та вдосконалення практичних навичок, що включає роботу із мікроскопом та освоєння діагностики гістологічних препаратів, що здійснюється переважно самостійно, але під контролем викладача.

Однак розвиток медичної галузі та вищої школи у цілому та поява нових можливостей організації педагогічного процесу, зокрема дистанційної освіти, спонукали нас до перегляду підходів до викладання та інтеграції новітніх методик навчання у класичну методику. Крім того, розробка нових та освоєння існуючих методів та технологій дистанційного навчання стали надзвичайно актуальними, особливо у теперішній час, коли дистанційна освіта із доповнюючої та факультативної стала основною.

За основу методики викладання предмету була взята класична методика навчання, у яку було інтегровано елементи методики, близької до системи «перевернутого класу». Перевернутий клас є принципом навчання, коли основне засвоєння навчального матеріалу відбувається студентами самостійно і позааудиторно, а в аудиторії із викладачем відбувається розбір практичного-орієнтованого матеріалу, а на розбір теоретичного матеріалу витрачається мінімальна кількість аудиторного часу [1, 2].

Такий принцип передбачає надання теоретичної інформації у максимально доступній формі, що найчастіше являє собою відеолекцію [3]. У нашій практиці ми використовуємо поєднання відеолекцій із самостійним вивченням студентами теоретичного матеріалу. Відеолекція передбачає детальне викладення теоретичного матеріалу у вигляді відеозапису із елементами практично-орієнтованого матеріалу, а саме пояснення будови органів із демонстрацією гістологічних препаратів. Відеолекція як елемент навчання охоплює більшу частину матеріалу (але не 100 %), а також, крім суто навчання, надає студентам уявлення про тему, що вивчається, дозволяє розставити акценти та допомагає студентам зорієнтуватися у теоретичному матеріалі під час його самостійного опрацювання, створює підґрунтя для подальшого вивчення матеріалу. І, таким чином, студенти починають самостійну роботу із теоретичним матеріалом вже маючи певний об'єм

знань та орієнтуючись у темі. Відеолекція спрямована на досягнення тих же цілей, що і класична лекція, однак має деякі переваги. По-перше, час лекції не фіксований, лекція доступна цілодобово і студент може ознайомитися із нею у зручний час. По-друге, студент може налаштувати відеолекцію: змінювати швидкість, призупинити відеолекцію, повернутись до певного моменту або повторити її. По-третє, студент може обрати лектора, який йому більш імпонує або переглядати відеолекції різних лекторів, щоб отримати альтернативне представлення матеріалу. Крім того, відеолекція не регламентована за часом та тематичним планом і дозволяє охоплювати більший об'єм інформації, ніж це передбачає навчальний план класичних лекцій і частково або повністю включає теоретичний матеріал, що зазвичай розглядається на практичному занятті.

Наступний етап навчання – самостійна робота студента із теоретичним матеріалом: підручниками, конспектом лекцій, презентаціями та різними навчальними матеріалами, що упорядковані у онлайн-курси на платформі дистанційної освіти Moodle та на веб-сайті кафедри. Відеолекція на цьому етапі відіграє роль на кшталт туторіалу або керівництва до орієнтування у великій кількості одноманітного теоретичного матеріалу. Таким чином, студенти засвоюють більшу частину інформації до практичного заняття.

Роль практичного заняття також дещо змінюється. Якщо класичний алгоритм навчання передбачає викладення викладачам певної частини теоретичного матеріалу, а сам викладач виступає у ролі лектора, то модифікований алгоритм передбачає мінімізацію розбору теоретичного матеріалу, що вже не нагадує мінілекцію, а відбувається у режимі «питання–відповідь» (при цьому питання задає як викладач, так і студенти), а викладач виступає у ролі наставника або т'ютора [4]. Студенти, що вже мають пояснення суто теоретичного матеріалу у вигляді кількох альтернативних відеолекцій та певний об'єм самостійно засвоєного матеріалу на занятті, мають змогу обговорити отриману інформацію із викладачем, узагальнити свої знання та отримати відповіді на свої запитання, а не почути іще одну лекцію. Це дозволяє приділити більше уваги практично-орієнтованим питанням: роботі із гістологічними препаратами, удосконаленню навичок діагностики гістологічних препаратів та вирішенню клінічних практично орієнтованих задач з предмету за допомогою та під наставництвом викладача.

І підсумовуючим етапом навчання є самостійна практична робота та вдосконалення практичних навичок. Важливою умовою даного етапу навчання є можливість консультації викладача. Крім того, студент у будь-який момент має змогу повернутись до відеолекції та повторити пройдений матеріал.

Таким чином, інтеграція елементів системи «перевернутого класу» у класичний алгоритм дозволить адаптувати вивчення медико-біологічних дисциплін до умов дистанційної освіти, а також звільнити додатковий час для практично орієнтованого матеріалу, що, в свою чергу, дозволить змінити пріоритетну мету навчання: від засвоєння суто теоретичного матеріалу з предмету, на перший погляд далекого від реальної медичної практики, до формування професійних компетенцій майбутніх лікарів та їх професійного світогляду.

Література:

1. Alvarez B. Flipping the classroom: Homework in class, lessons at home. *Education Digest: Essential Readings Condensed for Quick Review*. 2011. № 77 (8). С. 18–21.

2. Abeysekera L., Dawson P. Motivation and cognitive load in the flipped classroom: definition, rationale and a call for research. *Higher Education Research & Development*. 2015. № 34 (1). С. 1–14.
3. Foertsch J., Moses G., Strikwerda J., Litzkow M. Reversing the Lecture/Homework Paradigm Using eTEACH® Web-based Streaming Video Software. *Journal of Engineering Education*. 2002. № 91. С. 267–274.
4. King A. From sage on the stage to guide on the side. *College Teaching*. 1993. № 41(1). С. 30–35.

АКТУАЛЬНІСТЬ ТА ДЕЯКІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Богачова О.С., Чухно І.А., ХНМУ, м. Харків

Розвиток медичної освіти безпосередньо пов'язаний зі змінами, котрі відбуваються в житті суспільства, в першу чергу – в системі охорони здоров'я, що обумовлено прийняттям новаторських законів в 2017 р., які кардинально змінили її модель фінансування. Прийняття таких рішень потребує синхронізації реформ в напрямку змін в системі підготовки лікарів та інших фахівців, щоб забезпечити не тільки високу якість лікування, а й піклування про пацієнтів. А завданням медичної освіти, в свою чергу, має стати забезпечення громадян якісною медичною допомогою через високий рівень підготовки медичних фахівців. Актуальність цього напрямку наразі віддзеркалюється законодавчими та нормативними актами, які регламентують сферу вищої освіти в Україні (наприклад, Конституція України, закони України "Про вищу освіту", "Про освіту", Укази Президента України від 25 червня 2013 р. N 344/2013 "Про Національну стратегію розвитку освіти в Україні на період до 2021 р." та «Про вдосконалення вищої освіти в Україні» № 210/2020, Стратегія розвитку медичної освіти в Україні, 2019 р. та ін.) [1, 2]. Водночас, на сьогодні, незважаючи на потужну мережу закладів вищої медичної освіти, в нашій країні ще не досягнуто того рівня фундаментальної та клінічної підготовки лікарів, який би повною мірою відповідав сучасним міжнародним стандартам.

Метою даного дослідження є виявлення основних проблем, які існують у вищій медичній освіті в Україні з подальшим пошуком шляхів їх вирішення.

