

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

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

матеріали ІІІ науково-практичної конференції  
з міжнародною участю

05 листопада 2020 року

Харків  
2020

УДК 614.2(477)

Г87

**Редакційна колегія:** М'ясоєдов В.В., Огнев В.А., Мельниченко О.А.,  
Сокол К.М., Чухно І.А., Нестеренко В.Г.,  
Мартиненко Н.М.

Затверджено вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 11 від 19.11.2020 р.

**Г87 Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення:**  
матеріали III науково-практичної конференції з міжнародною участю,  
05 листопада 2020 р. Харків, 2020. 122 с.

УДК 614.2(477)

© Харківський національний  
медичний університет

Наукове видання

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

матеріали III науково-практичної конференції  
з міжнародною участю

м. Харків, 05 листопада 2020 року

Відповідальний за випуск проф. В.А. Огнєв

Формат А5. Ризографія. Ум.-друк. арк. 7,75  
Тираж 100 прим. Зам. № 18-33665

---

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

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

# Секція 1

## ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

### ЄВРОПЕЙСЬКІ ІНІЦІАТИВИ ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРОМОЦІЇ ЗДОРОВ'Я

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

Здоров'я населення є однією з основних умов для досягнення мети суспільства. Зменшення нерівності та соціального градієнту сприяє покращенню здоров'я і добробуту населення. Гарне здоров'я сприяє покращенню якості життя; підвищує продуктивність праці та навчальну спроможність; зміцнює сім'ї та місцеві співтовариства; підтримує стійке середовище проживання і навколишнє середовище, а також безпеку, скорочення масштабів убогості та соціальну інтеграцію. Тим не менш, збільшення витрат на лікування та догляд лягають нестерпним тягарем на національні та місцеві ресурси, які можуть затримати розвиток в більш широкому контексті. Взаємодія між здоров'ям, благополуччям та економічним розвитком є пріоритетом на політичному порядку денному всіх країн.

ВООЗ серед найважливіших пріоритетів у глобальній стратегії «Здоров'я для всіх у XXI столітті» визначає необхідність забезпечення рівних прав з питань охорони здоров'я населення різних за соціально-економічним розвитком країн. Громади, роботодавці і промисловість все частіше чекають і вимагають сильної, скоординованої діяльності уряду з забезпечення здоров'я та благополуччя, уникаючи дублювання і фрагментації, при цьому важливого значення набуває політика збереження і зміцнення здоров'я.

Зміцнення здоров'я нині є актуальною проблемою, бо вона викликана зростанням і зміною характеру навантажень на організм людини у зв'язку з ускладненням суспільного життя, збільшенням ризиків техногенного, екологічного, психологічного, політичного та військового характеру, що провокують негативні зсуви в стані здоров'я.

Промоція здоров'я (зміцнення, підтримка здоров'я, сприяння здоров'ю) – це процес, який дозволяє населенню посилити контроль за своїм здоров'ям і поліпшити його стан. Зміцнення (промоція) здоров'я населення є передумовою для всебічного розвитку життєдіяльності людини, досягнення нею активного довголіття та повноцінного виконання соціальних функцій, активної участі у трудовій, громадській, сімейно-побутовій і дозвільній формах життєдіяльності.

Проблеми якості здоров'я населення різних країн постійно знаходяться в центрі уваги вчених та політиків всього світу. Так, у Загальній декларації прав людини, прийнятої ООН в 1948 р, було визначено, що «кожна людина має

право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, медичний догляд та соціальне обслуговування, які необхідні для підтримки здоров'я і добробуту її самої та його сім'ї ...». Свідченням великого значення, що надається питанням сприяння здоров'ю та його ролі в житті теперішніх і майбутніх поколінь є прийняття міжнародних заяв, декларацій та стратегій:

У 1986 р. (Оттава, Канада, ВООЗ) та у 2005 р. (Бангкок, Таїланд, ВООЗ), учасники глобальної конференції з заохочення здоров'я розробили концепції та принципи, визначили політику й звернулися до сприяння здоров'ю в більш широкому контексті глобалізації. Оттавська хартія зі зміцнення здоров'я виділила 3 основні стратегії для підтримки здоров'я: захист здоров'я для створення основних, найбільш значущих умов для здоров'я; надання можливості всім людям досягти та повністю реалізувати свій потенціал здоров'я; об'єднання різних інтересів суспільства для досягнення здоров'я.

Ці стратегії підтримуються пріоритетними напрямками дій для зміцнення здоров'я: розробка «здорової громадської політики»; створення сприятливих умов і факторів середовища для здоров'я; зміцнення громадської активності на комунальному рівні в інтересах здоров'я; розвиток особистих навичок і вмій; переорієнтація служб охорони здоров'я.

У 1988 р. (Аделаїда, Австралія, ВООЗ) та 1991 р. (Сундсваль, Швеція, ВООЗ), на конференції вивчалися аспекти формування політики, яка сприяє здоров'ю населення та шляхи створення середовищ для просування здоров'я. В її матеріалах зазначається, що політика та дії в області охорони здоров'я повинні бути спрямовані на рішення соціальних детермінант здоров'я, щоб мати справу з випадками поганого здоров'я, перш ніж вони зможуть призвести до проблем. Це складне питання, як для осіб, що приймають рішення, так і для учасників громадського здоров'я. Здорова державна/суспільна політика (*Healthy public policy*) характеризується як твердо виражена орієнтованість на забезпечення здоров'я і справедливості, рівності у всіх сферах політики і стратегії, а також підзвітністю й відповідальністю за вплив на здоров'я. Основною метою державної/суспільної політики є створення підтримуючого середовища, яке дозволяє населенню вести здоровий спосіб життя. Така політика робить вибір здорових альтернатив можливим або простішим для громадян, а соціальні та фізичні середовищні умови зміцнюючими здоров'я.

У 1997 р. (Джакарта, Індонезія, ВООЗ) та у 2000 р. (Мехіко, Мексика, ВООЗ) учасниками були розглянуті можливості створення потенціалу для зміцнення здоров'я та його роль у впливі на детермінанти здоров'я.

У Декларації визначено 5 пріоритетів щодо продовження діяльності для зміцнення здоров'я: посилення соціальної відповідальності за здоров'я; збільшення інвестицій на розвиток охорони здоров'я; розширення партнерських зв'язків і контактів з метою підтримки здоров'я; збільшення потенційних можливостей громад і розширення можливостей окремих громадян; забезпечення необхідної інфраструктури для підтримки здоров'я.

У 2009 р. (Найробі, Кенія, ВООЗ), учасники сьомої глобальної конференції закликали до дій для вирішення прогалін між фактичними даними та їх конкретним використанням для розвитку охорони здоров'я. Відзначено, що здоров'я і розвиток сьогодні стикаються з безпрецедентними загрозами. Фінансова криза загрожує життєздатності національних економік в цілому і систем охорони здоров'я зокрема. Глобальне потепління і зміна клімату впливають на життя людей, особливо в країнах з низькими доходами. Загроза безпеці створює відчуття загальної невизначеності для спільнот у всьому світі.

Важливе значення для збереження і зміцнення здоров'я має Аделаїдська заява «Облік інтересів здоров'я в усіх напрямках політики» (Аделаїда, Австралія, 2010 р.), яка є частиною глобального процесу розробки та зміцнення на основі справедливості обліку інтересів здоров'я до уваги в усіх політичних лініях. Вона є внеском у важливі дискусії, які проводяться на теперішній час між державами-членами і регіонами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). У заяві відображаються здобутки країн, які вже набули досвіду у прийнятті такого підходу. В заяві відпрацьована нова роль сектора охорони здоров'я. В ній говориться, що для того, щоб просувати підхід до здоров'я у всіх стратегіях, сектор охорони здоров'я повинен навчитися працювати у партнерстві з іншими секторами. Буде необхідно спільне вивчення політичних інновацій, нових механізмів та інструментів, а також вдосконалення нормативно-правової бази. Для цього необхідний сектор охорони здоров'я з зовнішньою орієнтацією, відкритий для інших і оснащений необхідними знаннями, навичками і мандатом. Це також означає поліпшення координації та підтримку для лідерів у самому секторі охорони здоров'я.).

У 2012 р. на 62-ій сесії Регіонального Європейського комітету ВООЗ була прийнята програма «Здоров'я–2020 – основи Європейської політики і стратегія для XXI століття». Політика «Здоров'я–2020» визначає, що нова політика не означає, що здоров'я є все, або що це єдиний аспект у житті, який повинен оцінюватись, ні – у суспільства і людини є багато інших цілей. Тим не менш, здоров'я займає виняткове місце як засіб досягнення інших цілей. Погане здоров'я змушує витратити потенціал, викликає відчай та зменшення ресурсів всіх верств суспільства. Політика «Здоров'я–2020» орієнтована на цінності і докази, що дозволяє використовувати стратегічний підхід до досягнення цієї мети. В її основі визнається, що держави можуть зробити реальні поліпшення в стані охорони здоров'я, якщо вони переслідують дві стратегічні мети на всіх рівнях і в усіх секторах влади: поліпшення здоров'я для всього населення і зменшення нерівності в забезпеченні здоров'я; удосконалення лідерства та колективного керівництва в інтересах здоров'я на міжсекторальному рівні.

З метою вирішення проблем, пов'язаних з глобальними викликами, Європейське регіональне бюро ВООЗ прийняло Європейський план дій щодо зміцнення спроможності та послуг громадської охорони здоров'я, який включає в себе: мету; завдання; принципи керівництва; сучасний стан потенціалу та

послуг громадської охорони здоров'я в Європі: сильні та слабкі сторони і необхідність діяти; пропозиції щодо подальшого розвитку Європейського плану дій; самооцінка початкового потенціалу та послуг в охороні здоров'я; напрям дій.

Учасники восьмої глобальної конференції зі зміцнення здоров'я (Гельсінкі, Фінляндія, 10-14 червня 2013 р.) розглянули досвід підходу до здоров'я в усіх областях політики і розробили керівництво до конкретних дій в країнах на всіх рівнях розвитку.

Зустріч спиралася на багату спадщину ідей, дій і доказів, спочатку натхнених Алма-Атинською декларацією ВООЗ з первинної медико-санітарної допомоги (1978 р.) та Оттавською хартією зі зміцнення здоров'я (1986 р.), які визначили міжгалузеві дії та державну політику, спрямовану на підтримку здоров'я, центральними елементами зміцнення здоров'я, досягнення справедливості у сфері охорони здоров'я та реалізації здоров'я як права людини. Наступні глобальні конференції ВООЗ посилили ключові принципи дій щодо зміцнення здоров'я.

У Шанхаї (21-24 листопада 2016 р., Китай, ВООЗ) відбулася 9-та глобальна конференція під девізом «Зміцнюючи здоров'я, сприяємо сталому розвитку: це наше здоров'я, наше майбутнє, наш вибір». У глобальній конференції взяли участь керівники урядів і відомств системи ООН, мери, державні планувальники та спеціалісти з питань охорони здоров'я з усього світу, які прийняли два історичні зобов'язання в області зміцнення здоров'я та усунування бідності. Мета конференції полягала в тому, щоб підкреслити найважливіші аспекти взаємозв'язку питань між заохоченням здоров'я і порядку денного в області сталого розвитку на період 2030 року, яка була розкрита чотирма задачами (субцілями), серед них: надати державам-членам ВООЗ рекомендації відносно того, яким чином питання зміцнення здоров'я можуть бути включені в національну дію для досягнення цілей сталого розвитку та як прискорити прогрес цілей сталого розвитку; провести обмін досвідом між країнами з наступних питань: зміцнення належного керівництва в секторі охорони здоров'я шляхом спільної міжсекторальної роботи органів державної влади; розширення та зміцнення соціальної мобілізації та підвищення санітарної грамотності; виділити змінювані ролі сектора охорони здоров'я як основний прихильник сприяння здоров'ю; підкреслити провідну роль міст і муніципальних керівників, особливо мерів, у зміцненні здоров'я (створення «здорових міст») у контексті зростання міського населення.

В резолюції конференції зазначається, що зміцнення здоров'я дозволяє людям отримати більший контроль над своїм здоров'ям. Воно включає в себе широкий спектр соціальних та екологічних змін, спрямованих на захист і поліпшення здоров'я фізичних осіб і підвищення їх якості життя шляхом корекції і профілактики здоров'я, а не просто лікування хвороб. Конференція в Шанхаї виділила три основні складові розвитку охорони здоров'я: управління

якістю в секторі охорони здоров'я, санітарна грамотність населення та здорові міста.

*Висока якість управління в секторі охорони здоров'я.* Сприяння в галузі охорони здоров'я вимагає від політиків всіх міністерств і відомств зробити здоров'я населення центральним елементом державної політики. Для цього вони повинні врахувати наслідки для здоров'я населення кожного рішення і розставити пріоритети дій, щоб допомогти людям уникнути хвороб і травм. Ця політика повинна підтримуватися відповідною нормативно-правовою базою, яка б об'єднувала стимули приватного сектора з цілями громадської охорони здоров'я. Наприклад, шляхом узгодженого введення заходів до оподаткування неякісних або шкідливих продуктів, таких як алкоголь, тютюн і продукти з високим вмістом солі, цукру та жиру, з одного боку й заходи, що сприяють продажу інших товарів, з іншого.

*Санітарна грамотність населення.* Для того, щоб населення зробило здоровий вибір, воно повинно отримати відповідні знання, навички та інформацію, наприклад, про їжу, яку вони їдять та медичні послуги, яких вони потребують. Крім того, населення повинно бути в змозі вибрати те, що добре для свого здоров'я. Санітарна грамотність має важливе значення для осіб, що приймають рішення і здійснюють інвестиції в здоров'я. Важливо створити середовище в суспільстві, де населення зможе вимагати від держави прийняття рішень, які будуть надалі зміцнювати здоров'я. Санітарна грамотність розширює права і можливості окремих громадян і закликає їх взяти участь у спільній діяльності з просування здоров'я. Має бути забезпечено високий рівень медичної грамотності для осіб, що приймають рішення і здійснюють інвестиції, сприяють реалізації їх намірів впливати на здоров'я, забезпечувати взаємну вигоду і вживати ефективних заходів проти детермінант здоров'я. Медична грамотність базується на універсальному та рівноправному доступі до якісної освіти впродовж життя.

*Здорові міста.* «Здорове місто» – це місто, де зусилля постійно і неухильно робляться для створення і вдосконалення такого фізичного і соціального середовища та розширення таких соціальних ресурсів, які дозволяють людям підтримувати один одного в усіх видах життєво-важливих функцій і максимізувати свої потенційні здатності.

На національному рівні, у 2018 році, Кабінет Міністрів України затвердив «Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку» (Розпорядження від 26 липня 2018 р. № 530-р). Вперше в Україні почалися системні заходи щодо запобігання неінфекційних захворювань. Реалізація цього плану дозволить до 2030 року: на третину знизити передчасну смертність від неінфекційних захворювань: серцево-судинних захворювань, раку, цукрового діабету і хронічних респіраторних й інших захворювань; зменшити зловживання алкоголем щонайменше на 10 %; знизити поширеність низької фізичної активності на



10 %, зменшити споживання солі на 30 %; знизити поширеність споживання тютюну людьми у віці старше 15 років до 18,5 %; зупинити зростання ожиріння і діабету на 25 %; знизити смертність від ДТП на 25 %.

Прийняття Національного плану здійснюється в рамках реалізації Угоди про асоціацію між Україною та ЄС. Крім того, Міністерство охорони здоров'я України спільно з партнерами, включаючи ВООЗ та неурядові організації, розробили законопроекти щодо контролю за тютюновими виробами, рекомендації зі здорового харчування й законопроект про заборону промислових жирів і транс-жирів. Своєчасне схвалення та впровадження цих законодавчих ініціатив в Україні забезпечить прогрес країни в досягненні цілей сталого розвитку шляхом впровадження Рамкової конвенції ВООЗ з боротьби проти тютюну, трансформації психічного здоров'я та інших видів діяльності.

### Список використаних джерел

1. Устав (конституція) Всемирной организации здравоохранения. ВОЗ, 1948.
2. Первичная медико-санитарная помощь: отчет о международной конференции по первичной медико-санитарной помощи. Алма-Ата, 1978.
3. Новые подходы к санитарному просвещению в рамках первичной медико-санитарной помощи. ВОЗ, Женева, 1983. № 690.
4. Глоссарий терминов, используемых в серии по достижению здоровья для всех. ВОЗ, Женева, 1984. № 9.
5. Оттавская хартия укрепления здоровья. ВОЗ/HPR/HEP/95.1. ВОЗ, Женева, 1986 г.
6. Nutbeam D. Health Promotion Glossary (original Health promotion glossary). *Health Promotion Journal* 1.1, 113'127, 1986.
7. Наше общее будущее: доклад Всемирной комиссии по окружающей среде и развитию (ВК ОЭСР). Изд. Oxford University Press, Соединенное Королевство, 1987.
8. Public Health in England: The Report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function. Лондон, HMSO, 1988.
9. Аделаидские рекомендации по здоровой общественной политике. ВОЗ/HPR/HEP/95.2, ВОЗ, Женева, 1988.
10. Last J.M. Dictionary of Epidemiology. Oxford University Press, 1988.
11. Укрепление здоровья в развивающихся странах: призыв к действию. ВОЗ/HEP/90.1. ВОЗ, Женева, 1990.
12. Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. ВОЗ/HPR/HEP/95.3. ВОЗ, Женева, 1991.
13. Будапештская декларация о больницах, способствующих укреплению здоровья. Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген. 1991.
14. Badura V. and Kickbusch I. Health promotion research: towards a new social epidemiology. Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, 1991. № 37.
15. Life skills education in schools (unpublished doc., 1991). WHO/MNH/PSF/93.7A. ВОЗ, Женева, 1993.

16. Dhillon, HS. and Philip L. Health promotion and community action for health in developing countries. ВОЗ, Женева, 1994.
17. Quality of Life Assessment: international perspectives. Proceedings of the joint meeting organized by the World Health Organization and the Foundation IPSEN in Paris, July 2–3, 1993. In: Orley J., Kuyken W. (eds.). Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo.
18. HongKong, Barcelona, Budapest. Springer-Verlag, Berlin, 1994.
19. Development Communication in Action. Report of the Inter-Agency Meeting on Advocacy
20. Strategies for Health and Development. HED/92.5. ВОЗ, Женева, 1995 г.
21. Januca Island Declaration. WHO Regional Office for Western Pacific. WPR/RC46/INF.DOC./1. Manila, 1995.
22. Обновление стратегии достижения здоровья для всех: руководящие принципы и основные вопросы разработки политики обеспечения справедливости, солидарности и здоровья. ВОЗ, Женева, 1995.
23. Communication, Education and Participation: a Framework and Guide to Action. WHO Regional Office for the Americas/Pan American Sanitary Bureau, Washington, 1996.
24. Promoting Schools through Schools. The World Health Organization's Global School Health Initiative. WHO/HPR/HEP/96.4. WHO, Geneva, 1996.
25. Equity in Health and Health Care. WHO/ARA/96.1. WHO, Geneva, 1996.
26. What Quality of Life? The WHOQOL Group. In: World Health Forum, WHO, Geneva, 1996. Vol. 17. P. 354–356.
27. Health and Environment in Sustainable Development. Five Years after the Earth Summit. WHO/EHG/97.8. WHO, Geneva, 1997.
28. Kickbusch I. Health Promoting Environments – the next steps. Australian and New Zealand Journal of Public Health. Supplement, July 1997.
29. Promoting Health through Schools. Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion. WHO Technical Report Series No. 870. WHO, Geneva, 1997.
30. Intersectoral Action for Health: a Cornerstone for Health for All in the 21st Century. WHO/PPE/PAC/97.6. WHO, Geneva, 1997.
31. Джакартская декларация о продолжении деятельности по укреплению здоровья в 21-ом ст. HPR/HEP/4ICHP/BR/97.4, WHO, Geneva, 1997.
32. Terminology Information System. ВОЗ, Женева, 1997.
33. 9-я Глобальная конференция ВОЗ по укреплению здоровья: Укрепление здоровья, содействие устойчивому развитию: это наше здоровье, наше будущее и наш выбор, Шанхай, 21–24 ноября 2016.

## СКРИНІНГОВІ ТЕХНОЛОГІЇ В СУЧАСНІЙ СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*М'ясоєдов В.В., Марковський В.Д., Лещина І.В., Огнєв В.А., ХНМУ, Харків*

Сучасній системі охорони здоров'я, для забезпечення своєчасного та ефективного втручання, необхідно отримувати медичну інформацію на ранніх стадіях розвитку захворювання, що можливо здійснити за допомогою скринінгових технологій. Програми скринінгу, засновані на фактичних даних, мають великий потенціал для поліпшення здоров'я населення й досягнення прогресу в забезпеченні всебічного охоплення послугами охорони здоров'я. При ефективній організації вони можуть сприяти запобіганню захворюванням та зниженню рівня інвалідності та смертності. Ці програми займають центральне місце в системі охорони здоров'я та об'єднують кращі наукові та інноваційні рішення для досягнення найвищого рівня громадського здоров'я.

Скринінгові тести дозволяють відокремити з середовища ніби-то здорового населення тих, хто, можливо, має захворювання та тих, хто, можливо, його не має. Скринінговий тест не призначений для діагностики. Особи з позитивними або сумнівними результатами повинні направлятися до лікарів для встановлення діагнозу та призначення необхідного лікування. Ініціатива в проведенні скринінгу зазвичай виходить від дослідника, особи або організації, які надають медичну допомогу, а не від пацієнта зі скаргами. Зазвичай, скринінг націлений на хронічні хвороби та на виявлення хвороб, відносно яких медична допомога не надається. Скринінг дозволяє виявити фактори ризику, генетичні схильності та ранні прояви хвороби.

Скринінг – це орієнтовний процес сортування. Візуально, такий процес відбору можна проілюструвати як сито, що відокремлює хворих від здорових. Скринінг-тест ніколи не буває на 100 % надійним; він не дає впевненості, а тільки вказує на ймовірність ризику захворювання (або його відсутність).

Термін «скринінг» походить від англійського слова «*screening*» та означає «відбір», «сортування», «просіювання», він проявляється в різних своїх видах та може бути: скринінг в охороні здоров'я (профілактичний скринінг – *Prescriptive S.*); генетичний скринінг (*Genetic Screening*); перинатальний скринінг; скринінг в економіці; скринінг в мікробіології; скринінг для забезпечення кадрами; віртуальний скринінг. Крім цього, скринінг може бути: масовим скринінгом (*Mass S.*); вибірковою скринінгом; складний/багатовимірний скринінг (*Multiple or multiphasic S.*); систематичний (безвибірковою) скринінг.

*Мета скринінгу* полягає в виявленні населення з більш високим ризиком захворювання або патологічним станом, з метою пропозиції для раннього лікування або втручання, що, в свою чергу, забезпечить поліпшення стану здоров'я осіб, які пройшли обстеження (Raffles A, Mackie A, Muir Gray JA. *Screening: evidence and practice*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2019).

Скринінг і рання діагностика – різні поняття. Скринінг пропонує тестування безсимптомного населення, тоді, як рання діагностика призначена для виявлення патологічних станів якомога раніше у пацієнтів з існуючими симптомами. Програми ранньої діагностики покликані виявити та подолати бар'єри для надання послуг з діагностики та лікування населення, а також бар'єри між постачальниками послуг. Ці програми сприяють зміцненню спроможності системи охорони здоров'я та зміцненню якості послуг, а також встановленню маршрутів для направлення пацієнтів на спеціалізовану допомогу. Все це підготовчий крок впровадження програми скринінгу.

Програми скринінгу спрямовані на обстеження великої групи людей. Це вимагає значних інвестицій в обладнання, персонал та інформаційні технології, які можуть збільшити навантаження на систему охорони здоров'я. Навпаки, програми ранньої діагностики представляють собою стратегію, спрямовану тільки на осіб, хто має вже існуючі симптоми захворювання, чисельність яких значно менша, тому вони є менш ресурсоефективними. У зв'язку з цим, головним практичним завданням скринінгу медицини є виявлення хвороб на ранніх стадіях. Це завдання може бути вирішене тільки при наявності 2-х умов, якщо хвороба має передклінічний період відповідної тривалості та наявність відповідного діагностичного тесту. При дуже малому передклінічному періоді в ході масового обстеження ймовірність виявлення випадку хвороби в ранньому періоді буде малою. Необхідно пам'ятати, що ідеальних скринінгових тестів не існує, у зв'язку з чим національні та міжнародні організації з метою зниження діагностичних помилок, розробляють вимоги до скринінгових тестів.

Так, національний комітет по скринінгу Великобританії (*UK National Screening Committee*) вважає, що скринінговий тест повинен бути:

- простим у виконанні, безпечним для здоров'я пацієнта, точним та достовірним;

- має бути відомим нормальний розподіл отриманих в результаті проведення тесту показників у досліджуваній популяції та має бути встановлений прийнятний граничний рівень показників тесту, при якому результат скринінгу буде вважатися позитивним;

- тест повинен бути прийнятним для обстежуваної популяції;

- скринінг генетичних хвороб повинен проводитися тільки на ті захворювання, для яких можливо провести діагностику усіх можливих мутацій генів, що викликають цю хворобу. За неможливості діагностики всіх генних мутацій скринінг даної генної хвороби здійснюватися не повинен.

*Wilson* та *Jungner* запропонували 10 принципів в якості керівництва з метою визначення того, що скринінг повинен бути доречний для сприяння громадському здоров'ю. Ці принципи ініціювали наукову дискусію про переваги та шкоду скринінгу, а також про етичні аспекти та витрати, пов'язані з проведенням програм скринінгу:

1. Виявлена хвороба повинна бути важливою проблемою для здоров'я.

2. Повинні бути прийнятними міри лікування для пацієнтів з діагностованою хворобою.

3. Повинні бути в наявності засобом діагностики та лікування захворювання.

4. Виявлена хвороба повинна мати визнані приховані риси або ранню симптоматичну стадію.

5. Повинні бути відповідні тести або дослідження.

6. Тести повинні бути прийнятними для населення.

7. Повинні бути добре зрозумілі закономірності природного розвитку захворювання від латентної до спостерігаємої форми.

8. Повинна бути узгоджена політика щодо того, хто потрапляє в категорію осіб, які потребують лікування.

9. Витрати на виявлення випадків хвороби (включаючи діагностику і лікування виявлених хворих) повинні бути економічно збалансовані з можливими витратами на медичне обслуговування в цілому.

10. Виявлення випадків хвороби повинно бути постійним процесом, а не одноразовою кампанією.

*Комітет експертів ВООЗ з санітарної статистики на XI доповіді (Женева, 1968 р.) запропонував свої вимоги. Так, скринінговий тест на думку ВООЗ повинен бути:*

– достовірним, тобто забезпечити вимірювання того, що повинно бути виміряне;

– досить точним, точність відповідає частці правильних результатів тесту в загальній кількості результатів – як позитивних, так і негативних. Необхідна ступінь точності залежить від мети дослідження;

– зручним, простим, дешевим, доступним, добре відтвореним обстежуваними особами;

– точність і відтворюваність характеризують ефективність скринінгового тесту.

Концепція скринінгового тесту повністю відрізняється від концепції діагностичного дослідження. За результатами скринінгового тесту не можна встановити точний діагноз та провести лікування. Скринінговий тест дозволяє поділити обстежуваних на 2 групи, першу групу будуть складати ймовірно хворі, а другу групу – особи, у яких з великою ймовірністю хвороби немає. Діагностичне дослідження дозволяє лікарю проводити клінічне втручання.

Незалежно від того, де застосовується скринінг, він має ряд основних характеристик, котрі оцінюють скринінговий тест. До них відносять коефіцієнти ефективності або точності (чутливість, специфічність, прогностична цінність позитивного результату (ПЦПР), прогностична цінність негативного результату (ПЦНР), відтворюваність (показник відповідності та показник відтворюваності), а також якості скринінгового тесту (РОС-аналіз) та інші. Програма скринінгу, це не одиничний тест, а скоріше маршрут, що починається

з ідентифікації осіб, які відповідають критеріям для відбору до скринінгу, і завершується складанням звітності за результатами проведення програми.

*Маршрут скринінга* повинен бути складений відповідно до системи охорони здоров'я країни та містити опис організації руху населення по маршруту скринінга, від визначення і запрошення цільової популяції на скринінг, до проведення тесту та направлення осіб, які одержали ненормальний результат, на подальші обстеження, а також опис пропонуваніх подальших обстежень, лікування або втручань. У маршруті також повинні бути визначені механізми надання учасникам інформації про скринінг та отримання ними результатів скринінг-тесту. Кожний етап маршруту повинен підкріплятися стандартами, протоколами та керівними документами на основі найкращих наявних фактичних даних. Маршрут є наріжним каменем розробки програми скринінгу. Він викорисовується для створення інформаційної технології та інформаційної системи, призначеної для планування навчання кадрового складу, моделювання очікуваних чисельних результатів, таких як частка населення, запрошеного на скринінг, яка фактично пройшла спостереження, число істинно позитивних та істинно негативних, а також псевдонегативних та псевдопозитивних результатів. Ця інформація може бути використана для детального планування кадрового, діагностичного та лікувального потенціалу, а також об'єму витрат, необхідних для проведення програми в майбутні роки.

До етапів маршруту скринінгу відносяться: визначення популяції, що відповідає критеріям, які встановлені для скринінгу; запрошення та інформація для населення; направлення людей, які отримали позитивний результат скринінгу на додаткове обстеження та сповіщення тих, що отримали негативний результат; постановка діагнозу; втручання, лікування і подальше спостереження; складання звіту за результатами.

Ефективна програма скринінгу може забезпечити значні вигоди для системи громадського здоров'я:

- зниження захворюваності та смертності серед населення;
- раннє втручання направлене на підтримку здоров'я населення;
- надання населенню необхідної інформації про наявність високого ризику захворювання.

Переваги програм скринінгу поширюються не тільки на обстежувану особу, але й на її сім'ю та суспільство в цілому. Економічний аналіз показав, що програми антенатального та неонатального скринінгу дозволяють знизити витрати суспільства на трудомісткий супровід дітей-інвалідів з обмеженими можливостями. Впровадження нової програми скринінгу може призвести до змін в системі охорони здоров'я, які будуть мати більш широкий позитивний ефект. Наприклад, впровадження системи технічного контролю якості мамографії забезпечує переваги для всіх жінок, що використовують ці послуги, а поліпшення якості лікування і хірургічного втручання, для програм скринінгу на колоректальний рак, покращує якість послуг в цілому.

Попри те, що якісні фактичні дані можуть вказувати на переваги скринінгу, реальна користь досягається тільки при ефективній реалізації програми.

*До ключовим аспектів максимальної користі скринінгових програм можна віднести:*

– Найважливішим аспектом програми скринінгу є контроль якісних послуг через систему забезпечення якості.

– Обладнання або тест, що використовуються, повинні відповідати потенціалу системи охорони здоров'я країни. Тест не може бути однаковим для кожної країни.

– Скринінг також може завдати шкоди. Комбінація з трьох наступних характеристик програм скринінгу може означати більше шкоди, ніж часто передбачається.

– Оскільки більшість населення, яке проходить скринінг, не має хвороби, то більшій частині населення може бути завдано шкоду від нього, а не користь.

– Оскільки скринінг-тести не володіють 100 % чутливістю або специфічністю, неможливо уникнути отримання помилкових позитивних і негативних результатів.

– Більш раннє виявлення захворювань може призвести до надмірної діагностики: виявленню захворювань, які на протязі життя пацієнта не вчинили б йому шкоди.

*Шкода від скринінгу є ненавмисною і неминучою.* Вона представляє собою сукупність всіх можливих негативних наслідків по всьому маршруті скринінгу. Це може бути результатом небажаних ефектів або його ускладнень, додаткових обстежень або лікування. Вона може бути наслідком впливу на систему охорони здоров'я шляхом впровадження програми скринінгу. Деякі види шкоди можуть повторюватись багато разів: наприклад, тривога до і після скринінг-тесту, а також під час обстеження або лікування. Шкода від скринінгу може бути недооцінена в клінічних випробуваннях у порівнянні з фактичними програмами скринінгу.

*До негативних наслідків часто призводять помилкові позитивні результати, вони є наступними:*

У всіх випадках отримання позитивного (ненормального) результату скринінг тесту потрібно проведення подальших обстежень з метою відокремлення помилкових позитивних результатів від дійсно позитивних, що значно збільшує навантаження на систему охорони здоров'я, а особи з помилковими позитивними результатами піддаються непотрібним (небажаним) обстеженням і потенційним ускладненням, в зв'язку з їх проведенням. Помилкові позитивні результати можуть також призвести до психосоціальних наслідків, таких як тривога, смуток або розчарування, які зберігаються у деяких пацієнтів до трьох років і більше. Серед негативних наслідків отримання

помилкових негативних результатів, потрібно зауважити наступне. Оскільки немає програми скринінгу, яка б володіла 100% чутливістю, неможливо уникнути можливості отримання помилкових негативних (нормальних) результатів. Особи, які отримали негативний результат тесту, можуть ігнорувати важливі симптоми, бо впевнені в тому, що їм нічого не загрожує. Це призводить до затримки постановки діагнозу. Випадок отримання неправдивих негативних результатів скринінгу може також призвести до зниження довіри та впевненості населення в ефективності скринінг-програми. В іншому випадку населення може звертатися до суду через невчасно встановлений діагноз, що може бути невиправдано дорогим для скринінг-програми. Користь і шкоду скринінгу важко порівняти, тому що вони розрізняються за природою і вимірюються та оцінюються по-різному. Цей аналіз не є легким завданням. При прийнятті рішення потрібно буде порівнювати переваги та шкоду від скринінг-тесту. Наприклад, важко порівняти спад рівня смертності (користь) з числом людей з негативно-помилковими результатами чи випадками гіпердіагностики. Рішення про впровадження або припинення програм скринінгу є складним. Воно вимагає ретельного розгляду поточної ситуації всередині країни, аналізу фактичних даних, що підтверджують ефективність та доцільність програми, підтримки зацікавлених сторін і з урахуванням політичних і цінних міркувань, які визначають пріоритети країні в області охорони здоров'я. В ідеалі, скринінг-тест безпомилково відокремлює людей, які хворіють від тих, у кого цього захворювання немає. Однак в умовах реального світу, скринінг-тести не можуть зробити це. Результати скринінгу тесту здорових людей і людей з ймовірною хворобою завжди частково накладаються один на одного. Часткове накладення результатів один на одного означає, що деякі здорові люди отримують ненормальний, або позитивний, результат тесту (помилковий позитивний результат), а деякі люди з ймовірною хворобою отримують нормальний, або негативний, результат скринінг-тесту (помилковий негативний результат). Заходи ефективності скринінг-тесту показує, наскільки точно тест може відрізнити людей з ймовірною хворобою (по-справжньому позитивний результат), і осіб, без хвороби (по-справжньому негативні результати).

*Здатність скринінг-тесту виявляти істинно позитивний результат являється чутливістю (sensitivity) тесту, тобто здатність тесту давати достовірну оцінку наявності даного захворювання в обстежуваній особі. Тести, що відрізняються високою чутливістю, повинні рідко помилятися в оцінці здоров'я осіб, що дійсно мають будь-яку патологію (хворобу). Іншими словами, чутливі тести не повинні пропускати хворих, хоча при цьому, майже неминуче, в ряді випадків, захворювання може бути помилково «приписане» здоровим особам. Чутливість тесту вимірюється за питомою вагою (часткою) правильних (достовірних) діагностичних оцінок серед осіб, що дійсно мають захворювання. Частку правильних діагнозів називають істинно позитивними результатами. Частина дійсно хворих осіб, що залишилась нерозпізнаною – хибно*



негативними результатами. Так, якщо в популяції скринінговий тест зі 100 осіб, що страждають тією чи іншою патологією, виявляє 95 % хворих, а в 5 % він дає хибний результат, то його чутливість буде відповідно дорівнювати 95 %.

*Здатність скринінг-тесту виявляти істинно негативний результат являється специфічністю (specificity) тесту*, тобто його здатність давати достовірну оцінку відсутності даної хвороби в індивідуума. Зазвичай в цьому випадку, кажуть, – людина здорова, розуміючи під цим відсутність певного захворювання. Високоспецифічні тести, як правило, не відносять здорових до хворих, але можуть пропустити частину випадків з легким, атипичним перебігом хвороби. Специфічність тесту вимірюється часткою достовірних оцінок відсутності хвороби серед дійсно здорових осіб. Цю частку оцінок називають істинно негативними результатами, а частку здорових, яких помилково оцінили, як хворих позначають, як хибний позитивний результат. Так, якщо в популяції, скринінговий тест зі 100 абсолютно здорових осіб, визначив 94 % як здорових, та 6 помилково відніс до групи з захворюванням, то його специфічність відповідно складатиме 94 %.

Важливою оцінкою ефективності скринінг-тестів є граничний рівень скринінгу, *граничний рівень скринінгу, ще називають рівнем порога відсікання (точка поділу на хворого чи здорового), пороговим значенням і т.д.*

*Граничний рівень скринінгу (Screening Level)* – це значення, обране як межа між значеннями, визначеними як позитивні результати скринінгу (наявність хвороби) і негативні результати скринінгу (без хвороб). (*примітка автора*: Залежно від зміни порогового значення, чутливість тестового скринінгу може збільшитися, а специфічність зменшується, і навпаки, зменшується чутливість, підвищується специфічність). В деяких програмах скринінгу для скринінг-тесту вибирається високочутливе порогове значення за рахунок зниження специфічності. У цьому випадку кількість помилкових негативних результатів знижується до мінімуму, а кількість помилкових позитивних збільшується. Всі отримані позитивні результати додатково уточнюються шляхом проведення тесту з високою специфічністю, щоб виключити помилкові позитивні результати. Основною метою діагностичного тесту є встановлення діагнозу. Тому необхідно знати ймовірність того, наскільки тест дає змогу встановлювати правильний безпомилковий діагноз. Чутливість та специфічність не дають нам подібної інформації. В зв'язку з цим для оцінки ефективності скринінг теста також використовуються інші критерії, «прогностичні значення» та прогностична цінність тесту.

*Прогностичні значення*, виявляє вірогідність наявності захворювання при негативному результаті, або відсутність захворювання при позитивному. Прогностичне значення може бути як для позитивного, так і негативного результату.

*Прогностична цінність позитивного результату (positive predictive value)* – ймовірність наявності захворювання при позитивному (патологічному)

результаті тесту або частка пацієнтів з позитивними результатами тесту, які були правильно діагностовані.

*Прогностична цінність негативного результату (negative predictive value)* – ймовірність відсутності захворювання при негативному (нормальному) результаті тесту або частка пацієнтів з негативними результатами тесту, котрі були правильно діагностовано. До факторів, що визначають прогностичну цінність скринінгового тесту відносять: чутливість скринінгового тесту; специфічність скринінгового тесту; поширеність захворювання, що виявляється в досліджуваній популяції. Прогностична цінність як позитивних, так і негативних результатів тесту залежить від поширеності захворювання (як часто ймовірне захворювання зустрічається в обстежуваній популяції) та від розподілу тяжкості захворювання в популяції, що проходить скринінг. Тому, проведення одного й того ж виду скринінг-тесту в різних популяціях буде показувати різні результати.

Чим *більш чутливий тест*, тим вище прогностична цінність його *негативного* результату (т.ч. збільшується ймовірність того, що негативні результати тесту спростують ймовірний діагноз).

Навпаки, чим *більш специфічним є тест*, тим вище прогностична цінність його *позитивного* результату (т.ч. збільшується ймовірність того, що позитивні результати тесту підтвердять ймовірний діагноз).

Інтерпретація прогностичної цінності позитивного або негативного результату тесту змінюється в залежності від поширеності захворювання.

Якщо *позитивні* результати навіть високоспецифічного тесту отримані в популяції з малою поширеністю захворювання, то вони виявляться переважно *хибними позитивними*.

В популяції, в якій немає досліджуваного захворювання, всі позитивні результати будуть *хибними позитивними*. Тобто, коли поширеність захворювання наближається «до нуля», прогностична цінність позитивного результату теж наближається «до нуля».

Якщо *негативні* результати високочутливого тесту, отримані в популяції з *високою поширеністю* захворювання, більшість з них буде *хибними негативними*. В популяції, де захворювання має кожен, всі негативні результати навіть високочутливого тесту виявляться *хибними негативними*. Коли поширеність прагне до 100 %, прогностична цінність негативного результату прагне до нуля.

До значущою характеристики скринінгу відноситься відтворюванність тесту. *Відтворюванність (repeatability) тесту* – це його здатність *однаково* вимірювати будь-які явища, процеси, стани, під час серії повторних вимірювань. Абсолютно однакові оцінки будь-яких параметрів здоров'я при повторних обстеженнях зустрічаються відносно рідко. Причини варіабельності показників пов'язані з істинною (об'єктивною, біологічною) та з суб'єктивною варіабельністю.

*Істинна варіабельність* результатів пов'язана з особливостями процесу життєдіяльності організму обстежуваного. Відомо, що навіть у здорових осіб, багато показників варіюють протягом невеликого проміжку часу між дослідженнями.

*Суб'єктивна варіабельність* пояснюється помилками персоналу або похибкою тесту (*техніки*). Як сильно можуть впливати помилки персоналу на варіабельність результатів, наочно показує перевірка вміння вимірювати артеріальний тиск на спеціальних тренажерах, які задають певні і постійні параметри артеріального тиску. Практично завжди, особи, які не пройшли спеціальне тренування, по-різному вимірювали задані параметри артеріального тиску. Навіть в одного лікаря в серії вимірювань виходили істотно варіюючі результати. Ще більша відмінність результатів вимірювання однієї ознаки, спостерігається при застосуванні різних технічних засобів, наприклад, різних апаратів вимірювання артеріального тиску. Суб'єктивна варіабельність породжує *випадкові і систематичні помилки вимірювань*. Для оцінки ступеня відтворюваності тесту проводять серію випробувань з вивченням варіабельності отриманих результатів. Щоб звести до мінімуму суб'єктивну варіабельність, відповідний персонал, який бере участь в проведенні епідеміологічного дослідження, повинен бути ретельно підготовлений. Підготовка персоналу, перш за все, передбачає його навчання особливостям використання відповідних стандартизованих методів. Навчання повинні проводити висококваліфіковані фахівці. Остаточна перевірка і закріплення отриманих навичок відбувається при застосуванні обраного методу обстеження щодо спеціально відібраної групи осіб. «Спеціально відібрані» в цьому випадку означає, що вони за сукупністю індивідуальних характеристик будуть схожі з тими, кого належить обстежити в планованому епідеміологічному дослідженні. Крім навчання техніці методу, персонал повинен бути, якщо це необхідно, підготовлений щодо стандартних умов застосування методу, наприклад, температури приміщення, положення тіла обстежуваного, його фізичної активності і т.д.

Суб'єктивна варіабельність буває особливо значною, коли помилки персоналу поєднуються з похибками методу (тесту). Скринінгові методи дослідження можуть значно поліпшити проведення профілактичних заходів та надання медичної допомоги за обраним напрямком. Скринінг – дослідження покликані підвищити рівень та якість медичної допомоги в цілому.

### **Список використаних джерел**

1. Біостатистика / за заг. ред. В.Ф. Москаленка. Київ: Книга плюс, 2009. С. 41–44.
2. Важность скрининговых лабораторных исследований в работе современного врача. АУВ: Академия Успешного Врача / Первая сайт-газета для врачей, 2016.
3. Гланц С. Медико-биологическая статистика / пер. с англ. Москва: Практика, 1998. С. 161–193.

4. Драпкина О.М., Самородская И.В. Скрининг: терминология, принципы и международный опыт. *Профилактическая медицина*. 2019. № 22. с. 90–97.
5. ЕРБ ВОЗ. Европейская конференция ВОЗ по скринингу. 11–12 февраля 2020 г., комплекс ООН, Копенгаген.
6. Заболеваемость. Женева: ВОЗ, 1968.
7. Купко Н. Скринінг та діагностика депресії в умовах первинної ланки охорони здоров'я. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2019. № 9 с. 24.
8. Лехан В.М., Вороненко Ю.В., Максименко О.М. та ін. Епідеміологічні методи вивчення неінфекційних захворювань: навчальний посібник. Київ: Сфера, 2005. С. 49–66.
9. Огнев В.А. Эпидемиология астмы и аллергии у детей: монография. Харків: Щедра садиба плюс, 2015. 336 с.
10. Огнев В.А., Чухно І.А., Лісова Г.В., Белевцова Я.С. / Соціальна медицина, громадське здоров'я (біостатистика): методичні розробки для викладачів до проведення практичного заняття на тему «Скринінг. Методика оцінки ефективності скринінгових тестів» для підготовки студентів за спеціальністю 222 «Медицина», 228 «Педіатрія», 221 «Стоматологія». Харків: ХНМУ, 2018. 28 с.
11. Основы политики. Скрининг в Европе. Европейский центр ВОЗ по политике здравоохранения. Брюссель, Бельгия. 76 с.
12. Погосова Н.В., Юферева Ю.М., Самородская И.В., Бойцов С.А. Профилактический скрининг: все за и против. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2016. № 15(3). С. 4–13.
13. Программы скрининга: краткое руководство. Повышение эффективности, максимальное увеличение пользы и минимизация вреда. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020. 72 с.
14. Пузанова О.Г. Доказательная профилактика в первичном звене здравоохранения: скрининговые технологии. *Журнал Гродненского государственного медицинского университета*. 2013. № 2. С. 75–79
15. Рекомендації МОЗ України щодо скринінгу захворювань та періодичних оглядів на первинній ланці медичної допомоги / Лист МОЗ України. МОРІОН. 2018р.
16. Руководство по ранней диагностике рака. Женева: ВОЗ. 2017. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/...> (дата звернення: 27.11.2019).
17. Скрининг. Когда он целесообразен и как обеспечить его правильное проведение? Под. ред. Анны Саган и др. / Аналитическая записка № 35 Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020. 27 с.
18. Яценко Ю.Б., Ошивалова О.О., Шевченко М.В., Кондратюк Н.Ю. Скринінгові програми в онкології Український медичний часопис. *Актуальні питання клінічної практики он-лайн*. 2015. № 3.
19. Akolekar R., Beta J., Picciarelli G., Ogilvie C., D'Antonio F. Procedure-related risk of miscarriage following amniocentesis and chorionic villus sampling: a systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2015. №45. P. 16–26.