Згідно зі статистичними даними Центру медичної статистики МОЗ України за період з 2015 по 2020 р. кількість вступників до закладів вищої освіти за спеціальностями «Медицина» та «Педіатрія» зменшилася на 45 % здебільшого за рахунок коштів фізичних осіб, так, за даними 2015 р. за державний кошт навчалися 4884 особи, а за контрактом – 2559. У 2020 р. ці показники склали 3175 і 934 відповідно [3]. Така тенденція пояснюється введенням обмежень для вступу на медичні спеціальності: у 2018 р. був запроваджений мінімальний рівень у 150 балів для предметів ЗНО, хоча це однозначно розцінюється як позитивний крок, спрямований на підвищення якості медичної освіти. Інший бік цього питання свідчить про те, що з кожним роком (після 2017 р.) кількість вступників зменшувалась, в додачу до цього маємо відтік медичних кадрів за кордон та ситуацію з розповсюдженням COVID-19 – все це уже призвело до дефіциту фахівців – медиків в Україні. Натепер майже відсутня позитивна мотивація учнів та зниження

престижності професії лікаря, а важливо, щоб в медицину йшли добре підготовлені та вмотивовані учні, це в майбутньому підвищить якість медичної допомоги та створить умови для формування нового професійного середовища [4, с. 18].

Оцінка рівня підготовки студентів під час навчання та на післядипломному етапі (проведення ліцензійних іспитів КРОК) теж не є досконалою. Найвні справедливі нарікання як на процедуру тестування, так і на якість тестових завдань. Причинами цього можна назвати: обмеженість у фінансуванні, недостатній контроль якості тестових завдань, відсутність системи мотивації викладачів до складання якісних питань. З іншої сторони проведені дослідження, що вказують на недостатній рівень підготовки здобувачів освіти. Така ситуація вимагає створення принципово нового незалежного зовнішнього оцінювання знань, яке, з одного боку, не допускати до лікарських професій того, хто не набрав мінімальну кількість балів, а з другого стимулюватиме заклади вищої медичної освіти до змін навчальних планів для досягнення студентами відповідного рівня знань та практичних навичок [4, с. 19–22].

Однією з основних проблем залишається фінансування вищої медичної освіти, яке, хоч і збільшується з кожним роком, та все одно залишається недостатнім для якісної підготовки кваліфікованих фахівців-медиків. Левову частку коштів більшості медичних закладів вищої освіти складають приватні, за рахунок навчання іноземців. Така тенденція має свою позитивну сторону – більше можливостей для розвитку, покращення матеріальної бази, підвищення заробітних плат працівникам, але є й негативні аспекти – низький рівень попередньої підготовки вступників-іноземців, а згодом і зниження академічної вимогливості та низька кваліфікація при закінченні навчання; неповне задоволення потреб держави через орієнтацію на зовнішній ринок [5, с. 4].

Дуже актуальною на даний час залишається проблема якості освіти та освітньої діяльності. Зміст освітніх програм потребує постійного оновлення, а знання та навички студентів не є в достатній мірі релевантними та сучасними. Існує провал в практичній роботі за рахунок дисбалансу між теоретичною та практичною підготовкою, обумовленою недостатністю баз та вимушеним введенням дистанційного навчання через розповсюдження COVID-19. Така розірваність між вищою освітою, практичною діяльністю та наукою пояснюється недофінансуванням університетів; невизначеністю майбутньої долі клінічних кафедр медичних вишів МОЗ України та медичних факультетів у закладах освіти МОН України, що призведе до порушення принципу медичної освіти – вчитися біля ліжка хворого; відсутністю у багатьох ЗВО власних університетських клінік – все це неминуче погіршить умови підготовки майбутніх лікарів та, в свою чергу, якість медичної допомоги населенню. Ситуацію погіршують явища академічної недоброчесності, що призводить до формування викривленого світогляду майбутніх фахівців та низька академічна мобільність як викладацького складу, так і студентства, як наслідок – низька включеність, а подекуди і ізоляція української науки від світової.

Відсутність достатнього рівня взаємодій між закладами вищої освіти, медичними закладами та органами влади призводить до зниження ефективності рішень медичних питань.

Вирішення даних проблем можливе за рахунок розроблення та реалізація дієвої та комплексної стратегії розвитку системи охорони здоров'я МОЗ України у співпраці з міжнародними експертами, одним із ключових напрямів якої має

бути розвиток медичної освіти, науки, кадрових ресурсів. Основні напрями розвитку за даним документом в цій сфері мають бути спрямовані на: підвищення якості додипломної освіти (якісний відбір студентів для навчання за лікарськими спеціальностями, підвищення якості незалежних оцінювань навчальних досягнень студентів, оновлення змісту освіти на основі досягнень доказової медицини та сучасної медичної науки); реформування післядипломної освіти (справедливий розподіл на інтернатуру, нормування її змісту, організація безперервного професійного розвитку, ґрунтованого на міжнародних практиках); підвищення ефективності фінансування та управління (реалізація принципу автономності закладу вищої медичної освіти та зміна механізму фінансування); достатня увага до академічної культури (подолання академічної недоброчесності в науці та освіті, інтернаціоналізація медичної освіти); сприяння розвитку наукових досліджень шляхом покращення матеріальної бази та стимулювання науковців до проведення якісних досліджень з подальшою публікацією в міжнародних виданнях.

Шляхи розвитку та проблеми вищої медичної освіти слід розглядати комплексно, у їх взаємозв'язку як із розвитком вищої освіти так і системи охорони здоров'я в Україні та в світі.

Література:

1. Закон України «Про вищу освіту». (2014). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>.
2. Закон України «Про освіту». (2017). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19>
3. Центр медичної статистики України. Дані за період з 2015 2020роки. <http://medstat.gov.ua/ukr/main.html>
4. Міністерство охорони здоров'я України. Стратегія розвитку медичної освіти України (2019). https://moz.gov.ua/uploads/1/8475-medical_education_analytics.pdf
5. Вітренко Ю.М., Ворона В.О. Стратегії розвитку вищої освіти в Україні на 2021–2031 роки. Економічний аспект. Вісник НАПН України, 2020, 2(2). С 2–15. <https://doi.org/10.37472/2707-305X-2020-2-2-11-6>

ТЕХНОЛОГІЇ ТА МЕТОДОЛОГІЯ ВИКЛАДАННЯ ФТИЗИАТРІЇ СТУДЕНТАМ З АНГЛОМОВНОЮ ФОРМОЮ НАВЧАННЯ В УМОВАХ ДІСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Матвєєва С.Л., ХНМУ, м. Харків

У сучасних умовах стрімкого прогресу науки і техніки особливої актуальності набуває поняття якості освіти, саме тому інтерес викликають інноваційні технології, що дають змогу удосконалювати дану сферу діяльності. COVID-19 внес певні корективи в сферу медичної освіти. Організувати якісне онлайн-навчання за короткий проміжок часу, заряджати мотивацією до навчання і бути готовим до технологічних проблем – ось не повний перелік проблем, що постали перед викладачами. Однак стрімкий злет інтеграції інформаційно-комунікаційних технологій, онлайн-інструментів у життя суспільства останніми десятиріччями став підготовкою для вирішення завдань та проблем. Кафедра використовувала декілька технічних моделей дистанційного навчання. Лекції з фтизіатрії проводяться в форматі онлайн-конференції в програмі Microsoft Teams. За кожною темою студенти проходять тестування в системі Moodle відповідно до календарно-тематичному плану, отримують результат, який викладач конвертує

в бали, за критеріями оцінювання. Під час онлайн-заняття в Zoom або в Google Meet викладач опитує тему, корегує відповідь, використовуючи попередньо завантажені матеріали – презентації, відео, фото та рентгенограми, що допомагає засвоїти матеріал. Дистанційне навчання — це цілеспрямований процес взаємодії викладача та студента, що ґрунтується на використанні сучасних інформаційних і телекомунікаційних технологій, які дають змогу проводити навчання на відстані, що актуально в умовах пандемії COVID-19.