20. Alonso-Coello P., Schünemann H.J., Moberg J., Brignardello-Petersen R., Akl E.A., Davoli M. et al. GRADE evidence to decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. *BMJ*. 2016;353.53

21. Bretthauer M., Kaminski M.F., Løberg M., Zauber A.G., Regula J., Kuipers E.J. et al. Population-Based colonoscopy screening for colorectal cancer: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2016. № 176. P. 894–902.

22. Cancer Research UK. London: Cancer Research UK; 2019 URL: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer> (дата звернення: 27.11.2019).

23. Coury J., Schneider J.L., Rivelli J.S., Petrik A.F., Seibel E., D'Agostini B. et al. Applying the plan-do-study-act (PDSA) approach to a large pragmatic study involving safety net clinics. *BMC Health Serv Res*. 2017. № 17. P. 1–10.

24. Criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme. London: Public Health England. 2015. URL: <https://www.gov.uk/government/publications/evidence-review-criteria-national-screening-programmes/...> (дата звернення: 27.11.2019).

25. Deandrea S., Molina-Barceló A., Uluturk A., Moreno J., Neamtiu L., Peiró-Pérez R. et al. Presence, characteristics and equity of access to breast cancer screening programmes in 27 European countries in 2010 and 2014. *Results from an international survey*. *Prev Med (Baltim)*. 2016. № 91. P. 250–63.

26. Defrank J., Brewer N.T., Hill C., Carolina N. Receiving false-positive screening mammography results. 2018. № 19(1). P. 1–3.

27. Duffy S.W., Myles J.P., Maroni R., Mohammad A. Rapid review of evaluation of interventions to improve participation in cancer screening services. *J Med Screen*. 2017. № 24. P. 127–145.

28. Ewart R.M. Primum non nocere and the quality of evidence: rethinking the ethics of screening. *J Am Board Fam Pract*. 2000. № 13. P. 188–196.

29. Feldman J., Davie S., Kiran T. Measuring and improving cervical, breast, and colorectal cancer screening rates in a multi-site urban practice in Toronto, Canada. *BMJ Qual Improv Reports*. 2017. № 6(1).

30. Geertse T.D., Holland R., Timmers J.M., Paap E., Pijnappel R.M., Broeders M.J. et al. Value of audits in breast cancer screening quality assurance programmes. *Eur Radiol*. 2015. № 25. P. 3338–3347.

31. Global Cancer Observatory. Lyon: International Agency for Research on Cancer. 2020. <https://gco.iarc.fr> (accessed: 27.11.2019)

32. Grosse S.D., Thompson J.D., Ding Y., Glass M. The use of economic evaluation to inform newborn screening policy decisions: the Washington State experience. *Milbank Q*. 2016. № 94. P. 366–391.

33. Johnson J.K., Sollecito W.A. McLaughlin and Kaluzny's continuous quality improvement in health care. Fifth ed. Burlington (MA): Jones & Bartlett Learning. 2019.

34. Kohn L., Mambourg F., Robays J., Albertijn M., Janssens S., Hoefnagels K., et al. Report 216. Breast cancer screening: messages for an informed choice. Brussels: *Belgian Health Care Knowledge Center*. 2014. URL: <http://kce.fgov.be/fr/publication/report/dépistage-du-cancer-du-sein-messages-en-support-d'un-choix-informé#>. VQa0tPmG\_6J (accessed: 27.11.2019).

35. Leinonen M.K., Campbell S., Klungsøyr O., Lönnberg S., Hansen B.T., Nygård M. Personal and provider level factors influence participation to cervical cancer screening: A retrospective register-based study of 1.3 million women in Norway. *Prev Med (Baltim)*. 2017. № 94. P. 31–39.

36. Malone J., del Rosario Perez M., Friberg E.G., Prokop M., Jung S.E., Griebel J. et al. Justification of CT for Individual Health Assessment of Asymptomatic Persons: A World Health Organization Consultation. *J Am Coll Radiol*. 2016. № 13. P. 1447–1457.

37. Raffles A., Mackie A., Muir Gray J.A. Screening: evidence and practice. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2019.

38. Scanlon P.H. The English National Screening Programme for diabetic retinopathy 2003–2016. *Acta Diabetol*. 2017. № 54. P. 515–525.

39. Toes-Zoutendijk E., van Leerdam M.E., Dekker E., van Hees F., Penning C., Nagtegaal I. et al. Real-time monitoring of results during first year of Dutch colorectal cancer screening program and optimization by altering fecal immunochemical test cut-off levels. *Gastroenterology*. 2017. № 152. P. 767–775.

40. Verdoodt F., Jentschke M., Hillemanns P., Racey C.S., Snijders P.J.F., Arbyn M. Reaching women who do not participate in the regular cervical cancer screening programme by offering self-sampling kits: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Eur J Cancer*. 2015. № 51. P. 2375–2385.

41. von Karsa L., Patnick J., Segnan N. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010. URL: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/e1ef52d8-8786-4ac4-9f91-4da2261ee535/language-en/format-PDF/sourcesearch> (accessed: 27.11.2019).

42. Wilson J.M.G., Jungner G. Принципи та практика обстежень на захворюваність. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я. 1968

43. Yang C., Sriranjjan V., Abou-Setta A.M., Poluha W., Walker J.R., Singh H. Anxiety associated with colonoscopy and flexible sigmoidoscopy: a systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2018. № 113. P. 1810–1818.

44. Zorzela L., Loke Y.K., Ioannidis J.P., Golder S., Santaguida P., Altman D.G. et al. PRISMA harms checklist: improving harms reporting in systematic reviews. *BMJ*. 2016. № 352. P. 157.

# ФОРМУВАННЯ НАВИЧОК ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ШКОЛЯРІВ ІЗ РІЗНИМ СТАВЛЕННЯМ ДО ОСВІТНЬОГО ЗАКЛАДУ

*Даниленко Г.М., Сотнікова-Мелешкіна Ж.В.,  
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», Харків  
Романова Н.Г., ХНУ імені В.Н. Каразіна, Харків*

Збереження й зміцнення здоров'я дітей та підлітків – одне з найважливіших завдань у сфері громадського здоров'я будь-якої країни, формування здорового способу життя – один з найголовніших напрямів соціальної політики у сфері охорони здоров'я, а його пропаганда – пріоритетний напрямок у Національній доктрині розвитку освіти України у ХХІ ст. Погане харчування, низька фізична активність, сидяча поведінка та куріння – це чинники ризику хронічних захворювань, які модифікуються і часто розвиваються на початку життя у підлітковому віці. Ця проблема поглиблюється ще такими соціально значущими чинниками як виражене розшарування суспільства, низький рівень життя тощо [1–3]. Коло окреслених проблем потребує постійного та цілеспрямованого втручання фахівців у процес формування навичок здорового способу життя серед учнівської молоді на підставі даних щодо рівня загальної освіти, обізнаності та усвідомлення рівня небезпеки у різних вікових, гендерних і соціальних групах. Тому **метою дослідження** є оцінка здоров'яформуючої та здоров'язбережувальної поведінки у старшокласників із різним ставленням до навчального закладу.

**Методи.** Дослідження проведено серед 998 учнів дев'ятих класів (509 хлопців, 489 дівчат) освітніх закладів м. Харків за допомогою анкети, яка розроблена ДУ «ІОЗДП НАМН».

**Результати дослідження.** У залежності від ставлення до освітнього закладу школярів було розподілено на 6 груп: 1 група (із задоволенням), 2 група (сприймали це як свій обов'язок), 3 група (відвідування школи пригнічувало), 4 група (із байдужим ставленням), 5 група (не визначились зі своїм ставленням), 6 група (мають особистісно забарвлене ставлення).

До актуальних проблем збереження стану здоров'я підростаючого покоління відносяться питання зловживання шкідливими звичками цієї групи населення. Тому декілька питань анкети стосувались паління, вживання алкогольних напоїв та харчових уподобань. За аналізом відповідей дітей встановлено найвищий ступінь споживання пива серед учнів 3 групи, істотно – при порівнянні з 1 та 5 групами ( $p < 0,05-0,01$ ). При цьому аналіз результатів дослідження за статтю вказував різну поширеність цієї звички: найменше споживання пива було характерно для хлопців 5 та для дівчат 4 групи ( $p < 0,05-0,01$ ). Не вживали пиво  $88,4 \pm 2,7$  % у першій та  $82,6 \pm 1,5$  % у другій групі, що суттєво менше ніж у інших групах, а щоденно вживали 14,3 % підлітків 4 групи ( $p < 0,05-0,01$ ). Ром- та бренд-колу не вживало майже 90 % у всіх групах і

тільки у 4 групі цей показник склав  $62,5 \pm 18,3$  % ( $p < 0,05$ ). При цьому 12,5 % учнів саме цієї групи ці напої майже щодня. Аналогічні дані отримано при аналізі відповідей респондентів стосовно вживання міцних алкогольних напоїв.

Декілька питань анкети стосувались паління, а саме його спроби, регулярності та кількості сигарет протягом доби. Найменше ця шкідлива звичка була поширена серед учнів 1 та 2 групи (відповідно  $70,9 \pm 3,6$  % та  $60,7 \pm 1,9$  % підлітків заперечували факт куріння). Спробували курити суттєво більше дітей у 3 і 6 групах (відповідно  $44,0 \pm 7,1$  % та  $38,1 \pm 10,9$  % ,  $p < 0,01$ ). Палять регулярно і більшу кількість сигарет у 3–5 групах.

Важливими індикаторами рівня сформованості навичок здорового способу життя є харчова поведінка та фізична активність. Слід відмітити широку розповсюдженість «шкідливих» харчових звичок, що стають на заваді для формування високого рівня здоров'я. Серед них найбільше занепокоєння викликають частота вживання фаст-фуду та вуличної їжі, недостатня насиченість раціону харчування повноцінними джерелами білку та вітамінів серед учнів 4 групи ( $p < 0,01$ ).

Важливим є питання щодо регулярності занять спортом учнями. Встановлено найбільшу частоту відвідувань спортивних занять серед учнів 1 групи: майже щодня – 50,0 %, що суттєво вище ніж у 2, 3 та 5 групах ( $p < 0,05$ ).

Важливий і той факт, що учні достатньо об'єктивно оцінюють рівень безпечності своєї поведінки щодо формування шкідливих звичок. Понад 80% школярів 1 групи вважають її цілком безпечною, 30,0 % з 3 групи – що є ризик, пов'язаний з оточенням, а 15,4 % 4 групи впевнені в наявності реальної загрози.

**Висновок.** Найбільш безпечною групою щодо формування неінфекційних захворювань як за аналізом результатів опитування, так і за самооцінкою визначалась 1 група, учні якої відвідували освітній заклад із задоволенням та мали високий рівень фізичної активності, мали певні навички щодо раціонального харчування. До групи ризику щодо формування шкідливих звичок та порушень у стані здоров'я потрібно віднести дітей 4 групи із байдужим ставленням до будь-якого зайняття.

#### **Перелік використаних джерел:**

1. Mayne S.L., Virudachalam S., Fiks A.G. Clustering of unhealthy behaviors in a nationally representative sample of U.S. children and adolescents. *Prev Med.* 2020 Jan;130:105892. doi: 10.1016/j.ypmed.2019.105892.

2. Треумова С.І., Петров Є.Є., Боряк В.П. Формування здорового способу життя. *Актуальні проблеми сучасної медицини.* 2015. Т. 15. Вип. 2. С. 49–53.

3. Ленкова О.О., Тронь Н.В. Становлення та розвиток поняття «здоровий спосіб життя» у педагогічному процесі. *Актуальні проблеми сучасної медицини.* 2015. Т. 15. Вип. 1. С. 214–218.



## СУЇЦИД ЯК ПОКАЗНИК ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я: ІНОЗЕМНИЙ ДОСВІД

*Лантух І.В., ХНУ імені В.Н. Каразіна, Харків*

Відомо, що громадське здоров'я – це система заходів стратегічних і тактичних, медико-соціальних пропозицій, спрямованих на охорону й підвищення рівня здоров'я населення та якості медичної допомоги. І одним із показників його є суїцид. Під суїцидом, звичайно, розуміється смерть суб'єкта за його власним наміром і здійснену ним самим. Цією проблемою переймалися здавна. Ще з часів давньогрецькі філософи обговорювали правомірність, доцільність та раціональну допустимість самогубства. Так, у «Федоні» найбільш «піфагорійському» діалозі Платона, Сократ викладає погляди піфагорійця Філолая, згідно з котрим суб'єкт не має права вбити самого себе. З точки зору піфагорійців, кожне людське ество живе у відповідності із власною долею, і ні одна людина не має права звільнити себе (за допомогою самогубства) від цієї долі. В уявленні давніх греків наше життя є покаранням за якісь гріхи, і в той же час боги виявляються хранителями нашого життя, проявляючи турботу про нього як про свою власність. Як не приналежні самим собі, ми не маємо права за власним розсудом розлучатися із своїм життям. З точки зору Платона, людина повинна вітати свою власну природну смерть, оскільки вона звільняє її від тілесної залежності і наближає до абсолютної істини. Проте людина не має права покінчити життя самогубством, порушивши тим самим природний хід речей. Разом з тим в «Законах» Платон стверджує про можливість і навіть доцільність самогубства при наступних обставинах: 1) у відповідності з рішенням суду про смертельний вирок; 2) під тиском зовнішніх обставин; 3) якщо суб'єкт покрив своє ім'я ганьбою.

Поглядам Платона на самогубство протилежна позиція стоїків. Стоїцизм виправдовує самогубство у самих різних обставинах: в силу невиліковної хвороби або нестерпної болі, через відсутність необхідних засобів для підтримання «нормального» життя тощо. З точки зору стоїків, міркування морального порядку не можуть визначати для суб'єкта, продовжувати йому своє життя або покінчити самогубством [1, с. 29]. Епікур вказував на різні ненормальні стани розуму – глибоку депресію або сильну тривогу, які штовхають людей до самогубства під впливом «ірраціонального страху смерті». Таким чином, припускаючи принципову можливість самогубства, Епікур в той же час закликав людей позбавлятися від тих ненормальних психічних станів, котрі до цього призводять. Статистика суїциду у науці розраховується кількістю випадків на 100 тис. чоловік. Проте ця статистика відносна, бо далеко не завжди вдається визначити факт самогубства. Спеціалісти в галузі суїцидальної проблематики виділяють три основні групи ризику. До першої відносяться люди похилого віку, котрим суспільство

приділяє неприпустимо мало уваги. Самотність, бідність, хвороби – головні причини самогубства у людей цієї категорії. Втрата сенсу життя стає настільки відчутною, що віра у майбутнє згасає. Другу групу становлять молоді люди. За останні роки кількість їх швидко зростає. Простежується драматичне роз'єднання між дітьми та батьками, які припинили виконувати важливу функцію передачі своїй дитині системи цінностей. Звичайно, старше покоління не повинно нав'язувати молоді своє уявлення про життя. Мова йде про інше – про формування моральних підвалин. Духовне зубожіння батьків – результат постійної гонитви за грошима, матеріальними благами. На дітей їм вже не вистачає часу. Третю велику групу становлять алкоголіки. Алкоголізм – це, за висловом спеціалістів, «хронічне самогубство». Люди, які схильні до цієї згубної пристрасті, свідомо вбивають своє тіло, мозок, позбавляються положення в суспільстві. Таке методичне самознищення часто призводить до самогубства. Група австрійських спеціалістів із суїцидальної проблематики впевнені, що суспільству вдалося б значно скоротити кількість самогубств, якщо б люди навчилися краще слухати один одного. Як свідчать проведені ними дослідження, в переважній більшості випадків потенційні самогубці неодмінно і, як правило, неодноразово видають свої наміри. Це робиться у прихованій, завуальованій формі, за якою не одразу вдається розпізнати істинні спонукання. Проте оточуючі з недовірою відносяться до заяв про самогубство. Вони бачать в них спробу надати на них тиск, а то і шантаж. Спеціалісти усього світу добре знають віденську систему профілактики самогубств, засновником якої є професор Е. Рінгль. По-перше, перед суспільством стоїть завдання створити такі умови для розвитку людини, котрі б виключали б виникнення думки про самогубство. По-друге, слід приділяти більше уваги людям, котрі схильні до самогубства. По-третє, необхідно вести постійну роботу з особами після спроби ними самогубства. У 1950-ті рр. за ініціативою Е. Рінгля при релігійній благодійній організації Каритас була організована перша в країні служба, в задачі котрої входило надання психіатричної допомоги особам, які посягнули на своє життя. Трохи пізніше на цій основі був створений «Центр по запобіганню кризових ситуацій». Його колективними членами стали уряд, що представлений відомством федерального канцлера, організація Каритас, віденська громада, профспілки, Австрійська палата робітників і службовців, Об'єднання учасників соціального страхування. Терапевтичне лікування проводиться на добровільній основі, безкоштовно. За бажанням пацієнта він може залишитися інкогніто. У штаті служби: психологи, психіатри, терапевти, соціальні працівники. Основні відвідувачі центру – робочі, дрібні службовці у віці від 25 до 65 років. В останній час частіше стали звертатися безробітні, які становлять біля 20 % усіх відвідувачів. Більшість тих, хто звертається за допомогою страждають глибокою депресією. Лікар-психолог намагається допомогти пацієнту подолати його страхи, агресивність, почуття вини, мобілізувати потенціал захисту. Курс лікування нерідко супроводжується

прийомом ліків. Обов'язково ведеться бесіда із членами родини, друзями. Якщо з'ясовується, що причиною депресії – постійне недоїдання, центр підключає соціальні служби, видає спеціальні продовольчі картки. Їх на громадських засадах виділяє мережа продовольчих магазинів «Білла». Австрійська система збереження громадського здоров'я може бути запозиченою Україною.

#### **Перелік використаних джерел:**

1. Cooper J.M. Greek philosophers on euthanasia and suicide. *Suicidi and euthanasia*. Dordrecht etc. 1989. P. 19–38.

## **СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ЯК ПРОБЛЕМА СЬОГОДЕННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

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

Проблема стресостійкості людини в різних професіях вже довгий час привертає увагу вчених. Встановлено, що існує ряд галузь, в яких людина починає відчувати внутрішньо-емоційну спустошеність внаслідок постійних контактів з іншими людьми. Аналіз подібних проявів виявив особливий психологічний феномен – синдром емоційного вигорання (СЕВ). Провідну роль у виникненні даного синдрому відіграють емоційно напружені відносини в системі людина-людина, до яких в охороні здоров'я належать відносини між лікарем і важкими пацієнтами, між медпрацівниками і родичами пацієнтів, між керівником і підлеглими в процесі вирішення конфліктних ситуацій, між професійною самооцінкою лікаря й ставленням до нього колег і т.д. Залежно від використовуваних методик синдром емоційного вигорання визначається у значного відсотку лікарів. Уперше про синдром психічного вигорання заговорив Герберт Фрейденбергер в 1974 р. Для позначення спостережуваного феномена він застосував поняття «burnout», що буквально означає «вигорання» і характеризує стан сильної перевтоми. До індивідуальних чинників, котрі формують синдром вигорання відносять: вік, стать, рівень освіти, власні особливості, стаж роботи, витривалість, тип поведінки, тривожність. Організаційні (зовнішні) фактори, що впливають на формування синдрому емоційного вигорання, включають в себе: робочі перевантаження, дефіцит часу, велика кількість пацієнтів, неадекватне керівництво колективом, відсутність професійної та особистої підтримки, недостатня професійна підготовка.

З чого починається емоційне вигорання? За даними К. Кондо (1991), до емоційного вигорання більше схильні ті, хто починав працювати пристрасно, з особливим інтересом і високою мотивацією. В подальшому особи, довгий час допомагаючи іншим, починають відчувати розчарування, якщо не вдається досягти очікуваного результату або відповідної оцінки діяльності. На думку

М. Буріша (1994), той, хто вигорає, колись мав спалахнути. Цей «запал» не призводить до негативних наслідків за умови відповідного задоволення. В іншому випадку робота супроводжує надмірну втрату психічної енергії, призводить до психосоматичної втоми і емоційного виснаження, і як результат – тривогу, подразнення, гнів, зниження самооцінки на тлі цього – порушення серцево-судинної діяльності, дисфункції дихання, головний біль і порушення сну, шлунково-кишкових розладів, що може відбитися на сімейних і професійних відносинах.

В ході багатьох досліджень були виділені стадії емоційного вигорання: фаза напруги – наявність напруги на роботі, служить провісником розвитку і запускає механізмом формування синдрому емоційного вигорання. Тривожне напруження характеризується наступними проявами: переживання психотравмуючих обставин, незадоволеність собою, безвихідь і тривога; фаза резистентності – виділення цієї фази в самостійну, досить умовно. При усвідомленні наявності тривожної напруги, людина прагне уникати впливу емоційних чинників шляхом обмеження емоційного реагування: неадекватне виборче емоційне реагування, емоційно-моральна дезорієнтація, розширення сфери економії емоцій, редукція професійних обов'язків; фаза виснаження – характеризується падінням загального енергетичного тону та ослабленням нервової системи: емоційний дефіцит, емоційна відстороненість, особиста відстороненість (деперсоналізація), психосоматичні і вегетативні прояви.

Провідними симптомами емоційного вигорання за даними Е. Махер (1983) стали: втома, виснаження; психосоматичні нездужання; безсоння; негативне ставлення до клієнтів; скорочення переліку робочих дій; зловживання хімічними агентами: тютюном, кавою, алкоголем; відсутність апетиту або, навпаки, переїдання; негативна «Я-концепція»; агресивні почуття (дратівливість, напруженість, тривожність, занепокоєння, схвильованість до перезбудження, гнів й ін.); занепадницькі настрої і пов'язані з ним емоції (цинізм, песимізм, апатія, депресія, відчуття безглуздя і безнадійності); переживання почуття провини і залежності.

Профілактика стресу у лікарів є важливим завданням керівництва медичних організацій. В першу чергу необхідно створити комплекс заходів попереджуючих виникнення емоційного вигорання: корпоративну культуру; дотримання режиму праці та відпочинку; забезпечення умов харчування, дотримання особистої гігієни, відпочинку під час перерв і ін.

Отож, СЕВ є супутником великої групи «допоміжних» професій, асоційований з різними зовнішніми й внутрішніми факторами, а також з частотою професійних помилок у медичних працівників. Тому проблема емоційного вигорання має пряме відношення не тільки до якості життя медичних працівників, а й безпосередньо впливає на якість медичної допомоги.

#### **Перелік використаних джерел:**

1. Агібалова Т.В., Козин В.А. Синдром «емоційного вигорання». *Незалежність особистості*. 2012. Т. 4. № 2. С. 33–41.

2. Малигін В.Л., Іскандірова А.Б., Пахтусова Е.Е. Соціальні та професійні фактори ризику формування емоційного вигорання у лікарів психіатрів і наркологів. *Прикладні інформаційні аспекти медицини*. 2017. С. 71–75.

3. Швецова Є.Ю., Куташов В.А. Шляхи підвищення ефективності терапії тривожних розладів в практиці невролога. *Центральний науковий вісник*. 2016. Т. 1. № 1. С. 28–31.

4. Чутко Л.С., Козина Н.В. Синдром емоційного вигорання. *Клінічні і психологічні аспекти*. 2013. 256 с.

## **ПОКРАЩЕННЯ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ЖІНОЧОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ**

*Щербина І.М., Нагута Л.О., ХНМУ, Харків*

Нині здоров'я жінки та дитини є важливою проблемою. В галузі функціонування комплексу заходів по зниженню ризику несприятливого перебігу вагітності необхідно покращувати здоров'я жіночого населення з метою підвищення репродуктивного потенціалу, забезпечення здорового способу життя, збереження та зміцнення здоров'я населення на основі підвищення якості медичної допомоги. Здоров'я та суспільство залежні один від одного. Одним з важливих факторів, які визначають здоров'я людини, є сприятливий перебіг вагітності, особливо перший триместр вагітності. Основна мета жіночої консультації – це покращення стану репродуктивного здоров'я жінки і новонароджених на основі сучасних клініко-організаційних технологій і якісною медичною допомогою. Охорона здоров'я матері та дитини потребує вдосконалення ранньої діагностики несприятливих змін в стані плоду та розробку новітніх методів профілактики порушень його розвитку, також підвищення якості медичної допомоги вагітним жінкам і новонародженим [2, с. 121]. Кардинальним спектром здорового способу життя є фізична активність до, після та під час вагітності. При неускладненому перебігу вагітності можуть систематично займатися фізичними навантаженнями. У таких жінок пологи протікають, як правило, без ускладнень, по відношенню до жінок, які ведуть малорухомий спосіб життя. Фізична підготовка жінки сприяє правильному формуванню дитини, готує організм матері і плоду до пологів [1, с. 15]. Ще одним з важливих компонентів здорового способу життя є раціональне харчування. Необхідно, щоб харчовий раціон жінки був збалансованим як по енергетичній цінності, так і по вживанню мінералів і вітамінів.

Основними напрямками удосконалення організації допомоги вагітним жінкам є розробка основних організаційних технологій, які дозволяють ефективно застосовувати сучасні методи лікувально-оздоровчих заходів, що забезпечить підвищення якості медичної допомоги та зменшить ризик розвитку

гестаційних ускладнень. Одним із важливих показників, які характеризують репродуктивне здоров'я є інформованість населення по питанням збереження репродуктивного здоров'я та ведення здорового способу життя [3, с.680].

Проблема зниження перинатальної захворюваності та смертності може бути також вирішена з допомогою поглибленого вивчення особливостей ембріогенезу та раннього фетогенезу, які в свою чергу визначають подальший розвиток плоду та новонародженого. У зв'язку з цим доцільно оптимізувати методи диспансеризації вагітних жінок. Однак для зниження перинатальної захворюваності важливе значення мають діагностика і профілактика в залежності від всіх показників. Таким чином, здоровий спосіб життя, без сумніву, впливає на внутрішньоутробний розвиток дитини.

#### **Перелік використаних джерел:**

1. Верич Г.Е. Влияние комплексной программы физической реабилитации на состояние плода у беременных с артериальной гипертензией. Харьков, 2005. С. 10–18.

2. Громадське здоров'я: підручник / В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, Т.С. Грузєва. Вінниця: Нова Книга, 2013. С. 119–132.

3. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / під заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. Тернопіль Укрмедкнига, 2000. С. 680.

## **УТИЛІЗАЦІЯ ПРОМИСЛОВИХ ВІДХОДІВ ЯК ЕКОЛОГО-ГІГІЄНИЧНИЙ СПОСІБ ВПЛИВУ НА ПАРАМЕТРИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

*Стоян А.О., Кателевська Н.М., ХНМУ, Харків*

**Актуальність.** Загально визнаним є факт неможливості забезпечення належних параметрів громадського здоров'я без вирішення проблеми утилізації промислових відходів. В умовах України з 2,0–2,7 млрд. т/рік використовуваних природних ресурсів близько 92 % перетворюються у відходи. Накопичена маса відходів погіршує якість навколишнього середовища й виводить зі сфери природокористування життєво необхідні природні ресурси. небезпечні промислові відходи є джерелом великої кількості токсичних речовини, які здатні прямо або побічно завдавати шкоди здоров'ю населення. Отож, проблема утилізації промислових відходів є однією з найважливіших екологічних проблем, що впливає на здоров'я громадян.

Загальний обсяг накопичених в Україні промислових відходів становить понад 30 млрд. т. Вони розміщені в відвалах, шламо-накопичувачах, звалищах площею близько 185 тис. г, які збільшуються на 4–7 тис. г/рік. Основними джерелами утворення промислових відходів є понад 3,8 тис. підприємств

гірничодобувної, металургійної, енергетичної, хімічної галузей промисловості. Наразі 34 % полігонів потребують паспортизації, 18 % не відповідають нормам екологічної безпеки, а 5 % – переповнені. Наразі 96 % сировини, вивезли на полігони та сміттєзвалища, яких налічувалося 5470 і мало з них відповідають європейським вимогам. Всього лише 6 % відходів утилізуються сьогодні в Україні (з них 2,8 % спалено, 3,8 % направлено на сміттєпереробні заводи і приблизно 0,0006 % було перероблено за допомогою компостування).

У 2018 р. було утилізовано близько 100 тис. промислових відходів, загальна вартість яких становила понад \$ 20 млн, з них близько \$ 6,2 млн. було витрачено на утилізацію на поліетилентерефталату. 84 % займає утилізація склобою, загальна вартість якого складає близько \$ 11 млн. Також матеріальні витрати йдуть на утилізацію макулатури і переробку паперу в картонно-паперових фабриках, їх загальна вартість – \$ 2,8 млн.

Отож, основним способом утилізації промислових відходів в Україні є його транспортування та накопичення на полігонах твердих побутових відходів, що за еколого-гігієнічними критеріями є одним з найбільш небезпечних з точки зору впливу на здоров'я населення та якість навколишнього середовища. У сучасних умовах вирішення проблеми відходів може бути досягнуто тільки на основі комплексного підходу до впорядкування системи утилізації відходів в Україні. В системі еколого-гігієнічного управління громадським здоров'ям утилізація відходів вимагає модернізації та перегляду традиційних методів і може бути покращена шляхом впровадження новітніх технологій ресайклінгу, зростання рівня міжгалузевої взаємодії виробництва та споживання товарів, впровадження наукових робіт в галузі утилізації промислових відходів.

#### **Список використаних джерел:**

1. Міністерство регіонального розвитку України. URL: <https://www.minregion.gov.ua/napryamki-diyalnosti/zkhk/terretory/stan-sferi-povodzhennya-z-robutovimi-vidhodami-v-ukrayini-za-2018-rik>. (дата звернення: 01.10.2020)
2. Про відходи. Закон України від 02 жовтня 2012 р. № 5402-VI.
3. Національна стратегія управління відходами в Україні до 2030 року від 8 листопада 2017 р. № 820-р.

## **FACTORS CONDITIONING THE IMPLEMENTATION OF PREVENTIVE MEASURES FOR OVERWEIGHT AND OBESITY AT THE INDIVIDUAL AND POPULATION LEVEL**

*Pomohaibo K.G., Rishu Kamboj, KhNMU, Kharkiv, Ukraine*

Overweight and obesity, and the associated noncommunicable diseases, can be significantly prevented. Creating a supportive environment and environment,

raising public awareness play an important role in shaping food preferences, choosing healthier foods, regularly engaging in physical activity, thereby preventing obesity.

However, a responsible attitude to their own health can only give full results when people are able to provide themselves with a balanced diet and lead a healthy lifestyle. People need support from a range of interrelated community sources, of which the following are important. Making changes – for example, meal times, the range of foods purchased, the recipes used, the activities – need family support [1, c. 117]. This, in turn, requires support from local structures such as kindergartens, schools, workplaces (for example, to ensure that the school has a healthy diet and physical activity policy or that these policies take into account the views of students). Interventions in settings such as schools and kindergartens should be carried out in conjunction with food services, dietary and health education programs, physical education, play and sports activities, and should encourage participants to be involved in policy formulation. Micro interventions tend to have little effect if they are not supported by macro interventions, such as labeling, pricing and product availability. It follows from this that cultural norms, professional skills and traditional practices of institutions and local communities should contribute to better health [2, c. 89].

The community must provide an enabling environment, such as a program of measures to ensure the safety and security of streets and recreational areas, and must make healthy foods available to the public. Municipal and local governments should support community policies – for example, with regard to the safety and security of streets, recreational facilities, improved food security through appropriate infrastructure, taxes and subsidies – that is, in everything that will contribute to the formation of healthy behavior. This, in turn, requires national and international bodies to develop standards and provide services that improve public health, and businesses should continually promote healthy preferences. Such action will require that the obesity reduction strategy is adequately resourced and fully implemented, with monitoring and control measures in place, legislative and regulatory support. At the same time, other aspects of public policy, for example, in the field of trade and investment or agricultural support, should not conflict with these measures [3, c. 2535]. Thus, comprehensive activities in almost all areas, including social security, education, agriculture, food processing, transport, trade, planning, development and tax policies to prevent obesity should be implemented interconnected and consistently.

#### **References:**

1. Салтанов С.Д. Современные аспекты диагностики, лечения и профилактики ожирения у детей. *Здоровье ребенка*. 2017. Т. 12. № 6. С. 115–122.
2. Morley B., Martin J., Niven P., Wakefield M. Public opinion on food-related obesity prevention policy initiatives. *Health Promotion J. Aus.* 2012. Vol. 23. P. 86–91.
3. Swinburn B., Kraak V., Rutter H., Vandevijvere S., Lobstein T., Sacks G. et al. Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity. *Lancet*. 2015. Vol. 385. P. 2534–45.



# THE IMPORTANCE OF AN INTEGRATED APPROACH IN THE FIGHT AGAINST OVERWEIGHT AND OBESITY

*Pomohaibo K.G., Rishu Kamboj, KhNMU, Kharkiv, Ukraine*

Public health strategies for the prevention of obesity should strive to cover all major levels and approaches: individual; local communities; work in different target groups (such as children, adolescents, pregnant women and people with low income); work in different conditions (in the family, school, at work, as well as in the commercial sector and healthcare); different approaches (such as health education, community development, use of the media) [3]. Fighting obesity is a serious task that requires a good training of doctors, a considerable amount of time. Health care providers generally lack specific training in nutrition and physical activity or realistic weight loss goals, and obesity management tends to one hundred is carried out without taking into account a comprehensive program aimed at changing lifestyle. Lack of training and long-term programs for weight maintenance, poor understanding of the pathophysiology of weight control, and often a prejudice against obesity: that obese people can solve their problem on their own with appropriate self-control and willpower, complicate the fight against obesity. Community-based interventions to prevent obesity may include: improving information on healthy eating options, such as improving access to large stores and supplying local stores, creating food cooperatives, cafes and gardening clubs; health promotion activities that improve knowledge and skills, such as group shopping tours or linear courses; increasing the number of pedestrian and cycle paths and improving their reliability and safety; local voucher schemes such as swimming pool vouchers.

Obesity prevention strategies use the following approaches: education in the field of healthy eating; prescriptions to engage in aerobics or strength training; training on the principles of a healthy lifestyle; providing materials for self-help; dietary prescriptions; group exercises led by a trainer [2, c. 2540]. The food industry can do a lot to promote healthy nutrition: by reducing the content of fat, sugar and salt in food; offering consumers the opportunity to choose healthy and nutritious foods that are commercially available and affordable; responsible for marketing; providing an opportunity to make healthy food choices nutrition and promoting regular physical activity at work location [1, c. 176]. The most rational avenues of prevention are those that address the risk factors for obesity throughout the life cycle. With such an integrated approach, significant success can be achieved. That is, the prevention of obesity should include support for a balanced diet and a healthy lifestyle for pregnant and lactating women, newborns, infants and young children, preschoolers, schoolchildren, adults and the elderly. At the same time, a significant role should be played by carrying out, on an ongoing basis, a set of targeted communication work to raise awareness of the general population about healthy eating and lifestyle, the dangers of obesity to health, and rational ways to prevent this

disease. Thus, a person can effectively fight obesity if he is well armed with modern information. Ultimately, a person's health is largely in his own hands.

#### **References:**

1. Popkin B.M., Hawkes C. Sweetening of the global diet, particularly beverages: patterns, trends, and policy responses. *Lancet Diabetes Endocrinal*. 2016, Feb. Vol. 4. T. 2. P. 174–186.
2. Swinburn B., Kraak V., Rutter H., Vandevijvere S., Lobstein T., Sacks G. et al. Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity. *Lancet*. 2015. Vol. 385. P. 2534–2545.
3. World Health Organization. Using price policies to promote healthier diets. URL: <http://www.euro.who.int/en/publications/...> (Accessed: 8.03.2016).

## **STRESS AND PREGNANCY**

*Kadnai O., Orel O., KhNMU, Kharkiv*

Stress and psycho-emotional stress – a complex nonspecific response of the central nervous system, which occurs as a reaction to a stimulus of excessive force in excess of the norm [1; 2] developing a chronic state of stress [2]. Psycho-emotional stress is seen as a threatening risk factor for abortion, which is an urgent medical and social problem, because modern women increasingly continue to work without going on maternity leave, so it is necessary to develop methods for its prevention. Burdened obstetric history, fear for the outcome of pregnancy, for the health of the child, the threat of abortion, toxicosis all lead to a high level of emotional stress, constant anxiety. And this, in turn, leads to negative somatic manifestations and complicates pregnancy and childbirth. Pregnant women are the most vulnerable part of society, experiencing psycho-emotional stress. In recent years, the issues of adaptation of women in the normal and pathological course of the gestational process have been widely studied. Acute stress during pregnancy can lead to unpredictable consequences for the pregnant woman and the fetus. A woman's psychological state affects the zygote, embryo or fetus. High anxiety during pregnancy leads to premature birth or below average weight. Severe stress can harm fetal development in several ways. First, when a pregnant woman experiences stress, her body produces hormones that reduce the flow of oxygen to the fetus, while increasing its heart rate and activity level. Second, stress can weaken a woman's immune system, making her more vulnerable to disease, which in turn can harm fetal development [6].

Thus, the problem of the influence of psycho-emotional stress on the course of gestation and the condition of the fetus requires further study in order to normalize the psychological background, prevention of stress on the placenta, fetus and newborn.

## References:

1. Словник професійної термінології для майбутніх фахівців НГУ. с. 62
2. Юридична енциклопедія: [у 6 т.] / ред. кол. Ю.С. Шемшученкою Київ: Українська енциклопедія ім. М.П. Бажана, 2003. Т. 5: П–С. 736 с.
3. Бурлачук Л. Ф. Психодиагностика: учебник. Санкт-Петербург: Питер, 2006. 351 с.
4. Филиппов М.М. Психология функциональных состояний: учебное пособие. Киев: МАУП, 2006. 240 с.
5. Патологическая физиология: учебник / под ред. А.Д. Адо, М.А. Адо, В.И. Пыцкого, Г.В. Порядина, Ю.А. Владимирова. Москва: Триада-Х, 2002. 616 с
6. Ходаківська О.М. Психологічний вплив стресу на вагітність жінки і на взаємини молодого подружжя. *Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України*. С. 590

## ARTERIAL HYPERTENSION AS A RISK OF TERMINATION OF PREGNANCY

*Sokolova I., Orel O., KhNMU, Kharkiv*

Hypertension is currently one of the most common diseases of the cardiovascular system. According to the WHO in 2014, the disease affects more than 1 million people worldwide [4]. Systematically elevated blood pressure (above 140/90 mm Hg) can cause myocardial infarction, nephrosclerosis, stroke, etc. But in addition to the fact that hypertension lowers the standard of living of our contemporaries, it also affects future generations.

Hypertension in women is still one of the leading causes of maternal mortality and disability. Approximately 18 % of antenatal deaths are also associated with hypertensive complications of pregnancy. AH during pregnancy is usually divided into several forms: Hypertension that existed before pregnancy (was diagnosed before 20 weeks of gestation). Its prevalence in Ukraine is present in 3,5 % of women and accounts for about half of all cases of hypertension in pregnant women [2]; AH that occurred during pregnancy (in turn, is divided into gestational hypertension, preeclampsia and eclampsia); Combined hypertension; Antenatal unclassified hypertension. Pregnant women with chronic high blood pressure have a higher risk of limited growth or even fetal death, premature birth, placental abruption, coagulation disorders, congestive heart failure and maternal renal failure. In addition, pregnancy is a contraindication for women with hypertension of III degree (blood pressure above 180\110 mm Hg) due to the very high risk of adverse pregnancy. For pregnant women suffering from hypertension may be abortion at a later date in the presence of:

Malignant course of hypertension; Stratifying aortic aneurysm; Acute coronary or cerebral circulatory disorders (provided the patient stabilizes).

Eclampsia should be considered separately – a condition that develops against the background of preeclampsia (hypertension detected after 20 weeks of pregnancy and combined with proteinuria) and accompanied by clonic and tonic seizures. It can cause ischemia and placental infarction, which, in turn, can lead to delayed fetal development or death. The risk of coronary heart disease and myocardial infarction in the expectant mother is approximately doubled. Also, in the late stages of severe preeclampsia in the absence of a positive effect of therapy, deterioration of the fetus and the risk of eclampsia are direct indications for cesarean section. Pre- and eclampsia account for 0,83 cases per 100,000 births and are the second leading cause of maternal mortality in the world [5]. At this time, pregnant women with hypertension should systematically measure blood pressure (every day independently, with a record of the results), undergo additional examinations by an ophthalmologist and more often than others to visit a women's clinic. It is extremely important to avoid stressful situations and proper diet therapy with normalization of magnesium content in the body. When detecting an increase in blood pressure more than 150/95 mm Hg use the safest for the fetus and mother angiotensive drugs.

Thus, hypertension is a very threatening disease for both mother and child. It can lead to fetal growth retardation, and severe conditions, such as eclampsia, are life-threatening for both the baby and the mother. Abortion can be associated with complications of HG, such as placental abruption, fetal death, circulatory disorders, and extremely high blood pressure is a contraindication to pregnancy in general.

#### **References:**

1. Грищенко В.І., Щербина М.О. Акушерство: підручник. Київ: Медицина, 2009. 408 с.
2. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії. Наказ МОЗ України від 24 травня 2012 р. № 384. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show>. (дата звернення: 01.10.2020).
3. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги. Наказ МОЗ України від 31 грудня 2004 р. № 676. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show>. (дата звернення: 01.10.2020).
4. A global brief on Hypertension. URL: [https://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/...](https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/) (дата звернення: 01.10.2020).
5. Перинатальный менеджмент при преэклампсии с позиций управления рисками URL: <http://reproduct-endo.com/article/view/30324>. (дата звернення: 01.10.2020).

## PROBLEMS OF VACCINATION IN UKRAINE

*Yaremenko A., Volkov I., KhNMU, Kharkiv*

Vaccination – introduction of a vaccine to stimulate the body's immune system to prevent the development of infectious disease. This is one of the most effective ways to reduce infectious morbidity, and hence disability and mortality [1, p. 300]. Nowadays, improving the quality of life of people and ensuring active longevity come to the fore. The historical precondition for the emergence of vaccination was the search for an effective method of prevention of highly contagious diseases – including smallpox. The inventor of the first vaccine was Edward Jenner, but successful attempts were made before him – the introduction of healthy people fluid from the blisters of patients with a mild form of smallpox was called variation (inoculation) [1, p. 300]. Effective vaccination requires large economic infusions, because all segments of society must be covered prophylactically. Funds are needed both for the production or purchase of vaccines and for the organization of events of medical organizations. The main principle of vaccine prevention should be to ensure «safe immunization». The vaccine should not adversely affect the health of the patient or the health of the healthcare professional. To ensure this, vaccines are subject to mandatory certification [2]. Vaccines for Ukraine are purchased by the UN Children's Fund. Each series of vaccines has a quality certificate, in particular GMP certification. Vaccine manufacturers are the United States, Belgium, France, India and Korea [3]. To date, effective and low-reactogenic vaccines are used for immunization. However, there is a certain risk of postvaccination reactions. To reduce this risk, patients should be examined by a physician prior to vaccination to identify contraindications. Thus, an individual approach to vaccination is a guarantee of safety for public health.

There is growing concern about societal distrust of vaccination. At the same time, people either delay immunization or even refuse it. This is influenced by low awareness, dissemination of false and unconfirmed information through various communication channels. In some cases, this problem arises among ethnic minorities and communities living in remote areas. However, WHO experts also note that a higher level of education is not a necessary guarantee of a person's consent to vaccination. To dispel fears and doubts, it is extremely important to build effective relationships with the population [4]. Another problem is the fact that the Law of Ukraine «On Protection of the Population from Infectious Diseases» of April 6, 2000, Part 1 of Art. 12 mandatory vaccination against diphtheria, pertussis, measles, polio, tetanus, tuberculosis. And the provision of Part 7 of this article stipulates that preventive vaccinations for able-bodied adults are carried out with their consent. That is, the normative act regulates one action in two ways, it hinders its implementation in practice [5]. At present, there are periodic problems with the supply of vaccines. In particular, in 2019, due to the transition to international procurement rules, UNICEF

did not supply ordered and paid vaccines. This has made it difficult to immunize children and adults against measles. The situation in 2014 with BCG vaccines against tuberculosis was also critical. To eliminate the deficit, it was decided to partially cancel the registration of medicines, as well as to redistribute vaccines between regions. However, this did not give the desired result. Ultimately, the first BCG vaccines under public procurement in 2014 were delivered to the regions only in August 2015. It should also be noted that vaccines have specific storage requirements and a limited shelf life. For example, the DPT vaccine is destroyed when frozen. In addition, special solvents are required for dilution of the vaccine [6].

Thus, vaccination is an effective means of preventing infectious diseases. However, general vaccination of the population requires a clear organization of measures by the state at all levels and good information of the population about the phenomenon of vaccination.