Невпинний ріст кількості хворих з епідемічними формами туберкульозу (ТБ/ВІЛ і МРТ, поєднання туберкульозу з НЗЛ та ін.) вимагають включення в програму навчання студентів медичних факультетів нових розділів фтизіатрії, а також збільшення об'єму матеріалу, що вивчається [8]. В освітній галузі України реалізується Концепція підготовки лікарів, яка розроблена у відповідності до вимог Всесвітньої Федерації медичної освіти та основних положень Болонського процесу. Освітня галузь, як і медична освіта зокрема, ставши на шлях кардинальних реформ й входження до європейського освітнього простору, потребує приведення всіх її компонентів до загальноприйнятих міжнародних стандартів [2–5]. Маючи великий досвід у підготовці спеціалістів для зарубіжних країн, кафедра фтизіатрії і пульмонології розглядає цю роботу як питання державної ваги, що, піднімає авторитет України за кордоном, розвиває і зміцнює міжнаціональні, партнерські, взаємовигідні зв'язки. На кафедрі фтизіатрії і пульмонології навчальний процес проводиться за кредитно-модульною системою, що сприяє реалізації положень Болонської декларації. Навчальні плани для англійських студентів приведені у відповідність до вимог і не відрізняються від базових програм, за якими навчаються їх українські ровесники.

На кафедрі для студентів англійського відділення розроблено банк тестів з легеневої патології Крок 2 для англійських медичних факультетів англійською мовою [2]. З метою забезпечення високого рівня фахової підготовки іноземних громадян, за ними закріплені найдосвідченіші викладачі, поступово готуються молоді асистенти, які добре володіють англійською мовою. Відповідно до кредитно-модульної системи програма навчання студентів четвертих курсів медичних факультетів передбачає аудиторну (лекційні та практичні заняття), позааудиторну (самостійну) роботу студентів та підсумковий модульний контроль [2, 9].

Аудиторна робота зі студентами передбачає проведення лекцій, практичних занять, на яких визначається висхідний рівень знань, їх аналіз і корекція та самостійна робота студентів. Учебний матеріал відображається у мультимедійному форматі, із застосуванням таблиць, графіків, рентгенограм, результатів лабораторно-інструментальних досліджень. Формат лекцій та практичних занять різноплановий, широко застосовуються інтерактивні лекції, які дають змогу студентам не лише слухати лектора, але й брати активну участь в проведенні лекції. Календарно-тематичний план лекцій та практичних занять для студентів усіх факультетів представлений на сайті кафедри та кафедральних стендах, що дозволяє студентам систематично знайомитися з інформацією. Щорічно в лекційний матеріал та практичні заняття вносяться доповнення та зміни. Проведення відкритих лекцій дозволяє обговорити їх на засіданнях колективу кафедри, провести корекцію та доповнення. Попередньо ознайомитися зі змістом лекцій студенти можуть у вільний час в кафедральній З урахуванням рівня підготовки студента, ставляться навчальні завдання різної складності, тобто проводиться індивідуальна робота з кожним із них. Тестові завдання, які підготували викладачі кафедри

систематично поповнюються і оновлюються. Ці тести використовуються для визначення висхідного і проведення поточного та заключного контролів рівня знань студентів. Контроль знань проводиться на довільній вибірці тестових завдань. Після виконаного завдання студенти можуть відразу дізнатися про отримані результати, а також самостійно перевірити правильність відповідей. Відповіді на тестові завдання обговорюються викладачем та студентами. Тестові завдання подані на сайті кафедри в Moodle, стендах та методичній літературі, тому студенти можуть з ними працювати самостійно. Тестування дозволяє скоротити час для оцінки рівня знань, проведення поточного і заключного контролю та підвищити його якість. Звільнений час викладач використовує для впровадження сучасних новітніх технологій та поглиблення інформаційного матеріалу [6]. Результати тестування студентів дозволяють викладачеві планувати проведення занять з урахуванням виявлених недоліків.

Самостійна робота студентів на практичному занятті. Одним із компонентів, що впливає на сумарну ефективність навчального процесу є самостійна робота, що вимагає сучасного інформаційного забезпечення. Для кожної теми практичного заняття створені ситуаційні задачі, набори рентгенограм, навчальні історії хвороби, методичні вказівки для студентів та методичні рекомендації для викладачів. Практичне заняття будується як діалог спілкування викладача і студента, а також студентів між собою. Студент вчиться критично мислити, вирішувати проблеми на основі аналізу відповідної інформації, приймати продумані рішення [2, 9]. Для проведення самостійної роботи широко використовується метод реальних ситуаційних задач, що містять всі необхідні дані та умови для їх вирішення.

Позааудиторне (самостійне) навчання студентів. Самостійна форма навчання студента може бути ефективною за умови достатнього навчально-методичного і матеріального забезпечення, тому на кафедрі розроблені і видані англійською мовою тексти лекцій, методичні вказівки, орієнтовні карти, тестові лекції, методичні вказівки, тестові завдання різного ступеня складності. Наявність електронних носіїв кафедри дозволяє всебічно використовувати навчальну літературу, яка регламентована МОЗ України та МОНМС України. Всі комп'ютерні версії навчальних планів та методичних напрацювань подані українською, російською та англійською мовами. Опрацьована система самостійної позааудиторної роботи широко використовується студентами при підготовці до практичних занять за спеціальністю "фтизіатрія" та дозволяє скоротити час на засвоєння матеріалу, що позитивно впливає на якість та результативність проведення підсумкового модульного контролю [2, 3].

Підсумковий модульний контроль передбачає комп'ютерне або письмове тестування з наступним усним опитуванням, яке оцінюється незалежно.

Організована система перескладання поточних незадовільних оцінок, що проводиться за аналогією практичного заняття в позааудиторний час. [4, 10]. Доброзичливе відношення до кожного іноземця, з урахуванням їх проблем на всіх рівнях, викликає в них довіру до викладача, сприяє кращому взаєморозумінню, а значить робить освітній процес високоефективним. Впродовж навчання важливо сформувати у студентів-іноземців професійні цінності, якими завжди керувались в роботі українські лікарі: людяність, теплоту і терпимість.

Кафедра поповнила фонд медичної літератури англійською мовою в бібліотеці університету [8–11]. Проблеми самостійної роботи студентів також вирішує можливість доступу до необхідних медичних світових ресурсів в Internet, наявність навчальної і спеціальної літератури на електронних носіях.

Література:

1. Крок 2 (буклет). Буклет тестових завдань /Сост. Шевченко О.С., Пашков Ю.М., Матвеева С.Л. та ін. // Харків.: ХНМУ, 2013. 44 с. – Тираж – 250 прим.
2. Шевченко О.С. Шляхи удосконалення організації самостійної роботи студентів з позицій їх мотивації до навчання /О.С. Шевченко, С.Л. Матвеева та ін. // Всеукраїнська науково-практ. конф. «Нові напрямки впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних, фармацевтичних, навчальних закладах України III-IV рівнів акредитації», м. Тернопіль, 12–13 травня 2011 року, ТДМУ, «Укрмедкнига» С. 375–376
3. Шевченко О.С. Проблеми та перспективи англомовного навчання викладання фтизіатрії / О.С. Шевченко, С.Л. Матвеева, О.І. Чопорова // Матеріали ХЛУ навчально-методичної конференції «Сучасний стан, проблеми та перспективи англомовного навчання у ХНМУ», м. Харків, 17 листопада 2011 р. С. 146–149
4. Шевченко О.С. Ефективність кейс-методу та методу рольової гри у процесі навчання лікарів-інтернів /О.С. Шевченко, С.Л. Матвеева, О.О. Погорелова // Матеріали XIV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 60-річчю ТДМУ «Сучасні підходи до вищої медичної освіти в Україні», Тернопіль, 18–19 травня 2017р.
5. Шевченко О.С. Застосування моделі "Віртуальний пацієнт" у навчанні лікарів-інтернів / О.С. Шевченко, С.Л. Матвеева, О.О. Погорелова // Матеріали 43-ї науково-медичної конф, присвяченої 50-річчю започаткування інтернатури в Харківському національному медичному університеті "Сучасний стан та преспективи підготовки лікарів-інтернів у Харківському національному медичному університеті", 11 квітня 2017, Харків.
6. Шевченко О.С. Питання покращення методичного забезпечення роботи з англомовними студентами на кафедрі фтизіатрії та пульмонології Харківського національного медичного університету / О.С. Шевченко, С.Л. Матвеева, О.О. Погорелова // Англомовне навчання в ХНМУ: сучасний стан, проблеми та перспективи. Матер. LI навч.-метод. конф., Харків, ХНМУ, 2018, С. 144–146.
7. Фещенко, Ю. І. Основи клінічної фтизіатрії (Керівництво для лікарів в 2-х томах). / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, І. Г. Ільницький // Київ-Львів: Атлас, 2007. 1168 с.
8. Phthiology: Hand book for students / O.S. Shevchenko, S.L.Matvyeyeva, O.I.Choporova // Kharkiv: KhNMU. – 2011. 108 p.
9. Phthiology: Copy-book for self-working of English medium students of medical faculty, 4th year / O.S. Shevchenko, S.L.Matvyeyeva, O.I.Choporova // Kharkiv: KhNMU. – 2011. 48 p.
10. Exploiting of tuberculosis recombinant allergen for diagnosis of tuberculosis infection in children /O.S. Shevchenko, S.L.Matvyeyeva, O.I.Choporova et al // Medical instruction for students, doctors-interns and general (family) doctors. Kharkov.: KNMU. – 2014. – 16 p.
11. Phthiology in schemes, tables and pictures: manual / O.S. Shevchenko, S.L.Matvyeyeva, O.I.Choporova et al // Kharkiv: KhNMU. – 2017. 176 p.

ФОРМУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Крупеня В.І., Просоленко Н.В.,

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Каук О.І., ХНМУ, м. Харків

У сучасному суспільстві відбувається підвищення вимог до фахівців, зокрема до їхньої активності і відповідальності відносно власного професійного й особистісного розвитку. Психологічна готовність майбутніх лікарів до професійної діяльності є проявом і показником їхньої професійної компетентності.

Поняття «готовність», на думку, С. Максименка, є цілеспрямованим вираженням особистості, що містить її переконання, погляди, мотиви, почуття, волю та інтелектуальні якості, знання, навички, вміння, установки [1, с. 18]. Така готовність досягається в процесі моральної, психологічної та професійної підготовки і є результатом різнобічного розвитку особистості з урахуванням вимог, зумовлених особливостями професійної діяльності.

К. Платонов [2, с. 28], розглядає готовність як особливий психічний стан, що забезпечує високу дієздатність. Науковець стверджує, що готовність виступає в різних значеннях (широкому, більш конкретному, найбільш конкретному). У більш широкому значенні – це бажання працювати, розуміння необхідності брати участь у трудовій діяльності, в конкретному – це потреба в праці; найбільш конкретному – результат психологічної підготовки та психологічної мобілізації.

В. Крутецький [3, с. 76] визначає готовність як придатність до діяльності, що виражається в активному позитивному ставленні до неї, схильності займатися нею, переходить на високому рівні розвитку в пристрасну захопленість.

За своєю суттю готовність – це єдність стійких і ситуативних установок на активні і відповідні дії. Вона допомагає молодому спеціалісту успішно виконувати свої обов'язки, правильно використовувати знання, досвід, зберігати самоконтроль і перебудовуватись в залежності від появи непередбачуваних ситуацій. Психологічна готовність – вирішальна умова швидкої адаптації до умов праці і подальшого професійного удосконалення кваліфікації майбутнього спеціаліста.

Психологічна готовність є сукупністю інтелектуальних, емоційних, мотиваційних і вольових сторін психіки людини. І саме вони, їх специфіка, визначатимуть стан готовності до конкретної професійної діяльності (О. Савицька) [4, с. 243–244].

Готовність до професійної діяльності майбутніх лікарів ґрунтується на теоретичній готовності (інтелектуальній підготовленості), усвідомленні мотивів і потреб майбутнього фахівця, що у сукупності визначають її результативність та здатність застосовувати набуті знання при виконанні професійних обов'язків.

Учені по-різному підходять до визначення структурних компонентів готовності до діяльності. М. Дьяченко і Л. Кандибович [5, с. 78–80], вивчаючи структурні компоненти готовності майбутнього фахівця до складних видів діяльності, виділяють наступні компоненти:

– *мотиваційний* – усвідомлення своїх потреб, інтересів, вимог суспільства, колективу;

– *орієнтаційний* – усвідомлення цілей, реалізація яких забезпечить розв’язання певного завдання, осмислення й оцінка умов, за яких відбуватимуться майбутні дії, актуалізація досвіду, пов’язаного в минулому з виконанням завдань і вимог подібного характеру;

– *операційний* – визначення на основі досвіду та оцінки намічених умов діяльності, найбільш вірогідних способів розв’язання завдань або дотримання вимог (володіння методами і прийомами діяльності, знаннями, навичками, вміннями, розумовими антиципаціями, аналіз, синтез, порівняння, узагальнення тощо);

– *вольовий* – мобілізація сил у відповідності з умовами праці та завданням; самоконтроль, самонавіювання в процесі досягнення цілей;

– *оцінний* – оцінка співвідношення власних можливостей, рівня домагань та міри досягнення певного результату.

Суть психологічної готовності майбутніх лікарів до професійної діяльності становлять: моральні та психологічні якості і можливості особистості; відношення свідомості і поведінки, суб'єктивності і об'єктивності свідомості. Зміст психологічної готовності складають інтегральні характеристики особистості, що включають в себе інтелектуальні, емоційні і вольові властивості, професійно-моральні переконання, потреби, звички, знання, вміння і навички, професійні здібності.

Спираючись на наявні дослідження уважаємо, що психологічна готовність майбутніх лікарів до професійної діяльності є цілеспрямованим вираженням особистості із чітко визначеними рисами-призначеннями:

– сукупність інтелектуальних, емоційних, мотиваційних та вольових сторін психіки особистості;

– забезпечуваність використання набутих психологічних та професійних знань та професійних комунікативних умінь і навичок, досвіду;

– професійні якості;

– сприяє задоволенню та усвідомленню суспільного значення власної професійної діяльності.

Така готовність досягається в процесі підготовки майбутнього лікаря до професійної діяльності, передбачає активну самоосвіту та професійний саморозвиток. Змістом психологічної готовності є інтегральні характеристики особистості майбутніх лікарів, що включають у себе такі компоненти: особистісний, когнітивний та рефлексивний.

Особистісний компонент – обумовлений мотивацією студента до професійної діяльності, особистісними цінностями, сформованістю вольових та професійних якостей. Цей компонент забезпечує усвідомлений професійний розвиток майбутніх лікарів; сприяє ефективній діяльності, професійній і особистісній самореалізації. Він передбачає високий рівень мотивації майбутнього лікаря до професійної діяльності, сформованість ціннісних орієнтацій та розвиток емоційної сфери фахівця.

Мотиваційна складова особистісного компоненту психологічної готовності виражає усвідомлену мотивацію студента або лікаря-інтерна до професійної діяльності. Мотивація обумовлена професійними інтересами майбутнього лікаря, ціннісними орієнтаціями та ідеалами, забезпечує ефективний саморозвиток особистості.

Рівень розвитку мотиваційного компоненту визначає бажання майбутнього лікаря займатись професійним саморозвитком, використовувати свої можливості

і здібності. Ступінь сформованості професійного інтересу визначає характер роботи майбутнього лікаря над собою з метою використання своїх можливостей і здібностей. Цей компонент визначає ставлення фахівця до професійної діяльності.