### **References:**

1. Широбоков В.П. Мікробіологія. Вірусологія. Імунологія. Вінниця: Нова Книга, 2015. 856 с.
2. Часті питання про вакцини. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/q-a-detail/q-a-on-vaccines> (дата звернення: 01.10.2020)
3. Нічого, крім правди: 5 фактів про вакцини. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/nichogo-krim-pravdi-5-faktiv-pro-vakcini> (дата звернення: 01.10.2020)
4. Недовіра до вакцинації: зростаюча проблема для програм імунізації. URL: <https://www.who.int/ru/news/item/18-08-2015-vaccine-hesitancy-a-growing-challenge-for-immunization-programmes>. (дата звернення: 01.10.2020)
5. Про захист населення від інфекційних хвороб. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text> (дата звернення: 01.10.2020)
6. Безпечне поводження з вакцинами, холодний ланцюг і імунізація. Женева: ВООЗ, 1998. 86 с.

Секція 2  
**ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я  
В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19**

**ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ІНФОРМАЦІЙНОЇ ПОЛІТИКИ  
З ПРОТИДІЇ COVID-19 НА МІЖНАРОДНОМУ  
ТА НАЦІОНАЛЬНОМУ РІВНЯХ**

*Огнєв В.А., Ковтун М.І., Нестеренко В.Г. ХНМУ, Харків*

У зв'язку з пандемією коронавірусу в світі, ВООЗ проводить міжнародну координацію національних служб і реалізує комплекс заходів з протидії поширення COVID-19, серед них профілактика та інфекційний контроль, лабораторне тестування, інструментальна оцінка національного потенціалу, інформування населення про ризики, розробка рекомендацій щодо туристичних пересувань, клінічне ведення випадків, виявлення випадків для забезпечення епіднадзора.

У травні 2020 р. ВООЗ ініціювала програму обміну даними досліджень, пов'язаних з COVID-19 (С-TAP). Пул доступних технологій для боротьби з COVID-19 (С-TAP) представляють тридцять країн за участю широкого кола міжнародних партнерів й установ. Основним завданням якої є забезпечення загальної доступності вакцин, тестів, лікарських засобів та інших медичних технологій, призначених для боротьби з COVID-19. Перед С-TAP поставлена мета стати єдиним центром добровільного обміну науковими знаннями, даними та об'єктами інтелектуальної власності на принципах суспільної солідарності.

На заході з нагоди початку роботи С-TAP, створення якого було спочатку запропоновано в березні Президентом Коста-Ріки Карлосом Альварадо, виступають глави урядів і лідери різних організацій системи ООН, провідні представники академічних кіл, промисловості та громадянського суспільства. ВООЗ, Коста-Ріка та всі інші країни-співавтори ініціативи також випускають «Заклик до солідарних дій», в якому пропонують зацікавленим сторонам брати участь в реалізації ініціативи й надавати їй підтримку відповідно до рекомендованих дій основних груп суб'єктів.

Сімдесят третя сесія Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, вперше проведена в віртуальному форматі, на основі консенсусу приймає історичну резолюцію про об'єднання зусиль світової спільноти по боротьбі з пандемією COVID-19, ініціаторами якої стало понад 130 країн, що є рекордом. У роботі першого й заключного засідань сесії взяли участь 14 глав держав. У резолюції Асамблея охорони здоров'я закликає до активізації зусиль по боротьбі з

пандемією і «визнає роль широкомасштабної імунізації від COVID-19 ... як глобального суспільного блага для здоров'я», а також закликає забезпечити рівноправний доступ до всіх необхідних для боротьби з вірусом медичних технологій і виробів та їх справедливий розподіл. Вона визнає, що пандемія має «непропорційно важкі наслідки для бідних і найбільш вразливих верств населення», звертаючи увагу не тільки на питання охорони здоров'я, а й на більш широкий вплив інфекції на економіку та суспільство і «загострення нерівності усередині країн і між ними».

Резолюція містить заклик до держав-членів прийняти ряд заходів, в тому числі забезпечити «стійке фінансування» ВООЗ і відповідно до вимог Міжнародних медико-санітарних правил (2005 рік) надавати їй своєчасну, точну і досить докладну медико-санітарну інформацію в зв'язку з пандемією COVID-19. Вона також містить доручення Генеральному директору працювати у співпраці з іншими організаціями та країнами «для виявлення зоонозних джерела вірусу та шляхи його проникнення в популяцію людей».

У заключній частині резолюції Генеральному директору доручається в найкоротші належні терміни в консультаціях з державами-членами ініціювати процес неупередженої, незалежної і комплексної оцінки заходів по боротьбі з COVID-19 для аналізу накопиченого досвіду і засвоєних уроків і сформулювати рекомендації щодо зміцнення глобального потенціалу в галузі профілактики, забезпечення готовності й реагування у зв'язку з пандеміями, а також представити сімдесят четвертої сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я доповідь про здійснення резолюції.

ВООЗ закликає країни діяти «вкрай обережно, щоб якомога швидше відновити нормальний порядок речей у світі». Він підкреслює важливість комплексного підходу і участі всіх державних органів і всього суспільства в боротьбі з пандемією при особливій увазі до потреб вразливих груп населення.

Відзначивши, що світова спільнота «потребує посилення, забезпечення функціонування та фінансування систем і організацій, які вже існують, включаючи ВООЗ», ВООЗ особливо виділяє необхідність виділення ресурсів на здійснення «міжнародного договору, який лежить в основі забезпечення глобальної безпеки в області охорони здоров'я, міжнародних медико-санітарних правил». ВООЗ застосовує всі наявні в її розпорядженні засоби для боротьби з пандемією, і зазначає: «нехай наш загальний людський дух стане протиотрутою спільній загрози».

Значущим заходом з забезпечення боротьби з пандемією COVID-19 є створення Фонду ВООЗ. Мета фонду полягає в задоволенні глобальних потреб в сфері охорони громадського здоров'я шляхом надання фінансових ресурсів ВООЗ і надійним партнерам-виконавцям. У світлі пандемії COVID-19 Фонд ВООЗ на першому етапі своєї діяльності зосередить зусилля на надзвичайні ситуації та реагування на пандемію. Сприяючи залученню пожертвувань від громадян, окремих великих донорів і корпоративних партнерів, Фонд буде



координувати роботу з підвищення стійкості і передбачуваності фінансування ВООЗ за рахунок розширення донорської бази.

Враховуючи різну потребу населення з COVID-19 в медичній допомозі, ВООЗ випускає інформаційно-роз'яснювальну записку, в якій рекомендує країнам приділяти увагу питанням гендерної рівності в ході боротьби з COVID-19, з тим щоб стратегії та заходи охорони громадського здоров'я з протидії пандемії здійснювалися з урахуванням гендерної проблематики і її взаємозв'язків з іншими проявами нерівності. Також ВООЗ підписує нову угоду з Управлінням Верховного комісара ООН у справах біженців, основна мета якого на 2020 р полягає в підтримці поточних зусиль по захисту близько 70 мільйонів насильно переміщених осіб від COVID-19.

Особливості протидії коронавірусу в Україні представлені у Постанові Кабінету Міністрів України «Про запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2» від 11.03.2020 р. № 211 вперше при внесенні змін від 16.03.2020 р. було закріплено положення у п. 4: МОЗ України забезпечити тимчасове припинення проведення планових заходів з госпіталізації та планових операцій, крім термінових і невідкладних. МОЗ України прийняло Наказ № 698 від 23.03.2020 р. «Про затвердження Тимчасових заходів у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги хворим на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2» і закріпило обов'язок закладами охорони здоров'я тимчасово припинити планові госпіталізації пацієнтів.

З квітня 2020 року в Україні запрацювала Програма медичних гарантій на рівні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Заклади охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, розпочали роботу за договорами з НСЗУ.

Станом на вересень 2020 року з НСЗУ надавачім медичних послуг населенню виплачено € 51,6 млрд. за надання послуг пацієнтам за Програмою медичних гарантій. З них: 1€ 3,3 млрд. виплачено закладам первинної ланки; € 29,7 млрд. – закладам, що надають вторинну (спеціалізовану) допомогу; € 3,7 млрд. – закладам екстреної медичної допомоги. Також € 4,9 млрд. виплачено медичним закладам, що надають допомогу пацієнтам хворим на COVID-19, або з підозрою на нього.

Необхідно зауважити, що з січня 2020 року чисельність українців, які підписали декларації з лікарями зросла на 1,5 млн., 30 млн. 610 тис. українців вже уклали декларації з лікарями первинної ланки.

На надання населенню первинної допомоги законтрактовано 1682 надавачів, з яких 1102 – комунальні заклади охорони здоров'я, 206 – приватні, 374 – лікарі ФОП. Кількість надавачів первинної допомоги, які уклали договір з НСЗУ станом на 01.10.2020 року на 216 більше, ніж було на кінець минулого року. Причому 75 % з них є приватними або лікарями ФОП.

Сьогодні первинна ланка медичної допомоги відіграє важливу роль у боротьбі з пандемією. Суттєво зросла завантаженість на лікарів, адже до них в першу чергу звертаються пацієнти з підозрою на COVID-19. В майже 600 закладах первинної медичної допомоги було сформовано 1051 мобільну бригаду.

Міністерство охорони здоров'я та Національна служба здоров'я України реалізують завдання, спрямовані на забезпечення фінансування системи охорони здоров'я, підвищення заробітної плати медичних працівників, створення ефективної системи контролю якості надання медичної допомоги, розробка та оновлення національних галузевих стандартів та протоколів лікування, впровадження державної оцінки медичних технологій, створення конкурентного середовища для медичних закладів, розвиток добровільного медичного страхування, розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, залучення приватного капіталу, пільгове оподаткування за рахунок податку на прибуток, розвиток спроможної мережі закладів охорони здоров'я, розвиток телемедицини, e-Health, розвиток високотехнологічної медицини і системи трансплантації, системи екстреної медичної допомоги, забезпечення медичною допомогою пацієнтів з туберкульозом, психічними захворюваннями, орфанними захворюваннями, впровадження та реалізація Національної стратегії боротьби з онкологічними захворюваннями, визначення основних засад та механізмів функціонування системи громадського здоров'я в Україні, враховуючи виклики та загрози пов'язані із поширенням у світі та на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2», удосконалення законодавства в сфері обігу лікарських засобів з метою забезпечення прозорості фармацевтичного ринку, забезпечення розвитку медичної освіти і науки.

Нововведення в національній системі охорони здоров'я націлені на врегулювання відносин між лікарем та пацієнтом, покращення матеріально-технічної бази лікарень і подовження життя населення, що допомагає відповідати на виклики коронавірусної пандемії.

#### **Список використаних джерел:**

1. Хронологія дій ВООЗ з боротьби з COVID-19 URL: <https://www.who.int/ru/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
2. Медичні правовідносини, страхування та практика в умовах епідемії: врегулювати, неможливо ігнорувати! URL: <https://rpr.org.ua/news/medychni-pravovidnosyny-strakhuvannia-ta-praktyka-v-umovakh-epidemii-vrehuliuvaty-nemozhlyvo-ihnoruvaty/>
3. Особливості надання медичної допомоги в умовах «корони»: обмеження конституційного права, праця лікарів-інтернів, доступ до медичної допомоги та «імунітет» медичних працівників. URL: <https://www.hsa.org.ua/blog/osoblyvosti-nadannya-medychnoyi-dopomogy-v->

umovah-korony-obmezheniya-onstytutsijnogo-prava-pratsya-likariv-interniv-dostup-do-medychnoyi-dopomogy-ta-imunitet-medychnyh-pratsivnykiv/

4. Медична реформа України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>

5. Постанова КМУ від 23 березня 2020 р. № 246.

6. Про запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2. Постанова КМУ від 11 березня 2020 р. № 211. Офіційний вісник України, 2020 р., № 23, ст. 896.

7. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році. Постанова Кабінету Міністрів України від 5 лютого 2020 р. № 65. Офіційний вісник України, 2020 р., № 18, ст. 688.

8. Про залучення позики від Міжнародного банку реконструкції та розвитку для реалізації інвестиційного проекту «Друге додаткове фінансування, спрямоване на подолання наслідків пандемії COVID-19», для проекту «Модернізація системи соціальної підтримки населення України». Розпорядження від 23 листопада 2020 р. № 1472-р.

9. Про виділення коштів для забезпечення здійснення деяких заходів, спрямованих на запобігання виникненню та поширенню, локалізацію та ліквідацію спалахів, епідемій та пандемій гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2. Постанова КМУ від 18 листопада 2020 р. № 1120.

10. Про виділення коштів для забезпечення здійснення деяких заходів, спрямованих на запобігання виникненню та поширенню, локалізацію та ліквідацію спалахів, епідемій та пандемій гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2. Постанова Кабінету Міністрів України від 17 червня 2020 р. № 493.

## **ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ ПІДПРИЄМСТВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В УМОВАХ COVID-19**

*Муратов Г.Р., КНП ХОР «Обласна дитяча клінічна лікарня», Харків  
Мельниченко О.А., ХНМУ, Харків*

Загалом невтішний стан сфери охорони здоров'я України актуалізував необхідність проведення медичної реформи. Проте пандемія COVID-19 суттєво ускладнила процес реформування вторинної та третинної ланки та оголила численні нові проблеми в системі охорони здоров'я. За таких умов як населення (пацієнти), так і працівники сфери охорони здоров'я змушені жити, працювати та лікуватись за «новими правилами». При цьому найбільш очевидними є зміни

умов функціонування спеціалізованих лікарень «першої хвилі», хоча й інші підприємства сфери охорони здоров'я опинились в умовах «нової реальності», що, зрештою, й обумовлює актуальність даного дослідження.

Передусім слід навести дані ВООЗ, згідно з якими «більше половини досліджуваних країн, які потерпають від пандемії, обмежили або повністю припинили амбулаторне, стаціонарне лікування та суспільний догляд (особливо це стосується педіатрії, реабілітації, діагностики та лікування неінфекційних хвороб)» [1]. В Україні також заборонені планові госпіталізації, за виключенням «планової госпіталізації в регіонах, в яких заповненість ліжок, визначених для госпіталізації пацієнтів з підтвердженим випадком COVID-19 становить менш як 50 %, крім надання медичної допомоги вагітним, породіллям, новонародженим, пацієнтам з онкологічними захворюваннями, паліативної допомоги в стаціонарних умовах, проведення інших невідкладних і термінових заходів з госпіталізації, якщо внаслідок їх перенесення (відтермінування) існує значний ризик для життя або здоров'я. При цьому пацієнти підлягають обов'язковому тестуванню на COVID-19 відповідно до стандартів Міністерства охорони здоров'я України» [2]. І хоча означені обмеження стосуються планової (а не ургентної) медичної допомоги, це негативно позначається як на поточному, так і на майбутньому стані здоров'я населення: внаслідок більш пізнього звернення, ускладнюється та стає більш вартісним лікування, а з тим – зростає ймовірність настання критичних станів і важких ускладнень (зокрема, це стосується артеріальної гіпертензії, цукрового діабету тощо).

Значних коригувань зазнала й діяльність підприємств охорони здоров'я. Так, наразі ще більше зростає значущість традиційних заходів, як-от: залучення та результативне використання необхідних ресурсів (фінансових, матеріальних, трудових); розширення переліку доступних та якісних медичних послуг; підвищення кваліфікації лікарів і проходження ними безперервного професійного розвитку; впровадження сучасних методів діагностики та лікування (зокрема, протоколів надання медичної допомоги пацієнтам за окремими нозологічними одиницями); проведення телемедичних та он-лайн консультацій; моніторинг реєстрів пацієнтів з хронічною неінфекційною патологією для планування своєчасної їх госпіталізації, не допускаючи загострень хронічних захворювань, які потребують більш тривалого стаціонарного лікування тощо. Проте найбільш складно дотримуватися «карантинних вимог», які передбачають: зонування території підприємства сфери охорони здоров'я; визначення й дотримання маршрутів переміщення пацієнтів і медичного персоналу; планування часу прийому пацієнтів; контроль інфекційної безпеки (температурний скринінг, використання засобів індивідуального захисту, антисептиків тощо); ресурсне та організаційне забезпечення посиленого протиепідемічного режиму.

Відзначимо, що «карантинні заходи» обумовили помітне зростання витрат, а запроваджені обмеження – знижують доступність спеціалізованої

медичної допомоги. За таких умов у ряді підприємств охорони здоров'я вторинної та третинної ланки скорочується фінансування, враховуючи особливості оплати за пакетами медичних гарантій НСЗУ.

Зважаючи на певну обмеженість наявних ресурсів та сталу негативну динаміку чисельності хворих на COVID-19, вкрай важливими вбачаються наступні заходи:

– збереження цільового фінансування на рівні, що гарантує належне матеріально-технічне та фармакологічне забезпечення підприємств охорони здоров'я, а також гідне економічне стимулювання медперсоналу (страхування їхнього здоров'я та життя, виплати підвищених доплат і надбавок);

– розробка та запровадження сучасних протоколів лікування, що оптимізують діагностику та терапію захворювань і, що не менш важливо, мінімізувати ймовірність летальних випадків;

– підвищення персональної адміністративної відповідальності за недотримання протиепідемічних заходів тощо.

З урахуванням вищевикладеного матеріалу можна зробити такі висновки. COVID-19 – це «нова реальність» на певний (ймовірно, тривалий) період, який можна пережити з мінімальними втратами лише за умови поєднання зусиль усіх зацікавлених осіб, достатнього ресурсного забезпечення та зваженого реагування на наявні виклики. Подальші наукові розвідки мають бути присвячені розробці рекомендацій, спрямованих на покращення якості надання медичних послуг в умовах реформування сфери охорони здоров'я.

#### **Список використаних джерел:**

1. ITMED. URL: <https://itmed.org/news/pandemiya-covid-19-privela-k-ukhudsheniyu-meditinskoj-pomoshchi-pri-lechenii-drugikh-bolezney-voz/> (дата звернення: 23.09.2020).

2. Про встановлення карантину з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, та етапів послаблення протиепідемічних заходів: Постанова Кабінету Міністрів України від 20 травня 2020 р. № 392. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 23.09.2020).

## **ЛАБОРАТОРНІ ТА КЛІНІЧНІ ПРЕДИКТОРИ ПРОГНОЗУВАННЯ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ**

*Боброва О.В., ХНУ імені В.Н. Каразіна, Харків  
Нартів П.В., КНП «Обласна клінічна інфекційна лікарня» ХОР, Харків  
Кривонос К.А., КП «Санепідсервіс» ХМР, Харків*

**Актуальність.** Пандемія COVID-19 є надзвичайною ситуацією міжнародного значення [2; 6; 7]. Станом на 31.10.2020 р. загальна кількість

заражених у світі перевищила 46238566 осіб у 216 країнах, померло 235897; в Україні – 387481 захворілих, 7196 осіб померло [11; 12]. Найбільш поширеним клінічним проявом інфекції є двобічна пневмонія; у 3–4 % пацієнтів реєструється розвиток гострого респіраторного дистрес-синдрому (ГРДС), що супроводжується високою летальністю [2; 12]. Основна мішень SARS-CoV-2 – альвеолярні клітини II типу (AT2), чим визначається розвиток дифузного альвеолярного пошкодження [1; 4], яке є синонімом клінічного поняття ГРДС. Виражений підйом температури у пацієнтів найчастіше обумовлений синдромом системної запальної реакції («цитокіновим штормом») з важкою альтерацією тканини легень, в якій провідну роль відіграють CD4+T-лімфоцити та різні цитокіни [13; 14; 16]. Персистуючий запальний статус у пацієнтів з тяжким і критичним ступенем тяжкості перебігу діє як важливий тригер для каскаду коагуляції, зокрема інтерлейкіну-6 (ІЛ-6), може активувати систему згортання крові і пригнічувати фібринолітичну систему [4; 6; 10]. Альвеолярно-геморагічний синдром та тромбоемболія легеневої артерії є характерними для більшості спостережень тяжкого перебігу COVID-19 [14; 15]. Можуть мати місце ураження мікроциркуляторного русла з розвитком синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання (ДВЗ) крові. Інфекція має різноманітні клінічні симптоми – від безсимптомних до тяжких і критичних.

**Мета дослідження.** Виявити основні лабораторні та клінічні предиктори тяжкості перебігу коронавірусної інфекції.

**Матеріали і методи.** Лабораторні та клінічні показники хворих на COVID-19.

**Результати досліджень.** При підозри на SARS-CoV-2 проводиться комплекс клінічного обстеження для визначення ступеня тяжкості стану, що включає збір анамнезу, об'єктивне обстеження, дослідження діагностичного матеріалу із застосуванням методу полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР), пульсоксиметрію. Етіологічною діагностикою є виявлення РНК SARS-CoV-2 із застосуванням методу ПЛР та виявлення імуноглобулінів класу М та класу G. У випадках перебігу середньої тяжкості, тяжкого і вкрай тяжкого застосовуються: загальний (клінічний) аналіз крові; тропонін; мозковий натрій-уретичний пептид (NT-proBNP/BNP); феритин; біохімічний аналіз крові (сечовина, креатинін, електроліти, глюкоза, аланінамінотрансфераза (АлТ), альбумін, аспартатамінотрансфераза (АсТ), білірубін, лактат, лактатдегідрогеназа (ЛДГ); С-реактивний білок (СРБ), (є основним лабораторним маркером активності процесу в легенях – підвищення рівня СРБ корелює з об'ємом ураження легеневої тканини і є підставою для початку протизапальної терапії [14, р. 4; 15, р. 12]); прокальцитонін (підвищення рівня свідчить про приєднання бактеріальної інфекції, корелює з тяжкістю перебігу, поширеністю запальної інфільтрації і прогнозом при бактеріальних ускладненнях); коагулограма (активованій частковий тромбoplastиновий час (АЧТЧ), протромбіновий час); фібриноген; D-димер (кількісним методом) [6, р. 9; 7; 10, р. 6]. Лабораторними

ознаками «цитокінового шторму» і ГРДС у хворих найчастіше є: раптове наростання клінічних проявів через 1–2 тижні від початку захворювання, що зберігається, та/або фебрильна лихоманка, що з'являється знову; виражена лімфопенія; зниження кількості Т- і В-лімфоцитів; значне підвищення рівня D-димеру ( $> 1500$ ) або його швидке наростання та/або високі рівні інтерлейкіну-6 (ІЛ-6) ( $> 40$  пг/мл) та/або підвищення рівня СРБ ( $> 75$  мг/л); інтерстиціальне ураження легень. При розвитку ГРДС кожні 48–72 години до стійкого отримання нормальних рівнів необхідно визначати: ІЛ-6, D-димер, феритин, фібриноген, СРБ, тригліцериди, ЛДГ. В діагностиці та прогнозі перебігу сепсису значимим є рівень прокальцитоніну:  $< 0,5$  мкг/л – низький ризик бактеріальної коінфекції;  $> 0,5$  мкг/л – високий ризик несприятливого результату. Розвиток серцево-судинних ускладнень при COVID-2019 супроводжується лимфопенією, тромбоцитопенією, підвищенням СРБ, МВ фракції креатинкінази, високочутливого тропоніну і NT pro-BNP. Для виявлення пацієнтів групи ризику необхідним є контроль тропоніну (щодня – у ВІТ, через день – у стаціонарних пацієнтів); контроль NT-proBNP як маркера міокардіального стресу (у пацієнта з наростаючою задишкою і NT-proBNP  $\geq 2000$  пг/мл – найвищий ризик й пріоритет для госпіталізації у ВІТ; при  $400 \leq$  NT-proBNP  $< 2000$  пг/мл – ризик проміжний). «Цитокіновий шторм» майже у половини пацієнтів може бути причиною загибелі, оскільки призводить до розвитку ГРДС та поліорганної недостатності; клінічно проявляється стійкою фебрильною лихоманкою, рефрактерною до антимікробної терапії, ГРДС, спленомегалією, набряковим та геморагічним синдромами, гепатомегалією, жовтяницею, симптомами ураження ЦНС (збудливість, судоми, менінгеальні знаки, пригнічення свідомості), неспецифічними висипанням на шкірі. Ранніми лабораторними ознаками «цитокінового шторму» є підвищення рівня феритину ( $> 600$  нг/мл) або поєднання зниження числа тромбоцитів крові ( $\leq 180 \times 10^9$ /л) та лейкоцитів ( $\leq 3,0 \times 10^9$ /л) з лімфопенією та/або швидке зниження числа тромбоцитів та/або лейкоцитів (протягом доби) більш ніж в двічі на тлі збереження високої запальної активності; підвищення активності АсТ, тригліцеридів ( $> 156$  мг/дл); зниження фібриногену ( $\leq 360$  мг/дл). Для діагностики ДВЗ-синдрому рекомендується використовувати критерії Міжнародного товариства тромбозу і гемостазу ( $\geq 5$ ) [10, р. 18; 16, р. 7].