Когнітивний компонент психологічної готовності майбутніх лікарів до професійної діяльності об'єднує сукупність професійних знань (широта, глибина, системність), умінь (оволодіння професійною діяльністю), що забезпечують успішний перебіг і результативність діяльності лікаря.

Рефлексивний компонент психологічної готовності майбутніх лікарів до професійної діяльності характеризує пізнання й аналіз лікарем явищ власної свідомості та діяльності. Реалізується цей компонент через здатність до саморозуміння, оцінки своєї підготовки до професійної діяльності, здатність до прогнозування й адекватної оцінки своїх дій та їх результату; здатність до саморозвитку та самовдосконалення.

Психологічна готовність допомагає майбутнім лікарям виконувати професійні обов'язки, правильно використовувати набуті професійні знання, уміння та навички. Формування психологічної готовності в майбутніх лікарів до професійної діяльності здійснюється в умовах спеціально організованої навчальної діяльності, спрямованої на розвиток самостійного мислення, активізацію пізнавальної діяльності, оволодіння теоретичними знаннями та практичними професійними вміннями і навичками. Під час професійного становлення майбутніх лікарів психологічна готовність стає їхньою стійкою якістю, передбачає високий рівень виконання професійних обов'язків. Отже, про сформовану психологічну готовність майбутніх лікарів до професійної діяльності можна говорити лише за умови розвитку в них мотиваційних, когнітивних та професійних знань, умінь і навичок, що відповідають особливостям, змісту та вимогам професійної діяльності.

Література:

1. Максименко С. Д. Психологія в соціологічній та педагогічній практиці: методологія, методи, програми, процедури: [навчальний посібник] / С. Д. Максименко. – К. : Наукова думка, 1999. – 216 с.

2. Платонов К. К. Краткий словарь системы психологических понятий: учеб. пособие / К. К. Платонов. – М. : Высш. школа, 1984. – 175 с.

3. Крутецкий В. А. Психология: [учебник] / В. А. Крутецкий. – М. : Просвещение, 1980. – 352 с.

4 Савицька О. В. Формування готовності студентів до входження у професійне середовище / О. В. Савицька // Збірник наукових праць «Педагогічний процес: теорія і практика». Випуск 5. – К. : «Екмо», 2006. – С. 242–247.

5. Дьяченко М. И. Психология высшей школы: учебное пособие. – 3-е изд., перераб. и доп. / М. И. Дьяченко, Л. А. Кандыбович. Минск: Университетское. 1993. 368 с.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ІНСУЛЬТНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Мищенко М.М., ХНМУ, м. Харків

Інсульты на сьогоднішній день виступають у якості найбільш частоті причини інвалідності та смертності світового населення після інфарктів та злоякісних новоутворень, займаючи перші шпальта серед причин непрацездатності се-

ред працездатного населення [1]. У різних світових регіонах річна частота зустрічаємості інсультної патології знаходиться в межах від 135 до 700 випадків на 100.000 населення, прогресивно збільшуючись зі збільшенням вікових характеристик [2, 3]. Кожного року інсультна патологія вражає більш ніж 16 млн. осіб, із яких близько 5,7 млн. помирають та у стількох же реєструється втрата працездатності. Так, наприклад, за офіційними даними в США щорічно реєструються більше за 800000 інсультної патології, провокуючи летальний наслідок кожні 4 хв., причому, дещо менше половини (47,0 %) летальностей відбувається в умовах стаціонару [4]. Що стосується нашої держави, то за визначеннями ВООЗ, Україна займає лідируючі позиції серед європейських країн по частоті зустрічаємості інсультної патології та негативних її наслідків (інвалідності та смертності). За офіційними вітчизняними даними в нашій державі інсульт вражає осіб кожні 5 хв. та кожні 12 хв. – забирає життя.

Значна медико-соціальна значимість проблематики інсультної патології визначається не тільки їх значною поширеністю та високими рівнями негативних наслідків (втрата працездатності та смертність), а й значними фінансовими витратами як на державному рівні, так і для самого хворого та його родини. Так, наприклад, догляд за хворим після перенесеного інсульту в середньому у Великобританії складає від 15 000 до 30 000 фунтів стерлінгів (на протязі 5 років); а в США прямі і непрямі витрати на інсультних хворих щорічно складають більш ніж 70 млрд. доларів. Прогнозовано вказується, що ці витрати з кожним наступним роком будуть лише зростати через неупинні темпи зростання таких хворих із-за прогресивного постаріння світового населення [4].

З основних чинників, які провокують розвиток інсультної патології відносять вікові характеристики (похилий і старечий вік), тютюнопаління, атеросклероз і артеріальну гіпертензію (особливо їх поєднання), цукровий діабет і серцево-судинні захворювання (порушення ритму, інфаркти, клапанні захворювання, ендокардити тощо), аномалії судин головного мозку (аневризми, гіпоплазія, мальформації, тощо), поліцитемія, тромбоцитемія, антифосфоліпідний синдром, амілоїдна ангіопатія, васкуліти, ожиріння, і т.ін. Окрім цих факторів ризику, провідні вчені відмічають й вплив спадкової схильності та низьку фізичну активність [5]. З огляду на це, визначаються й основні таргетні профілактичні можливості впливу на рівні інсультної патології, серед яких провідне місце посідають: підтримка здорового способу життя та фізичної активності, боротьба зі шкідливими звичками, нормалізація маси тіла, здорове харчування, контроль артеріального тиску та холестерину крові, профілактика серцево-судинних захворювань.

Література:

1. Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2016. Geneva, World Health Organization; 2018. – <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
2. Хвороби системи кровообігу в Україні як одна з характеристик суспільного здоров'я / О. Я. Бабак, В. І. Дроздова, А. А. Бабець [та ін.] // Укр. терапевтичний журн. – 2017. – № 1. – С. 4–11.
3. Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010 / V.L. Feigin, M.H. Forouzanfar, R. Krishnamurthi et al. // Lancet. – 2014. – Vol. 383, No. 9913. – P. 245–254.

4. Мищенко Т. С. Эпидемиология цереброваскулярных заболеваний и организация помощи больным с мозговым инсультом в Украине / Т. С. Мищенко // Укр. вісн. психоневрології. – 2017. – Т. 25, вип. 1 (90). – С. 22–24.

5. Клинико-генетический анализ факторов риска развития острой и хронической ишемии головного мозга / А. В. Анисимова, А. С. Гунченко, А. Ю. Иконникова [и др.] // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2019. – № 119 (3). – С. 62–67. – doi:[10.17116/jnevro201911903262](https://doi.org/10.17116/jnevro201911903262)

STUDENTS SCIENCE

Syrova G.O., Lukianova L.V., Haychuk A.V., KhNMU, Kharkiv

An important part of the learning process is the scientific-research work (SRW) of students. At The Department of Medical and Bioorganic Chemistry of Kharkiv National Medical University (KhNMU) has all necessary conditions to give students the opportunity to realize implement their desires in the field of science.

Student SRW is implemented as follows:

– students participation of students in various scientific and practical activities: scientific seminars, forums, conferences, exhibitions, student paper contests, competitions;

– involvement of students in the implementation of scientific-research projects;

– students' individual scientific-research works, i. e. participation of students in solving a problem under the guidance of a specific scientific supervisors from among the professor-teaching staff of the department;

– realization implementation of experimental researches within the limits of the initiative SRW of the department on the research of pharmacological activity on laboratory animals;

– participation in student scientific circles (SSC) – organization of special directions, programs, conducting classes with groups of highly motivated for scientific work most students with aptitude and motivation for science;

– involvement of students in scientific-innovative activities;

– inclusion of SRW elements into the classes.