**Висновки.** Визначення лабораторних і клінічних предикторів прогнозу тяжкого перебігу коронавірусної інфекції має велике діагностичне значення для правильної маршрутизації, удосконалення та індивідуалізації терапії пацієнтів щодо запобігання тяжких ускладнень та зниження летальності при COVID-19, сприяє покращенню інформованості фахівців первинної ланки щодо факторів ризику тяжкого клінічного перебігу коронавірусної хвороби.

#### **Перелік використаних джерел:**

1. Baig A.M. et al. Evidence of the COVID-19 Virus Targeting the CNS: Tissue Distribution, Host-Virus Interaction, and Proposed Neurotropic Mechanisms. *ACS Chem. Neurosci.* 2020. doi:10.1021/acscchemneuro.0c00122.

2. Bassetti M. The Novel Chinese Coronavirus (2019-nCoV) Infections: challenges for fighting the storm URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/eci.13209>. (дата звернення: 23.09.2020).
3. Bernheim A. et al. Chest CT Findings in Coronavirus Disease-19 (COVID-19): Relationship to Duration of Infection. *Radiology*. 2020:200463. doi:10.1148/radiol.2020200463.
4. Chaomin Wu et al. Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern. Med.* Published online March 13, 2020. doi:10.1001/jamainternmed.2020.099
5. Chen N. et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*. 2020. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30211-7
6. CDC. 2019 Novel Coronavirus. URL: <https://www.cdc.gov/coronavirus/...>
7. European Commission. Novel coronavirus 2019-nCoV. URL: [https://ec.europa.eu/health/coronavirus\\_en](https://ec.europa.eu/health/coronavirus_en) (дата звернення: 23.09.2020).
8. FDA. Novel coronavirus (2019-nCoV). URL: <https://www.fda.gov/emergency-preparedness-andresponse/mcm-is-sues/novel-coronavirus-2019-ncov> (дата звернення: 23.09.2020).
9. Gorbalenya A.E. et al. Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses – a statement of the Coronavirus Study Group, 2020. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.02.07.937862>.
10. Halyabar O. et al. Calm in the midst of cytokine storm: a collaborative approach to the diagnosis and treatment of hemophagocytic lymphohistio-cytosis and macrophage activation syndrome, *Pediatric Rheumatology*, <https://ped-rheum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12969-019-0309-6>.
11. <https://index.minfin.com.ua/reference/coronavirus/ukraine/2020-07/> (дата звернення: 23.09.2020).
12. <https://www.worldometers.info/coronavirus/> (дата звернення: 23.09.2020).
13. Henderson L.A. et al. On the Alert for Cytokine Storm: Immunopathology in COVID-19 *Arthritis & Rheumatology*. Month 2020, P. 1–5.
14. Huang C. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020. doi: 10.1016/S0140-6736 (20)30183-5.
15. Rodriguez-Morales A. et al. Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Travel Medicine and Infectious Disease*, Vol. 34, March-April 2020, <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101623>.
16. Tang N., Bai H., Chen X., Gong J., Li D., Sun Z. Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy. *J. Thromb. Haemost.* 2020 Mar. 27. doi: 10.1111/jth.14817.



## ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

*Усенко С.Г., Рогова О.С., Рудаков О.С., ХНМУ, Харків*

Здоров'я населення залежить від багатьох факторів. В класифікації за Роббінсом [1, с. 29] виділяють чотири основні групи: спосіб життя, навколишнє середовище, біологічні фактори та медичні фактори. Перше місце займає спосіб життя, його частка складає 51–52 % загального впливу на здоров'я. Тому ми вирішили дослідити як саме змінився спосіб життя населення під час пандемії коронавірусу, спрогнозувати можливі наслідки та надати рекомендації, які допоможуть зберегти здоров'я в умовах самоізоляції.

Оскільки в Україні підтверджуються нові випадки коронавірусу COVID-19, громадян просять залишатися вдома. Перебування в режимі самоізоляції протягом тривалого часу серйозно ускладнює підтримання фізичної активності. Малорухливий спосіб життя має негативний вплив на здоров'я та добробут людини, також може викликати додатковий стрес і поставити під загрозу психічне здоров'я громадян.

Проведено опитування за допомогою сервісу Google Форми серед студентів Харківського Національного медичного університету [2]. У дослідженні взяли участь 102 особи, серед яких 71,9 % – жінки, 29,1 % – чоловіки. У віці 20 років була більшість — 46,3%, 21 рік було 23,2 % респондентів, 19 років – 8,4 %, інші – 22–23 роки. Було виявлено, що, в умовах карантинних обмежень, студенти стали менше часу приділяти своєму фізичному здоров'ю. Лише 18,9 % опитуваних не займалися спортом до пандемії взагалі. На даний час цей відсоток збільшився до 35,8 %, а 38,6 % респондентів відмічають, що стали приділяти набагато менше часу фізичним вправам. Тільки 27,3 % студентів займаються спортом регулярно, інші – один раз на тиждень та менше. До пандемії 44,1 % опитуваних кожного дня гуляли пішки, зараз, в умовах карантину – 11,6 %. Зовсім не гуляють на вулиці 17,9 % студентів, інші – 1–2 рази на тиждень. Правил здорового харчування до карантину дотримувались 72% респондентів, зараз це 33,3 %. До самоізоляції 59,2 % студентів харчувалися 3–4 рази на день, 10,7% – 5 разів, інші – 1–2 рази на день. В умовах карантинних обмежень 46,8 % опитуваних приймають їжу 4–5 рази на день, 15,1 % – 2–3 рази, а 38,1 % – 6 та більше разів на день. Більшість (70,2 %) відмічають, що з настанням пандемії їх раціон змінився – респонденти стали їсти більше шкідливих продуктів (піца, чіпси, тістечка з кремом, солодкі напої та інше). 77,4 % студентів вважають, що їх фізична форма погіршилася, з них 56,8 % зв'язують це саме з карантинними обмеженнями. Малорухливий спосіб життя та в більшості вуглеводне харчування призвело до того, що 62,7 % опитуваних на самоізоляції набрали зайву вагу.

Проведене нами дослідження не мало за мету показати негативні сторони й непотрібність карантинних обмежень. За допомогою проведеного

соціального опитування ми висвітлили проблему неготовності студентів до таких різких змін у теперішніх умовах. Учні не здатні швидко трансформувати режим та свободи свого звичного життя та перейти на альтернативні методи збереження фізичного здоров'я. Результати опитування показують, що студенти стали менше часу проводити на свіжому повітрі, менше уваги приділяти спорту, а також збільшилась кількість приймання їжі, значно погіршилась її якість. Всі ці фактори невпинно призводять до збільшення маси тіла та погіршення стану фізичного здоров'я. Однією із причин цього є недостатність освітньо-просвітницької роботи серед молоді, тому пропонуємо ознайомитись з рекомендаціями, наданими Центром громадського здоров'я МОЗ України по збереженню фізичної форми в умовах карантину [3]: робіть короткі, активні перерви протягом дня; знайдіть для себе онлайн-тренування; більше ходіть; частіше вставайте; розслабтеся; правильно харчуйтеся.

Сумлінне дотримання цих рекомендацій допоможе зберегти свою фізичну форму, а також покращить настрій та самопочуття в умовах самоізоляції. Наше завдання вдало адаптуватись до тих умов, в яких ми зараз знаходимося, і піклуватись про своє здоров'я, не наражаючись на небезпеку зараження коронавірусною інфекцією.

#### **Список використаних джерел:**

1. Столяров Г.С., Вороненко Ю.В., Голубчиков М.В. Статистика охорони здоров'я: підручник. Київ: КНЕУ, 2002. 230 с.
2. Вплив карантинних обмежень на фізичну активність студентів: Опитування. URL: <https://forms.gle/wMtYVBqhmVANIb84> (дата звернення: 01.10.2020)
3. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Матеріали з промоції здоров'я. URL: <https://phc.org.ua/promociya-zdorovya/materiali-z-promocii-zdorovya> (дата звернення: 01.10.2020)

## **ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19**

*Іващенко Р.О., Голобородько І.В., Олійник П.С., ХНМУ, Харків*

Нині питання емоційного вигорання набуває не аби якої актуальності, бо 8 з 10 громадян України мали або мають з цим справу. Соціальне та особисте життя людини залежить від його психоемоційного стану, а синдром емоційного вигорання безпосередньо впливає на психоемоційний стан людини, що надалі знижує її працездатність та навіть викликає відразу до роботи. Найбільш схильні до цього люди, робота яких пов'язана з іншими людьми, зокрема, до такого роду професій належать медичні працівники. І через те, що від якості

їхньої діяльності залежить здоров'я інших людей та ураховуючи велике навантаження медиків з приводу пандемії COVID-19, вивчення синдрому емоційного вигорання серед медичних працівників є дуже актуальним.

Синдром емоційного вигорання був включений у 11-й переглянутий варіант Міжнародної класифікації хвороб та трактується як синдром, що визнається результатом хронічного стресу на робочому місці, який не був успішно подоланий [1]. Серед медичних працівників до групи підвищеного ризику відносяться ті спеціальності, які здійснюють догляд за онкологічними хворими, пацієнтами з вторинними імунодефіцитами, працівники реанімаційних бригад, що пов'язано з істотними емоційними навантаженнями, хронічним стресом. Нині день цю групу ризику очолюють працівники інфекційних установ та лікарняних відділень, що працюють з пацієнтами хворими на COVID-19, а також персонал реанімаційних відділень, де надають невідкладну допомогу людям з ускладненнями від вищезгаданої хвороби. Також слід зазначити, що серед всіх медичних співробітників найбільший відсоток виявлення СЕВ зустрічається у медичних сестер, бо саме вони кожен день найтісніше спілкуються з людьми, в основному з хворими, які вимагають невиспущої турботи та уваги [2, с. 130–132]. В умовах пандемії корона вірусної інфекції, що торкнулася всього світу, головний удар приймають медичні установи й працюючий в них медичний персонал. Відбувається швидка реструктуризація медичних закладів, умови роботи фактично відповідають надзвичайній ситуації: багато співробітників знаходяться в зоні ризику зараження, мало часу проводять з близькими, працюють в умовах підвищеного фізичного та емоційного навантаження і несуть велику відповідальності за життя найважчих пацієнтів. Кожен день лікарі отримують велику кількість нової інформації у вигляді наказів, методичних рекомендацій [3, с. 48], навчальних програм, що створює додаткове навантаження у вигляді постійного інформаційного шуму. При цьому абсолютно надійних методів діагностики й лікування захворювання досі не існує ні в одній країні, що також є додатковим джерелом стресу медичних працівників, від яких всі чекають рішення цього гострого питання. Наразі вже проведені перші дослідження наслідків епідемії COVID-19 на прикладі китайських медичних працівників. У одному з них брали участь 34 лікарні, у т.ч. 20 – з центру зараження (м. Ухань). Усього було обстежено 1257 медичних працівників, включаючи лікарів і медичних сестер. Біля половини з них повідомили про виражених симптомах депресії і тривоги, більше 70 % скаржились на симптоми дистресу після пережитої травми. Всі ці проблеми були більш виражені у жіночого персоналу лікарень [4].

Отже можемо зробити висновок, що синдром емоційного вигорання є дуже актуальною проблемою для медичних працівників в умовах пандемії COVID-19 та має вплив на якість надання допомоги, працездатність і життя спеціаліста. Тому для попередження цього ми пропонуємо дотримуватися наступних рекомендацій: чітко розподіляти час між працею та відпочинком,

займатися фізичною активністю, щоб створювати вихід накопиченому стресу та для покращення загального самопочуття, контролювати режим сну, займатися хобі та розподіляти свої обов'язки згідно договором праці.

#### **Перелік використаних джерел:**

1. ВООЗ. URL: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/burn-out/ru/](https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/ru/). (дата звернення: 15.05.2020).
2. Пасечник И.П., Пасиешвили Л.М. Аспекты реабилитации врача при смерти пациента. *Семейная медицина*. 2013. № 46. С. 130–132.
3. Никифоров В.В., Суранова Т.Г., Миронов А.Ю., и др. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19): этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика. 2020. С. 48.
4. Lai J., Ma S., Wang Y., et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019 *JAMA Network Open*. 2020. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2763229> (дата звернення: 15.05.2020).

## **ВИЗНАЧЕННЯ ДОБОВОГО ВМІСТУ ВІТАМІНУ С У РАЦІОНІ СТУДЕНТІВ ХНМУ ЯК ФАКТОРУ ПРОФІЛАКТИКИ ГРВІ**

*Черненко І.І., Каднай О.С., ХНМУ, Харків*

**Актуальність.** Аскорбінова кислота або вітамін С є органічною речовиною, простою органічною кислотою, що є одним із основних складових людського раціону [1]. Він виконує функції відновлювача, кофермента деяких реакцій, і є антиоксидантом, але на сьогодні найбільш важливим є його участь у синтезі інтерферону та сприяння природної резистентності організму до гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ) [2]. Добова потреба у вітаміні С складає 75–90 мг [3]. Студентство медичних ЗВО з одного боку страждає від перенапруженого графіку, що призводить до погрішностей у раціоні, а з іншого боку повсякчас стикається із різними інфекційними агентами, у т.ч. ГРВІ, під час практичних занять у лікарнях. Визначення рівня спожитого вітаміну С у добовому раціоні дасть можливість провести належну корекцію його споживання.

**Мета.** Визначити кількість вітаміну С у добовому раціоні студентства ХНМУ як фактору профілактики ГРВІ.

**Матеріали та методи.** Було проведено аналіз добового раціону 34 студентів та 46 студенток ХНМУ на вміст вітаміну С, також було враховано кількість вітаміну С спожитого із різних фармацевтичних препаратів.

**Результати.** Під час обробки зібраних даних було виявлено наступні результати. 51 студент (63,75 %) має достатній рівень вітаміну С у добовому раціоні (75–90 мг). Гіпервітаміноз було виявлено у 7 студентів (8,75 %), також

слід зазначити, що з них 3 студенти (3,75 % від вибіркової сукупності) зазначили що додатково вживають препарати вітаміну С. Також, 5 студентів (6,25 %) зазначили, що вживають вітамінні препарати, що містять вітамін С, але визначити його вміст виявилось неможливим через сумнівність останніх. Гіповітаміноз було виявлено у 17 студентів (21,25 %), особливо низький вміст аскорбінової кислоти (менше 30 мг) було виявлено у 4 з них (5,00 %).

**Висновки.** Попри напружений графік і повсякчасні труднощі у формуванні раціону більшість досліджених (63,75 %) споживає достатню рівність вітаміну С на добу. Гіпервітаміноз вітаміну С було зафіксовано у (8,75 %), що загалом не є критичним, оскільки він є водорозчинним та екскретується нирками, але існує ризик розвитку оксалатних каменів у нирках. Гіповітаміноз вітаміну С було виявлено у 21,25 % досліджених, що є ризиком розвитку ГРВІ й метаболічних порушень. Для корекції низького рекомендується підвищити рівень фруктів та овочів або вживати зареєстровані препарати вітаміну С, для корекції зависокого рівню – знизити їх вміст відповідно.

#### **Перелік використаних джерел:**

1. Редько А.В. Химия фотографических процессов. Санкт-Петербург: Профессионал, 2006. 1464 с.

2. Effect of vitamin C on common cold: randomi [Eur J Clin Nutr. 2006]. PubMed – NCBI.

3. Vitamin C MedlinePlus. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. Last updated: 27 February 2013. p.1

4. Ascorbic Acid – Compound Summary. PubChem. The National Library of Medicine 16.09.2004.

5. Щоденник «Добрий» випуск «Збірна України» 2006 С. 1–5.

## **ASSESSMENT OF THE STATE OF VACCINATION OF KHARKIV STUDENTS TO MEASLES VIRUS**

*Yaremenko A., Kadnai O., KhNMU, Kharkiv*

**Topicality.** Humanity has always faced the problem of epidemics and their destructive force, which took the lives of entire cities. Airborne viral infections pose a significant epidemic risk [1]. No wonder these infections are considered diseases of large groups and childhood infections [2]. Measles is one such infection, it has been known since the beginning of the VI century BC and exists to this day. A measles vaccine was developed in 1963 to significantly reduce mortality from the disease. It seemed that the problem was solved, but, unfortunately, in recent years there has been an increase in the spread of measles, which is associated with a decrease in the coverage of routine vaccination and the development of the anti-vaccine movement [1; 4].

**Objective:** To investigate the level of vaccination of Kharkiv students against the measles virus.

**Materials and methods.** 120 randomly selected people who studied in different free economic zones of Kharkiv were selected as objects of the research. The material of the study was the data of medical books, in addition, a vaccination history was collected.

**Results.** During the data processing it was found that 71 students (59,17 %) do not have any markings on the card regarding measles vaccinations. 49 students (40,83 %) had records that had been vaccinated against the measles virus. Of these, 40 students (33,3 %) were vaccinated at the age of 6–7 years, 7 students (5,83 %) were vaccinated at the age of 1 year. 2 students had records that were vaccinated by age, but without indicating the exact age and date of vaccination. Instead, 64 students (53,33 %) said they considered themselves vaccinated against measles, 52 students (43,33 %) said they did not remember whether they had been vaccinated, and only 4 students (3,33 %) said they did not. Were vaccinated through medical branches. The discrepancy in the obtained data can be explained by negligence in filling in medical documents, loss of medical documents, refusal of vaccination, medical withdrawals and ignorance of the population in the field of vaccination.

**Conclusions.** As a result of the study, the level of vaccination of Kharkiv students was assessed, which allows to develop further recommendations for preventive measures against measles. It is necessary to carry out sanitary and educational work among students, to increase the level of education of students in the field of vaccination, to dispel myths about vaccination [5]. Increasing the level of education in this segment of the population is especially important in the context of preparing students as future parents, which will lead to an increase in the level of vaccination and health of the population.

#### **References:**

1. Інфекційні хвороби: підручник; 2 вид., доп. і перероб. / за ред. О.А. Голубовської. Київ: Медицина, 2018. 688 с.
2. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби: у 3 т. Київ: Здоров'я, 2003. Т 3. 848 с.
3. Measles Y. Epidemiology & Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. «The Pink Book», 9th Edition. *Public Health Foundation*. P. 131–170.
4. National Vaccine Information Center. What is the History of Measles in America and Other Countries.
5. Centers for Disease Control and Prevention Measles History. P. 1–2.

# ASSESSMENT OF THE LEVEL OF UKRAINIAN REFUSAL OF VACCINATION AND MAIN DETERMINANTS WHICH AFFECT VACCINE REDUCTION

*Yaremenko A., Pelykh I., KhNMU, Kharkiv*

There are currently vaccines against 25 infectious diseases in the world. About 4 million people remain healthy and avoid disability through vaccination. Despite high advances in this area, 20 % of children die from diseases that could have been prevented if the child had been vaccinated. Of course, most of these cases occur in Africa, but immunization rates in Ukraine are among the worst in Europe.

According to the legislation of the Ministry of Health of Ukraine, a child up to 16 years of age must be vaccinated against 10 infectious diseases. The state immunization program is one of the components of the national security of the state. If 95 % of citizens are vaccinated, then the other 5 % can also be considered protected. Currently, the situation with vaccination of the population is in a deplorable state. For example, in 2017, only 48 % were vaccinated against diphtheria and pertussis, 47,2 % from polio, 32% from hemophilic infections, and 54% from hepatitis B. Most importantly, the main reason for the low level of protected children – from the shortage of vaccine, as it was in 2013–2014, parents themselves refuse to vaccinate their children. According to social surveys: 25 % of Ukrainians consider vaccination an effective, safe method of protection against infections, 40 % – insist that there is a high risk of getting vaccinated. As a result, epidemics of measles, isolated outbreaks of diphtheria and pertussis.

The main determinants that led to a decrease in the level of vaccination of the population: The economic crisis in 2009–2011 as a result of the lack of vaccines in the country; Distrust of doctors, due to the lack of qualified staff who could explain to parents at an affordable level the need for vaccination; Distrust of the authorities, due to repeated scandals with the purchase of low-quality vaccines by coca (accusations of corruption and negligence); Conducting an anti-vaccination campaign in certain circles of society, aiming to deny parents the right to vaccinate their children.

Today, the number of unvaccinated children is constantly growing. The Ministry of Health has launched large-scale propaganda campaigns to involve parents in the vaccination of children, and in 2015 the purchase of a quality vaccine through UNICEF, which guarantees the quality of drugs, began. If the situation does not change, Ukraine will be vulnerable to serious infectious diseases, and the level of disability and mortality among the young population will increase.

## **References:**

1. Про захист населення від інфекційних хвороб. Закон України.
2. No vaccine for the scaremongers. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008. V. 86.

3. Stephen D. Sugarman. Cases in Vaccine Court – Legal Battles over Vaccines and Autism. *N Engl J Med.* 2007. Vol. 357 P. 1275–1277.

4. Wujastyk D. Medicine in India, in *Oriental Medicine: An Illustrated Guide to the Asian Arts of Healing*, 19–38, edited by Serindia Publications, London, 1995. 29 p.



# ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА, СУЧАСНА ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА БІОЛОГІЧНА СТАТИСТИКА

## КОНФАУНДИНГ АБО ЗМІШУВАННЯ В МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

*Огнєв В.А., ХНМУ, Харків*

Фактори ризику – це потенційно небезпечне для здоров'я явище поведінкового, біологічного, генетичного, екологічного, соціального характеру, навколишнього та виробничого середовища, підвищення ймовірності розвитку захворювань, їх прогресування та несприятливого результату. Інтерес до факторів ризику пов'язаний з тим, що вони є безпосередньою причиною багатьох хронічних захворювань і багато з них ще не встановлені (наприклад, злоякісних, ССЗ, ендокринних захворювань та ін.). Багато хронічних неепідемічних захворювань є поліетіологічними, у зв'язку з чим важко встановити значення факторів ризику та який фактор ризику був вирішальним у розвитку захворювання або стану. Якісна та кількісна інформація про фактори ризику має важливе практичне значення, зокрема при прогнозуванні захворювань, в діагностичному процесі, а також при організації та проведенні профілактичних заходів. Відомо, що при одночасному впливі декількох факторів ризику результуючий ризик може бути більшим або меншим, ніж очікується при простому сумуванні впливу окремих факторів або причин. Якщо сумарний результат факторів ризику, при їх взаємодії між собою більше, ніж сума впливів окремих факторів без урахування їх взаємодії, це явище називають синергізмом, якщо менше – антагонізмом. Фактор ризику залишається фактором ризику до того моменту, поки він не викликав захворювання або смерть, після цього його більш вірно називати причиною захворювання або смерті людини.

Необхідно також враховувати, що не всі фактори, які впливають на здоров'я людини, ми називаємо факторами ризику (як несприятливий вплив), адже є фактори, які позитивно впливають на здоров'я людини та їх присутність навпаки зміцнює здоров'я і широко застосовується при організації та проведенні профілактичних заходів. У сучасній епідеміології прийнято, що чинники, які збільшують ймовірність розвитку захворювання, називають факторами ризику (risk factors) = OR > 1. Фактори, які зменшують можливість розвитку захворювання, називають протективними факторами або факторами протекції (protective factors) = OR < 1. Сила доказовості про те, чи є фактор,

фактором ризику або фактором протекції визначається типом дослідження та найкращим способом відповіді на це питання є експеримент, але при цьому необхідно враховувати, що крім фактора ризику (основного досліджуваного фактора), одиниці спостереження (пацієнти) можуть характеризуватися також іншими невраховуваними в дослідженні супутніми факторами або чинниками, що втручаються, які можуть спотворити ефект досліджуваного фактора ризику, аж до того, що досліджуваний фактор можна помилково прийняти за фактор ризику. Це явище називають конфаундінгом або змішуванням.

Конфаундінг походить від середньовічного латинського дієслова «confudere», що означає «змішування» та, ймовірно, було обрано для позначення плутанини (від латинського: con = with + fusus = змішувати або зливати разом) а також бажання оцінити інші причини, які можуть вплинути на результат і, таким чином, заплутати або перешкодити бажаній оцінці. Рональд Фішер використовував слово «змішування» в своїй монографії «The Design of Experiments» в 1935 році для позначення будь-якого джерела помилки в своєму ідеалі рандомізованого експерименту. У зв'язку з вищевикладеним, при проведенні медико-соціального дослідження, можливо отримання не достовірних даних, необхідно будь-який отриманий статистично достовірний зв'язок між фактором впливу і результатом уважно та критично проаналізувати з тим, щоб виключити втручання неврахованого (а часом і невідомого) стороннього (третього) гравця – конфаундера. Конфаундер приховано взаємодіє з обома досліджуваними ознаками та «забруднює» їх зв'язок своїм втручанням. Вплив конфаундера на обидві змінні може бути таким значним, що він може частково або повністю відповідати за асоціацію, яку ми спостерігаємо між фактором і результатом в нашому дослідженні. Він не менш підступний, ніж помилка зміщення, оскільки також призводить до помилкових висновків про зв'язок фактора та результату, спотворюючи реальну картину. Слід зауважити, що вагомий конфаундінг-ефект може проявитись лише тоді, коли зв'язок між фактором, що втручається та іншими змінними оцінюється як сильний. Якщо спотворення слабке, їм як правило можна знехтувати. Якщо має місце конфаундінг-ефект, то неспотворену картину асоціації можна отримати, тільки після контролю ефекту змінної, яка втручається.

Конфаундінг призводить до появи систематичної помилки (confounding bias), пов'язаної з факторами, що втручаються. Наприклад відомо, що чоловіки частіше, ніж жінки хворіють на ішемічну хворобу серця. Проте це може бути пов'язано не з досліджуваним фактором (стать), а з тим, скажімо, що чоловіки частіше палять, більше піддаються стресам, споживають більше їжі, багатої на холестерин. Конфаундінг не є сам по собі помилкою епідеміологічного дослідження: це справжній феномен, який може та повинен бути описаний, зрозумілий і врахований в ході та при аналізі дослідження. Помилковими можуть бути висновки дослідження, в якому «фактори, що втручаються» не прийняті до уваги. Зміщуючу дію конфаундерів необхідно контролювати як на

стадії планування та організації епідеміологічних досліджень, так і на стадії аналізу даних, для цього в сучасній епідеміології прийнято застосовувати різні епідеміологічні прийоми, такі як: рандомізація, рестрикція, підбір контролів (на стадії планування та організації епідеміологічних досліджень), стратифікація (на стадії аналізу даних) або включенням в план статистичної обробки отриманих даних багатофакторного аналізу.

Рандомізація – розподіл досліджуваних осіб або явищ за групами порівняння, що здійснюють за випадковим принципом, таким чином можна вважати, що фактори, які втручаються, як відомі, так і невідомі, рівномірно розподіляються у групах порівняння та нейтралізують один одного.

Рестрикція (видалення) – обмеження складу досліджуваних груп тільки тими особами, які не піддавалися впливу потенційних факторів, які втручаються. Наприклад, якщо ми припускаємо, що паління є конфаундером, тоді при формуванні груп порівняння (основної та контрольної) необхідно виключити з цих груп пацієнтів, що палять і таким чином виключити вплив паління на досліджуване явище.

Підбір контролів – ідея полягає в підборі контролів до кожного випадку так, щоб вони не відрізнялися жодним з підозрілих чинників, що заважають, позбавляючи тим самим від необхідності стратифікації з безлічі факторів. Існує багато способів підбору контролю – найбільш простим є попарний підбір (1:1). При підборі порівнюються відмінності не між усіма випадками та контролями, а всередині кожної пари, таким чином, щоб фактори, які втручаються однаково розподілялися в обох групах (основній та контрольній). Наприклад, якщо планується вивчити причину інфаркту міокарда та дослідник припускає, що вік є ймовірною змінною, що спотворює, в такому випадку необхідно кожного 67-річного пацієнта з інфарктом порівняти зі здоровим 67-річним чоловіком в контрольній групі. У дослідженнях випадок-контроль найбільш часто співпадаючими змінними є вік і стать. Дослідження випадок-контроль можливі тільки тоді, коли легко знайти елементи контролю, тобто осіб, чий статус у відношенні до всіх відомих потенційних факторів, що змішують такий, як у пацієнта випадку. Але в ряді випадків це зробити досить складно: скажімо, що в дослідженні випадок-контроль дослідник намагається знайти причину даного захворювання у 60-річної людини, перуанця, вегетаріанця і ще військовослужбовця. Теоретично досконалим контролем була б людина, яка, крім того, що немає досліджуваного захворювання, відповідає всім цим характеристикам і ще необхідно врахувати інші захворювання, які може мати пацієнт – але знайти таку людину для контролю було б величезною проблемою.

Один з методів виявлення наявності конфаундінга є стратифікаційний аналіз. Стратифікаційний аналіз ґрунтується на принципі виділення *страт (підгруп)*, однорідних з точки зору наявних змінних. Усунення ролі фактору, що втручається, проводиться шляхом вимірювання сили зв'язку в чітко визначених та гомогенних групах (стратах) та аналізу зміни сили зв'язку. Якщо фактор,

який втручається – вік, то сила зв'язку може бути виміряна, наприклад, в вікових групах з 10-річним інтервалом; якщо фактор, який втручається – стать або етнічна приналежність, то зв'язки можуть бути оцінені окремо серед жінок і чоловіків або в різних етнічних групах. Існують методи (наприклад, метод Ментела-Хензеля) для розрахунку сумарного ефекту асоціації, виявленої в різних групах, що дозволяють отримати зважене середнє значення для показників оцінки ефекту, розрахованих для кожного окремого прошарку (групи).

Хоча стратифікація концептуально проста і відносно легко здійснюється, вона часто обмежується розміром досліджуваної вибірки і не здатна оцінити одночасний вплив багатьох факторів, як це часто буває необхідно. У цій ситуації застосовують багатофакторне статистичне моделювання, яке дозволяє оцінити силу зв'язку з урахуванням впливу кількох одночасно діючих факторів, що втручаються. Існує широкий діапазон статистичних методів для проведення таких досліджень. Це такі методи, як: множинна лінійна регресія, аналіз дисперсії і коваріації, дискримінантний аналіз, логарифмічно-лінійний аналіз, logit аналіз, множинна логістична регресія, регресія Пуассона, пропорційний регресійний аналіз ризиків (часто називають регресією Кокса) та інші. Широке використання в сучасній медицині науково обґрунтованих методик організації та проведення медико-соціальних досліджень, дозволяють сформулювати основні напрямки профілактичної політики національної охорони здоров'я. Виявлені достовірні фактори ризику з позиції доказової медицини сприятимуть розробці та реалізації раціональних і ефективних програм у боротьбі із захворюваністю населення та будуть сприяти формуванню установки на здоровий спосіб життя.

#### **Список використаних джерел**

1. Вараксин А.Н., Шалаумова Ю.В., Панов В.Г. Принципы контроля конфаундеров в сравнительных исследованиях в экологии: стандартизация и регрессионные модели. *Принципы экологии*. 2014;1:4-14.
2. Власов В.В. Эпидемиология. Москва: Гэотар Медиа, 2005.
3. Гржибовский А.М. Анализ номинальных данных (независимые наблюдения). *Экология человека*. 2008;6:58-68.
4. Гланц С. Медико-биологическая статистика. Москва: Практика, 1999.
5. Костенко Е.В., Полунин В.С., Полунина Н.В. Влияние сопутствующей заболеваемости на особенности реабилитационного процесса после инсульта. *Лечебное дело*. 2017;4:27-23.
6. Оценка эпидемиологических данных / Пособие для организаторов здравоохранения и социальной защиты, научных работников, аспирантов и учащихся Школы Общественного Здоровья / адаптированный перевод J.H. Abramson: «Making Sense of Data»; пер. Е.А. Корнышевой, К.В. Корбачевой; под ред. И.С. Петрухина и А.А. Родионова; в 2-х ч. Тверь, 2006.

7.Плавинский С.Л. Биостатистика: планирование, обработка и представление результатов биомедицинских исследований при помощи системы SAS. Санкт-Петербург: ИД СПбМАПО, 2005.

8.Статистический ежегодник «Здоровье и здравоохранение». Ереван, 2017. URL: [http://www.moh.am/uploadfiles/Health\\_Stat\\_Book\\_2015\\_PDF.pdf](http://www.moh.am/uploadfiles/Health_Stat_Book_2015_PDF.pdf) (дата звернення: 31.03.18)

9.Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. Москва: Медиа Сфера, 1998.

10.A Dictionary of Epidemiology / Под ред. J. Last; NY: Oxford University Press, 2001.

11.Abramson, J.H., Abramson Z.H. Making Sense of Data / 4-е изд. NY: Oxford University Press, 2001.

12.Abramson J.H. Survey methods in Community Medicine: Epidemiological Research, Programme Evaluation, Clinical Trials / 5-е изд. NY: Oxford University Press, 1998.

13.Bhopal R. Concepts of Epidemiology. NY: Oxford University Press, 2003.

14.Freedman D., Pisani R., Purves R. Statistics / 3-е изд. NY: W.W. Norton & Company, 1998.

15.Gordis L. Epidemiology. Philadelphia: Saunders, 1996.

16.Oxford Textbook of Public Health / под ред. R. Detels, J. McEwen, R. Beaglehole, H. Tanaka; 4-е изд. Oxford University Press, 2002.

## **ВИКОРИСТАННЯ КВАЛІМЕТРИЧНОГО МЕТОДУ ПРИ АНАЛІЗІ ОСОБЛИВОСТЕЙ СПОСОБУ ЖИТТЯ ДІТЕЙ, ПІДЛІТКІВ І МОЛОДІ**

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

Спосіб життя – провідний узагальнений чинник, що визначає основні тенденції в зміні здоров'я, та розглядається як вид активної життєдіяльності людини. До складу способу життя входять звички, режим, темп і ритм життя, особливості роботи і спілкування. Крім того, у структуру способу життя з його медико-соціальної характеристикою входить медико-соціальна активність (відношення до здоров'я, медицині, установка на здоровий спосіб життя).

Розвиток мультимедійних технологій, гейміфікація повсякденного життя сучасної людини призвела до зростання розповсюдженості спеціальних програмних продуктів, які також дозволяють оцінювати окремі складові способу життя (рухову активність, особливості харчування, наявність шкідливих звичок тощо) [1]. Аналіз способу життя та його здатності

підтримувати та оптимізувати здоров'я людини є одним із важливих науково-практичних завдань сучасної превентивної медицини. Нині існує безліч методик, спрямованих на дослідження способу життя, які частіше мають анкетний характер. Рішення щодо характеру способу життя приймається на підставі аналізу відповідності його окремих компонентів гігієнічним вимогам, тобто носить переважно якісний характер.

Стосовно до моніторингу здоров'я як окремої людини, так і груп населення, і його великих шарів стає актуальним отримання кількісних результатів щодо особливостей способу життя. В контексті, що розглядається, найбільш придатним є кваліметричний метод аналізу, який спрямований на вимірювання і кількісну оцінку якісних показників [2].

Кількісна міра якості – це кількісне вираження рівня задоволеності споживача проявом властивостей, які складають якість в оцінюваному об'єкті (тобто в способі життя). При оцінці їх якості експерт має справу переважно з комплексними властивостями, які повинні бути попередньо декомпозовані, тобто розкладені на більш прості. Це принциповий момент кваліметрії, так як складні властивості безпосередньо виміряти не можна, тільки декомпозиція дозволяє отримати показники, до яких можуть бути застосовані різні методи вимірювання (статистичні, інструментальні або експертні). Графічним представленням цього процесу є побудова дерева властивостей, як графічне вираження алгоритму розрахунку комплексної оцінки якості. Наприклад, згідно формулі способу життя [3] він складається із 12 чинників, які відбивають режим дня, особливості психоемоційного статусу, наявність шкідливих та оздоровчих звичок тощо. Кожен із зазначених чинників, у свою чергу, може бути розподілений на 3–5 властивостей, тобто вони є складними, які можуть бути представлені як низка квазіпростих і простих властивостей.

Наступним моментом кваліметричної оцінки є визначення вагомості встановлених властивостей, що розуміється як його важливість, значущість, а коефіцієнт вагомості є кількісною характеристикою цієї значущості. Оцінка вагомості виділених властивостей здійснюється експертним методом з використанням симетричної допоміжної шкали, яка потім переводиться у шкалу позитивних оцінок, на підставі яких і розраховуються нормовані коефіцієнти вагомості. Зрозуміло, що найбільшу вагомість будуть мати компоненти режиму дня, потім звички і найменша вагомість має місце у чинників психоемоційної сфери. Підсумкова вагомість простої властивості для інтегральної якості способу життя (тобто відносно нульового рівня) визначається як добуток всіх проміжних вагомостей «ярусів дерева».

Одним з основних принципів кваліметрії є те, що кожна властивість (якість) визначається двома числами: відносним показником і вагомістю. Відносний показник характеризує виявлений рівень вимірюваної властивості, а вагомість – порівняльну важливість різних показників. Розрахунок відносного показника якості властивості, що характеризує спосіб життя, проводиться

шляхом знаходження відношення реального значення показника до його нормативної величини. Це дозволяє перевести всі оцінювані властивості в загальну безрозмірну шкалу вимірювань. Підсумкова оцінка способу життя може бути здійснена за допомогою оціночної шкали, що складається з трьох ланок: «0 – 0,5 – 1», умовно позначених як «невідповідність гігієнічним вимогам – неповна відповідність – повна відповідність». Це відповідає загально прийнятій шкалі «здоров'я – донозологія – хвороба» і дозволяє не тільки оцінювати спосіб життя, але й пропонувати необхідні профілактичні та оздоровчі заходи.

Отож, використання кваліметричного методу дозволяє здійснювати комплексну оцінку особливостей способу життя дітей, підлітків і молоді, визначати тип способу життя відносно станів здоров'я, донозології або хвороби. Отримані кількісні дані можуть бути використані при аналізі стану здоров'я, дослідженні можливих зв'язків або визначенні ризиків впливу чинників на здоров'я.

#### **Перелік використаних джерел:**

1. Подрігало Л.В., Сокол К.М., Подрігало О.О. Гейміфікація способу життя та її значення у громадському здоров'ї. *Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики сьогодення і перспективи розвитку*: матеріали Другого міжнар. укр.-нім. симп. з громад. здоров'я, 22–24 вересня 2020 р. Тернопіль: ТНМУ, 2020. С. 32–35.

2. Капцов В.А., Кутовой В.С., Кучеренко В.З. Руководство по применению методов кваліметрии в профилактической медицине. Москва, 2001. 112 с.

3. Агарков В.И., Нестеренко В.И., Грищенко С.В. Формула образа жизни. *Традиционная медицина и питание: теоретические и практические аспекты*: Материалы 1 междунар. науч. конгрес. Москва, 1994. С. 267–268.

## **СОЦІАЛЬНІ МЕРЕЖІ ЯК ІНСТРУМЕНТ ДЛЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ**

*Усенко С.Г., Хворостінко Т.Б., ХНМУ, Харків*

**Актуальність.** Дослідники протягом десятиліть використовували традиційні бази даних для вивчення здоров'я населення. Менше відомо про використання для цих цілей джерел даних соціальних мереж, таких як Twitter, Facebook та інші.

**Цілі.** Систематично переглядати використання соціальних мереж у дослідженнях охорони здоров'я, визначити таксономію для опису їх використання та охарактеризувати поточний стан соціальних мереж у дослідженнях охорони здоров'я.

**Методи.** Проводився пошук наукових публікацій в PubMed, Embase, Web of Science та Scopus, що були опубліковані до жовтня 2020 року, були знайдені рецензовані оригінальні наукові дослідження, які використовували соціальні мережі для досліджень здоров'я, за допомогою пошукових систем Google Scholar та CINAHL. Для опису використання соціальних мереж у дослідженнях охорони здоров'я було застосовано систематику з 5-ма категоріями: вік, стать, сімейний стан, фізичне та психічне здоров'я.

**Збір та аналіз даних.** Автори самостійно провели дослідження даних, пов'язані з підходом до аналізу даних, методологією, яка використовується для вивчення соціальних мереж, та сучасним станом їх досліджень, оцінюючи час публікації, тему дослідження, обговорення етичних проблем.

**Результати.** З 1110 унікальних статей, пов'язаних зі здоров'ям, в яких згадуються соціальні мережі, 150 публікацій було відібрано для дослідження. Основними підходами до використання соціальних мереж у проаналізованих дослідженнях були аналіз змісту профілю (профіль – це сторінка у соціальній мережі з посиланням на особисті дані) користувача (65 %; n = 89), спостереження за публікаціями (26 %; n = 36), залучення користувачів до дослідження (14 %; n = 19) та аналіз мережі (5 %; n = 7). Під час цих досліджень було проаналізовано понад 5 мільйонів публікацій та профілів, в основному за допомогою інтерфейсу соціальної мережі. З 38 потенційних функцій даних, що описують публікації та профілі користувачів соціальних мереж, 23 можуть бути використані для характеристики вікової та статевої структури певної групи населення, сімейного стану, фізичного та психічного здоров'я, включаючи проблему залежності від соціальних мереж, що особливо гостро постала в період пандемії. Більшість досліджень було опубліковано нещодавно (35 % у 2019 р.). А саме, питання охорони здоров'я населення (23 %; n = 35) та проблеми комп'ютерної залежності (20 %; n = 30) були найчастіше представлені у включених дослідженнях. Приблизно третина досліджень згадувала схвалення етичної ради у своїх статтях.

**Висновки.** Багато елементів даних, помітні з профілю користувача, особливо демографічні, були недооцінені в літературі й можуть надати нові можливості для характеристики користувачів, дані яких аналізуються в цих дослідженнях. Подальша робота повинна розробити стандартизовані настанови щодо звітування для дослідників охорони здоров'я, які використовують соціальні мережі.



# SWOT-АНАЛІЗ В ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

*Пересипкіна Т.В. ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків  
Національної академії медичних наук України», Харків.  
Нестеренко В.Г., ХНМУ, Харків*

Збереження здоров'я населення можливе за умови забезпечення доступності та якості медичної допомоги. Це є актуальним для всіх верств населення, у т.ч. і дитячого. Актуальним в умовах сьогодення є пошук оптимальних шляхів та обґрунтування перспектив розвитку системи організації медичної допомоги дітям в умовах закладів освіти. І як один із методів стратегічного планування розвитку можливо застосовувати метод SWOT-аналізу [1; 2] – метод аналізу в стратегічному плануванні, що полягає в поділі чинників і явищ на чотири категорії: сильні та слабкі сторони, фактори можливостей та загроз. Метою застосування методу SWOT-аналізу є оцінка існуючої системи медичної допомоги дітям шкільного віку, для визначення її сильних і слабких сторін із подальшим формулюванням шляхів перспективного розвитку та мінімізації негативного впливу різних чинників середовища.

Основою для проведення SWOT-аналізу був метод експертних оцінок. На першому етапі постановка проблеми була висвітлена для медичних працівників (лікарів та медичних сестер), які безпосередньо надають медичну допомогу дітям шкільного віку (159), результат зафіксовано у письмовому вигляді. У подальшому, організаційною групою науковців Інституту були відібрані тези /думки, які найбільш часто характеризували стан організації шкільної медицини, з яких на другому етапі було сформовано опитувальник. Групу експертів становили фахівці, які є організаторами охорони здоров'я в галузі педіатрії або лікарі, які безпосередньо провадять медичну допомогу дітям у закладах освіти. Кількість експертів була визначена з урахуванням аналізу даних літературних або наукових джерел щодо обробки статистичних даних [3]. Для визначення узгодженості думок експертів було застосовано розрахунок коефіцієнту конкордації Кендалла. Як результат – було сформовано простір угрупованих факторів, щодо медичного забезпечення дітей в умовах закладів освіти, для подальшого проведення SWOT-аналізу.

Система медичного забезпечення дітей в умовах закладів освіти сьогодні зазнала суттєвих змін – змін зазнали нормативна база відповідно до якої змінився і алгоритм надання медичної допомоги дітям в умовах закладів освіти.

На підставі думок експертів було визначено сильні та слабкі сторони медичної допомоги дітям в сучасних умовах, виділені можливості та ризики оточуючого середовища щодо існування та подальшого розвитку системи шкільної охорони здоров'я. На заключному етапі через аналіз всіх факторів було визначено перспективні шляхи для розвитку системи організації медичної

допомоги дітям шкільного віку в умовах закладів загальної середньої освіти: в умовах відсутності альтернативної системи медичного забезпечення школярів, досвіду існуючих медичних кадрів в закладах освіти та наявних установ, які мають досвід підготовки/підвищення компетентностей працівників шкільної охорони здоров'я доцільним є чітке вибудовування структури системи охорони здоров'я дітей в умовах закладів освіти, закріплення на законодавчому рівні їх повноважень та функціональних компетентностей, координаційної діяльності та запровадження профілактичних програм та алгоритмів щодо удосконалення медичних знань та навичок.