Thus, the thematic plan of laboratory-practical classes in the discipline "Bioorganic chemistry" for students majoring "Medicine" and "Paediatrics" include the following elements of proactive departmental SRW: "QSAR computer program as a tool for prognosis of properties of bioorganic compounds by their structure" and "Prediction of toxicity of heterocyclic compounds by means of the GUSAR program".

Since 2015, the department's staff, together with students, have been actively participating in the scientific life of the city: city-wide traditional scientific events "Night of Science", "Picnic of Science", "Health Day", etc. For the first time on March 2, 2017 the first stage of the Student Competition in the discipline of "Medical Chemistry" was held, the results of which determined the winning students who are sent to participate in the second stage of the All-Ukrainian Student Competition in the discipline "Medical chemistry".

Our department not only teaches students, but also actively involves them in scientific activities. Beginning in Starting from the 1st year of education Year I, faculty members professors' staff of the department involve them in scientific work. Students

are involved in scientific research, the results of which are reported at student conferences and scientific seminars. Each teacher every professor of the department is an expert in a particular scientific topic and can advise and provide qualified assistance to every student from regarding scientific issues [1]. Scientific activity of students is encouraged by getting additional points to the overall students rating of the student.

One of the principles of the organization of educational work in modern higher education institutions (HEI) is "learning through researches" [2]. SSC helps to solve assists solving the issues problems of improving the quality of scientific medical profile through mastering by students with of advanced achievements in medicine, modern technologies, as well as expands and deepens students' knowledge in the field of theoretical disciplines. Development and effective implementation of research results SRW in HEI is a necessary indispensable condition for increasing its competitiveness in international scientific and educational space.

One of the main ways to stimulate self-development and self-education skills in the process of learning studying in higher education system is research students' activities research. Therefore, the SSC "Caffeine" works at the Department of Medical and Bioorganic Chemistry for more than ten years. The main directions working area of the work of the circle is students' participation of students in quantum-chemical studies of molecules and experimental researches. In the SSC "Caffeine" students get an idea about the main stages of theoretical and experimental SRW. Beginning in Since the first year of education, students have been learning studying getting acquainted with new methods and techniques of scientific research, experimental techniques.

They learn to process, analyze and generalize the obtained results obtained. SSC participants of the circle are distinguished by the ability to critically assess the state of the researched problems in a critical way, on which students under the guidance of teachers performing reviews and reports under the professors' guidance, make presentations at scientific forums and conferences held both in HEI of Ukraine and abroad [3].

SRW of students at KhNMU is an integral factor in the development of students' potential, a powerful and reliable means method of training scientific university staff of the university [4]. The effectiveness of scientific activities of the HEI should be considered on the basis of the main task of the higher school, namely the improvement of training of highly qualified specialists training. The specific indicator of the effectiveness of research activities of HEI is the indicator index of "teaching and pedagogical effect", which assesses the degree of implementation of the results of scientific activity results into the educational process.

SSC is an important factor for improving the professional training of future specialists in higher medical education, first of all, because it provides individualization of training, allows personality-oriented focused learning studying, expands knowledge, abilities and skills of students, promotes activity, initiative, curiosity, develops creative thinking, encourages independent search.

References:

1. Syrova G., Petiunina V., Lukianova L. Experience of application of general methods of education at the studies of chemical disciplines at the department of medical and bioorganic chemistry of the Kharkiv National Medical University. Ukraine – EU. Innovations in Education, Technology, Business and Law: collection

of international scientific papers, Chernihiv, April 24–28, 2018. Chernihiv National University of Technology. Chernihiv. 2018. P. 208–210.

2. Syrova G.O. Unity of education and scientific research – the main principle of Kharkiv national medical university / G.O.Syrova, L.V.Lukianova, V.M.Petiunina. Science and education: problems, prospects and innovations: The 7th International scientific and practical conference (Kyoto, Japan, April 1–3, 2021). CPN Publishing Group. Kyoto. 2021. P. 165–174.

3. Syrova G.O. Significance of research activity in the formation of professional competencies of the future doctor / G.O.Syrova, T.S.Tishakova, O.V.Savelieva. Innovations in higher medical and pharmaceutical education of Ukraine (with remote connection of VM (F) NZ of Ukraine by videoconference): materials of the XVI All-Ukrainian scientific-practical conference with international participation, Ternopil, May 16–17, 2019. I.Horbachevsky Ternopil National Medical University. Ternopil. 2019. P. 133–134.

4. Syrova G.O. Learning Through Research / G.O.Syrova, V.M.Petiunina, L.V.Lukianova. Current issues of higher medical (pharmaceutical) education: current challenges and prospects for their solution: materials of the XVIII All-Ukrainian scientific-practical conference online using the system Microsoft teams (Ternopil, May 20–21, 2021). I.Horbachevsky Ternopil National Medical University. Ternopil: TNMU. 2021. P. 562–564.

THE PROBLEM OF LATE DETECTION OF BREAST CANCER AMONG NIGERIAN WOMEN: A VIEW FROM THE POSITION OF A FAMILY DOCTOR

*Andrusha A. B., Waboso Sarah Nnenna,
Kharkov National Medical University, Ukraine*

Breast cancer is a malignant tumor of the glandular tissue of the breast. It is the most common form of cancer in the world among women with a incidence rate of 99.4 per 100,000 women aged 13 to 90 years [2]. It is also the second most common cancer after lung cancer. Breast cancer is one of the most common cancer diagnosed in Nigeria. Breast cancer can be seen in women of all age but in recent days, it has been found to be more common among young people. It can be seen in every 12–15 women in Nigeria. Breast cancer is also one of the major cause of death among women; others include heart disease, diabetes mellitus etc.

Cancer mortality can be significantly reduced if it is detected at an early stage, and at the same time, timely treatment is carried out, but many cases of preventable deaths are due to a lack of available technology for screening, diagnosing and treating cancer diseases [2].

Early diagnosis of cancer improves treatment outcome, but many patients in low-income countries do not have access to laboratory, pathological, radiological or other diagnostic methods of early diagnosis [2]. For this reason, in most patients in developing countries, malignant neoplasms are detected at a late, incurable stage.

From the standpoint of family medicine, prevention, early detection, diagnosis, and rehabilitation of women with breast cancer are an urgent problem, especially in developing countries.

In diagnosing breast cancer, mammogram is one of the best technologies currently used. It detects abnormalities easily and is also an easy way to identify the cancer cells early. Mammography is considered the gold standard. The World Health Organization states that every woman from age 40 must have her mammography once a year. Although mammography is not recommended as a first diagnostic method in patients under the age of 40 years. Ultrasound is an adjunctive examination for mammography. Ultrasound uses sound waves to make detailed pictures called sonograms, of areas inside the breast. Others diagnostic tools are Magnetic Resonance Imaging and biopsy. Mammography and ultrasound examination of the breast are the main in the arsenal of a family doctor in terms of timely diagnosis of breast cancer. Considering the demographic, economic and social indicators of developing countries, including Nigeria, one can note the lack of access of the population to basic, safe, high quality, affordable and effective health technologies and, accordingly, incomplete universal health coverage of the population. At-the-site cancer diagnostics enable disease detection and monitoring at the primary health care level, and is especially useful in situations where patients would have to travel long distances to reach medical institutions with a well-equipped laboratory. Improving access to healthcare products is key to ensuring timely prevention of breast cancer.

The aim is to evaluate the epidemiology, demographic characteristics and state of awareness and problems contributing to delays in diagnosis of breast cancer among Nigerian women.

Materials and Methods. The basis for our study were the results of a multi-disciplinary population-based case-control study of breast cancer which was conducted in 2016 year in two areas of Nigeria: Ekiti and Lagos [1]. We evaluated a demographic and histopathology characteristic women and analyzed links between their education, awareness of breast cancer and related measures for its detection, the availability of visits to the family doctor (including distance), social status, level of material wealth, stage of the disease at the time of detection of pathology. All study patients were interviewed in person using a detailed questionnaire that focused on established breast cancer risk factors. They are medical history, family history of breast cancer, occupational history, demographic factors, reproductive characteristics, anthropometric data and physical activity, other collected factors that could result in presentation delays like from whom they usually sought health care are how often they visited these facilities, types of traditional medications used, travel time from their home to where they seek health care, difficulties of hardships they face when seeking health care. Those women who were recruited as possible breast cancer cases were asked additional questions regarding when they first noticed a breast problem, the type of problems, when they first sought help and who they first saw for help or treatment.

Results. A majority of patients diagnosed with malignant breast cancers were under 50 years of age. The vast majority of women surveyed were from areas within restricted travel times from the study hospitals. 86.7% of women had measurable masses in biopsies result. The most common presenting symptom was a lump or mass, although some patients also presented with pain or tenderness or change in breast size. Other symptoms like skin dimpling, skin ulcerations or rashes were less commonly represented. One of the major predictors of risk was low education, with subjects having no formal education or merely some primary school compared to those with senior secondary/vocational/ university education. Single patients were not at

increased risk in contrast to currently married women. Also due to lack of funds some women visited traditional healers for treatment after symptoms started while some visited other provider, frequency of visits to a doctor or nurse, travel times to get to a health facility.

Conclusion. The majority of patient lacks awareness when it comes to diagnosing a cancer and thus, education is clearly an important component of breast cancer prevention. Therefore, family doctors, first of all, should carry out primary, secondary prevention and screening among this category of women - on less educated women to provide them with knowledge regarding the causes of breast cancer, the risk factors, the symptoms and the timely treatment in order to avoid further complications. The cost is also a potential limiting factor for many Nigerian women, especially in rural areas.

References:

1. Brinton, L., Figueroa, J., Adjei, E. et al. Factors contributing to delays in diagnosis of breast cancers in Ghana, West Africa. *Breast Cancer Res Treat* 162, 105–114 (2017). <https://doi.org/10.1007/s10549-016-4088-1>
2. World Health Organization. Cancer Fact sheet N°297. 2015 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/ru/>)

ЗМІСТ

Секція 1. «Історія медицини»

Капустник В.А., Лісовий В.М., Огнєв В.А. Формування та розвиток громадського здоров'я в контексті ідей професорки Н.О. Галічевої.....	3
Грузєва Т.С. Професійні та життєві уроки професора Галічевої Ніни Олександрівни.....	7
Галічев С.К., Галічева А.С., Галічева К.С. Сторінками сімейної пам'яті.....	8
Марковський В.Д., М'якина О.В. Друге життя геніального вченого та хірурга (до 140-річчя з дня смерті М.І. Пирогова).....	10
Васильєв К.К. Організатор охорони здоров'я історик медицини, професор Аркадій Федорович Кісельов (1925–2017).....	14
Дунаєв О.В., Ольховський В.О., Леонтєв П.О. Збереження пам'яті про вчителів: до 220-річчя кафедри судової медицини, медичного правознавства імені заслуженого професора М.С. Бокаріуса.....	16
Зайцев В.В., Макаров Д.С., Симковський С.Р. Ковров Яків Григорович.....	17
Робак І.Ю., Альков В.В. Студентська сексуальність у Харкові початку ХХ ст.: медико-соціальна проблема мастурбації.....	20
Міакіна О.В., Vasheva A.O. Development of nursing in Ukraine over the last 70 years.....	22
<u>Секція 2. «Громадське здоров'я»</u>	
М'ясоєдов В.В., Огнєв В.А., Яременко А.В. Адвокація: дія заради змін у системі громадського здоров'я.....	25
Грузєва Т.С., Іншакова Г.В. Закріплення права на гідне старіння в нормативно-правових актах різного рівня.....	28
Лещина І.В., Огнєв В.А., Орел О.В. Використання інформаційно-комунікаційних технологій у сфері громадського здоров'я.....	31
Крячкова Л.В., Коробко М.Ю., Сімон К.І. Стоматологічне громадське здоров'я – перспективний напрямок наукової та практичної діяльності для зміцнення здоров'я та якості життя населення.....	33
Завгородній І.В., Літовченко О.Л., Лисак М.С., Чеховська І.М., Біличенко Н.П. Підвищення рівня безпеки та захисту здоров'я медичних працівників як складова системи громадського здоров'я.....	35
Семидоцька Ж.Д., Чернякова І.О., Неффа М.Ю. Духовні аспекти здоров'я.....	36

Семидоцька Ж.Д., Чернякова І.О., Авдєєва О.В. Здоров'я для всіх у ХХІ столітті: проблеми і перспективи.....	39
Сорока І.М., Грузєва Т.С. Сучасні можливості електронної охорони здоров'я та бар'єри на шляху її впровадження.....	41
Щербина М.О., Скорбач О.І., Скорбач Ю.І. Вплив COVID-19 на вагітних жінок.....	43
Огнєв В.А., Подпрядова А.А. Поширеність факторів ризику виникнення інфаркту міокарда серед населення Харківської області.....	44
Сокол К.М., Дмуховська Т.В., Сидоренко М.О. Психічне здоров'я в умовах стрімкого зростання дії масової тривожної негативної інформації і соціального факторів.....	47
Усенко С.Г., Циб К.О. Емоційне вигорання працівників галузі охорони здоров'я	49
Григорян О.В. Моніторинг здоров'я працюючих як важливе завдання збереження здорової нації.....	51
Бура О.В., Горай О.В. Питання профілактики психічних розладів серед учнів закладів освіти...	52
Лещенко С.О., Володіна А.Д., Слободянюк Д.О., Тарануха О.О. Стан органа зору студентів вищих навчальних закладів під час дистанційного навчання.....	54
Чопорова О.І. Соціальні детермінанти організації пацієнт-орієнтованої моделі лікування туберкульозу в Україні.....	56
Сокол К.М., Подрігало Л.В., Подрігало О.О. Алгоритм дослідження харчової поведінки дитячого населення.....	59
Нікулін В.Ю., Новіцька Н.І., Даценко І.В. Результати досліджень полімерних матеріалів, що застосовуються в будівництві та виробництві меблів на території Харківської області.....	61
Косинська Т.П., Богдан О.В. Профілактика захворювань серцево-судинної системи в Житомирській області.....	63
Суховірська Л.П. Екологічна та радіаційна ситуація в м. Кропивницький.....	66
Іващенко Р.О., Гуманець К.Р., Сухова В.Р. Особливості синдрому емоційного вигорання у медичних працівників.....	67
Nesterenko V.G., Astapova Y.V., Pristyuk K.D., The evolution of medical and social views on a disability.....	69
Kuye Adesegun Jacobs, Nesterenko V.G. Impact of COVID-19 pandemic on students' social status; a survey report of international students at Kharkov national medical university.....	73

Pomohaibo K.G., Ettech M.E. Prevention of obesity and associated disorders in health by organization of medical and sociological monitoring.....	75
Pomohaibo K.G., Ettech M.E. Prevention of obesity in the framework of control of non-infectious diseases.....	76
Pomohaibo K.G., Ettech M.E. The problem of the double burden of disease in developing countries is due to the prevalence of obesity.....	77
Martynenko N., Jibhaye Poorva Methods of treatment in Tibetan medicine.....	78
Martynenko N., Vivian Pandit Vishal Sanitary condition of Tibetan cities.....	80
Orel O.V., Galicheva A.S. Pregnancy during the COVID pandemic 19.....	80
Orel O.V., Galicheva A.S. Determinants that affect the occurrence of excess weight during pregnancy.....	81
Pomohaibo K.G., Gaponova E.A., Aderibigbe Oluwatoyin Deborah The modern lifestyle and its effects on public health, is there a way out?.....	83
Yaremenko A.V., Galicheva A.S. Development of post-COVID-19 syndrome in children and its prevention.....	84
Yaremenko A.V., Ayman Mawassi, Logina Salam Vaccination against the virus COVID-19 for children	85
Pomohaibo K., Gaponova E., Etteh Mary Enobong Challenges and trends in the health food industry	87
Pomohaibo K., Gaponova E., Aderibigbe Oluwatoyin Deborah The modern lifestyle and its effects on public health.....	88
<u>Секція 3. «Організація охорони здоров'я»</u>	
Огнєв В.А., Вашев О.Є., Вашева А.О. Особливості планування та формування госпітальних округів.....	90
Грузєва Т.С., Дубовик В.Ю. Актуальність проблем удосконалення організації ревматологічної допомоги населенню в умовах реформування охорони здоров'я.....	93
Гавловський О.Д., Голованова І.А. Точка зору учасників АТО на необхідність надання психологічної допомоги.....	94
Григоров М.М., Григоров С.М., Григорова А.О. Причини для інтеграції послуг охорони психічного здоров'я у систему первинної медико-санітарної допомоги (сімейну медицину).....	97
Забашта В.Ф., Федак Б.С., Лобова І.О. Аналіз показників втраченого часу бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги при гострому коронарному синдромі без елевації сегмента ST.....	99
Щербань М.Г., Мельник О.Г. Напрямки оптимізації діяльності з охорони здоров'я контингентів, працюючих на промислових підприємствах.....	102

Самусенко С.О., Шевченко О.С. Організаційні підходи до лікування фарингіту та ангіни у дітей у різних країнах світу.....	105
Скрипнікова О. С. Організація системи онкологічної допомоги в Україні: маршрутизація пацієнтів.....	108
Меркулова Т.В., Пересипкіна Т.В. Здоров'я дітей як маркетинг змін в організації охорони здоров'я школярів.....	109
Литвинова Л.О., Донік О.М., Гречишкіна Н.В. Система охорони здоров'я України після завершення першого етапу реформування: основні підсумки.....	111
Ярова Л.Д., Мотовиця Н.Я., Клименко С.Є. Алгоритм організації роботи психолога у відділенні паліативної допомоги закладу охорони здоров'я.....	113
Коваленко Т.І. Методи терапії антибіотикорезистентних штамів при нозокомінальній пневмонії.....	115
Черненко І.І., Каднай О.С., Черняк М.Є. Неврологічні ускладнення при COVID-19.....	117
Bachir Almoghrabi, Nesterenko V.G. Public health in Lebanon.....	120
Karam Jajoursy Medicine in Australia.....	121
Vasheva A., Bakir Mohd Basel The main aspects of the organization of palliative care in Syria.....	123
Yaremenko A.V., Galicheva A.S. Organization and implementation of immunoprophylaxis in Ukraine within the public health system.....	125
Darshan Divesh, Elina Gaponova Healthy lifestyle – a factor we future doctors always ignore.....	126
<u>Секція 4. Доказова медицина,</u> <u>сучасна епідеміологія та біологічна статистика</u>	
Крячкова Л.В., Заярський М.І., Семенов В.В. Викладання біостатистики студентам медикам з позицій практично орієнтованого підходу.....	129
Лебедин А.М., Мітасова К.В. Дослідження стану захворюваності на atopічний дерматит у дітей в Україні.....	130
Чорна Д.О., Овчаренко І.А. Оцінка смертності від туберкульозу серед дітей в Україні протягом 2015–2019 рр.	131
Кочнєва О.В. Проблема захворюваності туберкульозу в Україні та шляхи її вирішення.....	134

Колесникова Н.Д., Наумова О.В.	
Аналіз летальних випадків від пневмоній за даними патологоанатомічного відділення Харківської обласної клінічної лікарні в 2018–2021 рр.	135
Плеціс Я.Е., Костюк Н.Г., Андрєєва О.В.	
Сучасні рішення та профілактика ендодонтичних ускладнень.....	137
Цзе Чжан, Плеціс Я.Е., Костюк Н.Г.	
Голкорексфлексотерапія стоматологічних захворювань.....	140
<u>Секція 5. Публічне управління у сфері охорони здоров'я</u>	
Юрочко Т.П., Інгінова К.О.	
Державне регулювання медичної допомоги на дому: міжнародний досвід в умовах діджиталізації та пандемії COVID-19.....	142
Мельниченко О.А., Перепада С.В., Калмикова І.В., Фінська О.І.	
Особливості застосування соціально-психологічних засобів публічного управління при лікуванні онкохворих.....	144
Гейко Л.І., Юрочко Т.П.	
Стейкхолдери політики здорового харчування для дітей раннього шкільного віку в Україні.....	146
Почерніна М.Г., Селіванов Е.В., Коцар М.В.	
Економіка країни під час пандемії.....	149
Мельниченко О.А., Саркіс-Іванова В.В., Муратов Г.Р., Кутузян Ж.М., Чумаченко О.Ю.	
Перегляд освітньо-професійної програми як засіб підвищення якості підготовки управлінців для вітчизняної сфери охорони здоров'я.....	150
Кателевська Н.М., Колоша О.В.	
Проблеми розвитку еколого-гігієнічної складової громадського здоров'я в Україні.....	152
Nesterenko V., Vasheva A.	
Features of financing and management of Multidisciplinary medical institutions.....	153
<u>Секція 6. Медична освіта, наука та практика</u>	
Лехан В.М., Крячкова Л.В., Гриценко Л.О.	
Освітньо-наукова програма з громадського здоров'я для підготовки докторів філософії: концептуальна основа та пріоритети.....	156
Сердюк О.І., Короп О.А., Просоленко Н.В.	
Післядипломна освіта лікарів як один з основних механізмів управління якістю медичної допомоги.....	158
Огнєв В.А., Усенко С.Г.	
Медико-соціальні аспекти підготовки фахівців за спеціальністю «Соціальна робота» на кафедрі громадського здоров'я та управління охороною здоров'я.....	160
Ащеулова Т.В., Компанієць К.М., Кочубей О.А.	
Доцільність та особливості викладання вибіркової дисципліни «Етичні норми в громадському здоров'ї» при підготовці магістрів спеціальності «громадське здоров'я».....	162

Фоміна Л.В., Скорбач Т.В., Калініченко О.В.	
Запобігання мовленнєвих помилок у медичному фаховому мовленні.....	164
Щербіна І.М., Нагута Л.О.	
Розвиток студентської науки у сучасних умовах.....	166
Степаненко О.Ю., Мар'єнко Н.І.	
Досвід поєданого використання класичних та інноваційних методик викладання гістології, цитології та ембріології в умовах дистанційного навчання.....	167
Богачова О.С., Чухно І.А.	
Актуальність та деякі аспекти розвитку вищої медичної освіти в Україні в сучасних умовах.....	170
Матвєєва С.Л.	
Технології та методологія викладання фтизіатрії студентам з англomовною формою навчання в умовах дистанційного навчання.....	172
Крупеня В.І., Просоленко Н.В.	
Формування психологічної готовності майбутніх лікарів до професійної діяльності.....	176
Міщенко М.М.	
Медико-соціальні аспекти інсультної патології.....	178
Syrova G.O., Lukianova L.V., Haychuk A.V.	
Students science.....	180
Andrusha A.B., Waboso Sarah Nnenna	
The problem of late detection of breast cancer among Nigerian women: a view from the position of a family doctor.....	182

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

матеріали IV науково-практичної конференції з міжнародною участю
з нагоди 90-річчя від дня народження Н.О. Галічевої (1931–2017),
видатного соціал-гігієніста, завідувача кафедри соціальної медицини,
організації та економіки охорони здоров'я
Харківського державного медичного університету

Відповідальний за випуск

проф. В.А. Огнєв

Формат А5. Ум.-друк. арк. 12,0
Наклад 120 прим. Зам. № 21-34192

Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com