Як найближча перспективна загроза є плинність 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.

Таким чином, застосування методу SWOT-аналізу сприятиме прийняттю ефективних рішень з метою підвищення якості та доступності медичної допомоги дітям шкільного віку.

#### **Перелік використаних джерел**

1. Фляйшер К., Бенсуссан Б. Стратегический и конкурентный анализ. Методы и средства конкурентного анализа в бизнесе. Москва: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005. 541 с.
2. Слабкий Г.О., Гойда Н.Г., Моїсеєнко Р.О., Терещенко А.В., Дудіна О.О. Застосування SWOT-аналізу при оцінці впровадження регіоналізації перинатальної допомоги в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2016. № 4. С. 142–148.
3. Склярова О.А., Ісенко У.А. Применение SWOT-анализа в учреждениях здравоохранения. *Учет и статистика*. 2017. № 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/primenenie-swot-analiza-v-uchrezhdeniyah-zdravoohraneniya/viewer> (дата звернення: 01.05.2020).

## **ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

*Міщенко М.М., ХНМУ, Харків*

*Міщенко О.М., Харківський регіональний інститут охорони здоров'я, Харків*

Щорічно у світі від серцево-судинних захворювань помирає близько 18 млн осіб [1], більшість з них – від ішемічної хвороби серця та наслідків інсульту (15,2 млн. з 56,9 млн. усіх смертей від неінфекційних хвороб у 2016 р.)

[2]. Серцево-судинні захворювання, як правило, мають тривалий перебіг і є результатом впливу комбінації генетичних, фізіологічних, екологічних та поведінкових факторів. В першу чергу вони пов'язані зі старшою віковою групою, але, останніми роками, кількість осіб у віковій групі 30–60 років серед померлих постійно зростає. Ця тенденція пов'язана з нездоровим харчуванням, неадекватною фізичною активністю, палінням та зловживанням алкоголем. Наслідки нездорового харчування та неадекватної фізичної активності можуть проявлятися високим кров'яним тиском (артеріальна гіпертензія), високими рівнями глюкози та ліпідів у крові (гіперглікемія та гіперхолестеринемія), атеросклерозом судин та ожирінням. Урбанізація та глобалізація і нездоровий спосіб життя та постійне постаріння населення також відіграють певну роль у розвитку серцево-судинних захворювань.

У 2016 р. були опубліковані результати дослідження факторів ризику неінфекційних захворювань, які дали відповідь на питання про смертність, пов'язану з найбільш поширеними факторами ризику. Так, 7,2 млн передчасних смертей на рік були пов'язані з палінням; 3,3 млн – зі зловживанням алкоголю та 1,6 млн – з недостатньою фізичною активністю [3]. Окрім цього, значного впливу надають і метаболічні фактори ризику: артеріальна гіпертензія, ожиріння, гіперглікемія та гіперліпідемія (гіперхолестеринемія).

Дані фактори ризику першочергово характерні для значно поширених захворювань, серед яких одні з перших шпальт займають серцево-судинні хвороби, а особливо – інсультні захворювання. Інсульт – гостре порушення мозкового кровообігу з подальшими вогнищевими та мозковими симптомами, що тривають більше 24 годин. Він може бути наслідком крововиливу в мозкову тканину та/або під оболонки мозку, або недостатнього кровопостачання відділів мозку з подальшим їх пом'якшенням (інфаркт). Ішемічний інсульт патогенетично спричинений критичним зменшенням мозкового кровотоку в результаті атеросклерозу судин, тромбозів, емболії [4].

Пік захворюваності на ішемічний інсульт припадає на вік 60 років і старше, оскільки ризику виникнення інсульту пов'язані з накопиченням таких захворювань, як атеросклероз судин, діабет, ожиріння та гіпертонія [5]. Окрім цього, особи з ішемічними атаками, атеротромбозом та порушеннями ритму і провідності в анамнезі мають більші ризику виникнення інсультного захворювання. Геморагічний інсульт, або нетравматичний внутрішньомозковий крововилив, трапляється в 4–5 разів рідше, ніж ішемічний інсульт [6].

Окрім цього, ВООЗ відмічає й значний вплив екологічних чинників на збільшення ризиків розвитку серцево-судинних захворювань. Так, екологічні впливи на розвиток серцево-судинних захворювань в Україні ВООЗ оцінює у 13 з максимальних 14 для найбільш неблагополучних країн [7]. Однак, значно більшого впливу на розвиток серцево-судинних захворювань надають психоемоційні перенавантаження та стреси через їх можливість провокувати гіпертонії, що може спровокувати значний спазм судин, тромбоз та емболію.

Також встановлено, що ризики розвитку ішемічного інсульту безпосередньо пов'язані зі ступенем артеріальної гіпертензії. Підвищення систолічного артеріального тиску на 10 мм.рт.ст. призводить до збільшення ризику інсульту приблизно в 2 рази [8].

Ризики ішемічного інсульту зростають і зі збільшенням маси тіла. При цьому вказується, що абдомінальне ожиріння збільшує ризики розвитку інсульту більше за загальне ожиріння [9]. Ожиріння (більшою мірою у жінок) пов'язане з такими факторами ризику, як артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, дисліпідемія. Зокрема, високий рівень холестерину викликає стеноз великих магістральних та внутрішньомозкових артерій. Гіперглікемія є важливим фактором ризику для стенозування атеросклеротично уражених великих артерій. Ризик розвитку ішемічного інсульту при наявності цукрового діабету 2 типу зростає в 1,5–2 рази [10].

Доведено й взаємозв'язок ризиків розвитку інсультів із зловживанням алкоголем [10]. При вживанні великих доз алкоголю розвиток інсульту відбувається через підвищення артеріального тиску, виникнення фібриляції передсердь і тромбоемболії. Тривале зловживання алкоголем трохи знижує швидкість розвитку атеросклерозу, але збільшує проникність судин і, як наслідок, частоту набряку мозку. Також зростають ризики кардіоміопатії та швидкість її розвитку. Визначено і зниження ризиків розвитку інсультного захворювання при високій фізичній активності знижує ризик інсульту [10; 11]. Якщо порівняти низьку фізичну активність із середньою та високою, то ризик повторних гострих судинних порушень при помірних фізичних навантаженнях нижчий на 20,0 %, а при високій – на 27,0 %.

Куріння є незалежним фактором ризику розвитку ішемічного інсульту як для чоловіків, так і для жінок: для завзятих курців (40 цигарок на день) воно в 2 рази вище, ніж для курців із середньою залежністю (10 цигарок на день). Ризики розвитку інсульту зменшується після відмови від куріння, а підвищений ризик повністю нівелюється через 5 років після припинення паління [9; 12; 13].

Також, слід зазначити й значні можливі ризики виникнення повторних гострих цереброваскулярних порушень, частота яких перевищує частоту первинних інсультів приблизно в 15 разів [14]. Смертність при повторних інсультах також значно вища. Розуміння взаємозв'язку факторів ризику ішемічного інсульту й інших серцево-судинних захворювань дозволяє ефективніше надавати допомогу постраждалим від судинних захворювань і планувати комплексні заходи щодо профілактики та надання медичної допомоги.

#### **Список використаних джерел**

1. Noncommunicable diseases. *World Health Organization (WHO)*. June 01, 2018. URL: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (дата звернення: 01.11.2020)
2. 10 leading causes of death in the world. *WHO*, May 24, 2018. URL: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

3. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016. Vol. 10053. № 388. P. 1659–1724.

4. Kandyba D.V. Stroke: Lecture. *Russian Family Doctor*. 2016. Vol. 20. № 3. P. 5–15.

5. Chistik T. Rejuvenation of myocardial infarction and strokes: modern methods of prevention. *Arterial hypertension*. 2016. Vol. 48. № 4. P. 57–69.

6. Mishchenko T.S., Ovsyannikova N.V., Lebedinets V.V. Risk factors and clinical features in patients with various subtypes of ischemic stroke. *International Medical Journal*. 2011. № 3. P. 27–32.

7. Ukraine. Public Health and the Environment // WHO, Country profiles of Environmental Burden of Disease. Geneva, 2009. URL: [https://www.who.int/quantifying\\_ehimpacts/national/countryprofile/ukraine.pdf](https://www.who.int/quantifying_ehimpacts/national/countryprofile/ukraine.pdf) (дата звернення: 01.11.2020)

8. Epidemiological aspects and technologies of secondary prevention in patients after ischemic stroke / E.F. Turovinina, D.I. Lebedeva, M.A. Agafonova et al. *Medical almanac*. 2018, September. Vol. 55. № 4. P. 119–122.

9. Kadykov A.S. Rehabilitation after a stroke. M.: Miklosh, 2003. 176 p.

10. Neurology: national handbook / E.I. Gusev, A.N. Konovalova, V.I. Skvortsova. 2nd ed., rev. and suppl. In 2 vol. M.: GEOTAR-Media, 2018. vol. 1. 880 p.

11. Damulin I.V., Andreev D.A. Atrial fibrillation and stroke. *Russian Medical Journal*. 2015. Vol. 21. № 6. P. 41–45.

12. Shah R.S., Cole J.W. Smoking and stroke: the more you smoke the more you stroke. *Expert Review of Cardiovascular Therapy Journal*. 2010, July. Vol. 8. № 7. P. 917–932.

13. Neverovsky D.V. Smoking and ischemic stroke. *Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. 2010. № 4. P. 42–47.

14. Gusev E.I., Skvortsova L.V., Stakhovskaya L.V. Epidemiology of stroke in Russia. *Journal of Neurology and Psychiatry*. 2003. № 9. P. 114–118.

## **METHODS FOR PREDICTING THE RISK OF MYOCARDIAL INFARCTION IN THE ADULT POPULATION**

*Podpriadova A., KhNMU, Kharkiv*

Cardiovascular diseases continue to occupy the first place among causes of death in the industrially developed countries. Among them the leading role is played by an acute myocardial infarction. The World Health Organization and other international agencies pay special attention to the problem of myocardial infarction,

prevention of morbidity and complications. In Ukraine, about a quarter of deaths of the working population from coronary heart disease accounts for its acute forms [1].

A number of studies have noted the influence of social, biological, psychological, natural and climatic factors on the occurrence and development of myocardial infarction. However, the role of these factors is insufficiently studied and their prognostic value is not clearly defined [2; 3]. Prediction – the process of developing a forecast in order to obtain scientifically sound data. All the studied factors are the basis of the developed method of predicting the risk of myocardial infarction among the adult population. There are methods of population and individual prediction of myocardial infarction. The method of population forecasting includes data on the prevalence of this disease for a certain number of years, which are obtained as a result of statistical analysis. We used the method of individual prediction of myocardial infarction in the adult population. Was used developed by A.A. Gubler method of inhomogeneous sequential recognition procedure. This technique is based on a sequential analysis of Wald. The forecasting methodology was based on the development of prognostic tables consisting of risk factors for myocardial infarction (30 factors). Prognostic factors were calculated for each information group. The assessment of risk groups was carried out on the basis of determining the sum of individual values of prognostic coefficients. The calculation was stopped when the total amount reached a higher or lower threshold value ( $\pm 13$ ).

On the basis of the received data allocate three prognostic groups:

1 group. The sum of prognostic coefficients -13 and less – there is no risk of developing the disease.

2 group. The sum of prognostic coefficients from -12 to +12 – the risk of developing the disease is probable.

3 group. The sum of prognostic coefficients +13 and more – the risk of developing the disease is high.

This forecasting technique consists of the following stages:

1. Determining the respondent's affiliation to a certain prognostic group for the risk of myocardial infarction.

2. Dynamic observation of the respondent depending on the prognostic group.

3. Development of preventive measures to reduce the risk of myocardial infarction depending on the prognostic group.

The practical value of the presented methodology of prognostic assessment of pathological processes is due to its versatility, simplicity and the possibility of phased use during any of the periods of pathology with adjustments to medical tactics.

#### **References:**

1. Гандзюк В.А. Аналіз захворюваності на ішемічну хворобу серця в Україні. *Український кардіологічний журнал*. 2014. № 3. С. 45–52.

2. Коваленко В.М. Серцево-судинні хвороби: медично-соціальне значення та стратегія розвитку кардіології в Україні. *Український кардіологічний журнал*. 2016. Т. 3. С. 5–14.

3. Копица Н.П., Вишневецкая И.Р. Прогнозирование летального исхода у больных острым коронарным синдромом в ближайший и отдаленный периоды. *ScienceRise*. 2014. Т. 5. № 4. – С. 7–10.

## **TOXOPLASMOSIS AS A FACTOR OF CONGENITAL DEVELOPMENTAL DEVELOPMENTS**

*Pelikh I., Orel O., KhNMU, Kharkiv*

Infectious diseases are one of the main factors disrupting the process of fetal development. The role of intrauterine infections in the formation of childhood morbidity, disability and mortality has been proved. However, the significance of intrauterine infections is determined not only by the severity of clinical manifestations in the newborn, but also by serious long-term consequences in the form of psychoneurological, neurosensory and somatic disorders, which often lead to disability and significantly reduce their quality of life. In particular, we must pay attention to toxoplasmosis, which is one of the causes of pathology of pregnancy.

Toxoplasmosis is one of the most common and studied protozoan invasions. According to various literature data, the infection of the adult population of the globe with toxoplasmosis is from 30 to 80 % and depends on climatic, social and religious characteristics, priorities of national cuisine, the level of sanitary culture. The countries most affected by toxoplasmosis are South America and some East Asian countries. According to the generalized literature data, the main ways of infection among pregnant women are: insufficiently processed food (30–65 %), contact with the soil (8–12 %) and other cases of infection are quite diverse and amount to 45 %.

The risk of contracting toxoplasmosis during pregnancy is 1,5 % of the risk of contracting other infectious diseases. The course of congenital toxoplasmosis infection in newborns is determined by the time of infection of the pregnant woman. When infected in the first trimester of pregnancy, the fetus either dies or is born with clinically pronounced congenital toxoplasmosis. When infected in the second trimester, 2/3 of newborns have clinical manifestations of congenital toxoplasmosis, 1/3 – remain asymptomatic carriers. Infection in the third trimester leads in 90 % of cases to asymptomatic toxoplasmosis infection. This pathogen threatens the development of subsequent pregnancies. Timely diagnosis of toxoplasmosis will allow to start treatment and reduce possible negative consequences for children.

### **References:**

1. Jones J.L., Parise M.E., Fiore A.E. Neglected parasitic infections in the United States: toxoplasmosis. *The American journal of tropical medicine and hygiene*. 2014. Vol. 90. T. 5. P. 794–799.

2. No vaccine for the scaremongers. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008. Vol. 86.

3. Parasites – Toxoplasmosis (*Toxoplasma* infection). *Centers for Disease Control and Prevention* (10 January 2013).

4. Flegr J., Prandota J., Sovičková M., Israili Z.H. Toxoplasmosis – a global threat. Correlation of latent toxoplasmosis with specific disease burden in a set of 88 countries. *Public Library of Science ONE*. 2014. Vol. 9. T. 3.

## **ANALYSIS OF THE MAIN AND CONCOMITANT RISK FACTORS OF THE GROWING OBESITY EPIDEMIC WORLDWIDE**

*Pomohaibo K.G., Rishu Kamboj, KhNMU, Kharkiv, Ukraine*

At the present stage, the urgency of the problem of obesity is determined the sharply increased prevalence of this disease, as well as those that being overweight is the cause of the risk of developing various diseases. Besides the progression and low efficiency of modern methods of correcting overweight and treatment obesity make this disease one of the most important public health problems.

The main causes of obesity include: increased consumption of high-calorie foods high in fat, salt and sugars, but low in vitamins, minerals and other micronutrients, and decreased physical activity due to the increasingly immobile nature of many activities, with changes in modes of movement and with growing urbanization. This, in turn, means that the rapid growth of the obesity epidemic is associated with increased availability food supply worldwide and diminishing opportunities for physical activity. Food has never been more affordable. To the cheapest category includes foods high in fat moat and sugar that promote obesity. Thus, modern changing societies in which there is a tendency to excessive consumption food and a sedentary lifestyle can be characterized by as contributing to obesity. However, a detailed analysis of the reasons for the wide the prevalence of obesity shows an extraordinary variety of risk factors for excess fat tissue in the body. The following are the main predisposing factors for the development of overweight. Sedentary lifestyle, decreased physical activity and a decrease in total energy consumption due to the automation of production and the development of transport. The calorie requirement of people with inactive lifestyles is significantly reduced. With physical inactivity, the ability to oxidize fats decreases. Genetic factors, in particular: increased activity of lipogenesis enzymes (fat synthesis); a decrease in the activity of lipolysis enzymes (fat breakdown). The role of genetic predisposition is still being carefully evaluated. Increased consumption of high-calorie foods rich in easily digestible carbohydrates (sweets, confectionery, sugary drinks) and fats. Some diseases, in particular endocrine diseases (hypogonadism, hypothyroidism, insulinoma), impaired body weight regulation by the hypothalamus. Psychological eating disorders (for example, psychogenic overeating), leading to an eating disorder.



Age factor – at a young age, obesity is less common than in older people. Socio and economic status – obesity is more common in economically developed countries (USA, Western Europe), with the exception of Japan. Insufficient awareness of the bulk of the population about healthy eating and a healthy lifestyle, about the dangers of obesity for health and methods of its prevention [1, с. 12; 2, с. 44].

Thus, the main prevention activities should focus on changing diet and physical activity in sectors such as health, agriculture, transport, urban planning, environmental protection, food processing, marketing and education.

#### **References:**

1. Епідеміологія, фактори ризику та діагностика надмірної маси тіла та ожиріння у дітей Одеського регіону: методичні рекомендації. Одеса, 2012. 24 с.

2. Дячук Д.Д., Заболотна І.Е., Яценко Ю.Б. Ожиріння у дітей: фактори ризику та рекомендації з профілактики. *Современная педиатрия*. 2017. № 2. С. 42–46.

## Секція 4

# ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### НАЦІОНАЛЬНА СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВЕЛИКОБРИТАНІЇ: ДОСВІД ДЛЯ УКРАЇНИ

*Вашева А.О., ХНМУ, Харків*  
*Вашев О.Є., ХарPI НАДУ, м.Харків*

Нині в Україні відбувається реформування системи охорони здоров'я. За основу Україна взяла саме британську модель, адже на сьогодні національна система охорони здоров'я (NHS) у Великобританії перетворилася на одну з найбільших систем охорони здоров'я у світі та знаходиться на 18 сходинці зі 190 у світовому рейтингу систем охорони здоров'я. Служба обслуговує близько 55 млн громадян та іноземців. Національна служба охорони здоров'я Великої Британії має на меті покращити здоров'я та благополуччя, населення, підтримуючи його у збереженні фізичного та ментального здоров'я; сприяти одужанню у разі хвороби, покращувати догляд до кінця життя у разі неможливості повного відновлення після хвороби.

Охорона здоров'я та політика в сфері охорони здоров'я у Англії є прерогативою центрального уряду, тоді як у Шотландії, Уельсі та Північній Ірландії це відповідальність відповідних децентралізованих урядів. З 2012 р. діють Clinical Commissioning Group – Клінічні уповноважені групи (КУГ), які купують медичні послуги у лікувальних закладах для мешканців певного регіону, враховуючи потреби і кількість наявних коштів.

Основою Національної служби охорони здоров'я (НСОЗ) є набір базових принципів і цінностей, прав та обов'язків, встановлених Конституцією NHS, що разом об'єднує пацієнтів та населення, яким надаються послуги та персонал, що надає ці послуги. Державний секретар з питань охорони здоров'я, всі органи НСОЗ, приватні та добровільні постачальники послуг, що надають послуги НСОЗ, та місцеві влади при здійсненні своїх функцій у сфері громадського здоров'я зобов'язані законом враховувати Конституцію NHS у своїх рішеннях і діях. Ця конституція поновлюється кожні 10 років, із залученням громадськості, пацієнтів та персоналу. Ці вимоги до поновлення є юридично обов'язковими. Вони гарантують, що принципи та цінності, що лежать в основі НСОЗ, підлягають регулярному перегляду та повторному прийняттю і що будь-який уряд, який прагне змінити принципи або цінності, права, зобов'язання, обов'язки, визначені цією Конституцією, повинні брати участь у повній та прозорій дискусії з громадськістю, пацієнтами та персоналом. НСОЗ керується наступними основоположними принципами:

1. Забезпечує доступний комплексний сервіс всім, незалежно від статі, раси, інвалідності, віку, сексуальної орієнтації, релігії, переконань, зміни статі, вагітності та материнства чи шлюбу або статусу цивільного партнерства. Сервіс призначений для профілактики, запобігання, діагностування і лікування як фізичних проблем, так і проблем психічного здоров'я з однаковим рівнем уваги. НСОЗ має зобов'язання перед кожним індивідуумом, який обслуговується і повинна поважати права людини. У той же час НСОЗ має ширший соціальний обов'язок, що полягає у сприянні рівності через послуги, які вона надає і приділенні особливої уваги групам або частині суспільства, де поліпшення стану здоров'я та тривалість життя не йде в ногу з рештою населення. Для забезпечення цього принципу кожна з країн Великобританії має свою чітку структуру та організацію НСОЗ, але загалом, охорона здоров'я складається з двох важливих напрямів; один займається розробкою стратегій, політикою та управлінням, а другий – фактичною медичною допомогою. Вона поділяється на первинну (медична допомога, лікарі загальної практики, стоматологи, фармацевти тощо), вторинну (лікарняна допомога, до якої можна отримати направлення лікаря загальної практики) та третинну допомоги (спеціалізовані лікарні).

2. Доступ до послуг НСОЗ базується на клінічній потребі, а не на платоспроможності особи. Послуги НСОЗ безкоштовні, крім окремих обставин, санкціонованих Парламентом. Наприклад, цікавим є наявність безкоштовних профілактичних оглядів (*NHS Health Check*). Люди 40-74 річного віку, навіть без наявності скарг, отримують від свого лікаря запрошення пройти регулярний скринінг здоров'я. Він включає оцінку ризику діабету, інсульту, хвороб серця, сечокам'яної хвороби нирок, також включає перевірку на наявність деменції для осіб, старших за 65 років. Але попри універсальність покриття медичних послуг, витрати домогосподарств на здоров'я становлять понад 14 % — люди витрачають кошти на деякі ліки та догляд за родичами. Не доплачують люди, старші за 60 річний вік, вагітні жінки та матері дітей до року, онкохворі, люди з хронічними патологіями та малозабезпечені громадяни. Близько 10 % людей мають додаткову приватну страховку, що покриває більший перелік стоматологічних послуг.

3. НСОЗ прагне до найвищого стандарту досконалості та професіоналізму – у забезпеченні високоякісного безпечного догляду, у застосуванні ефективного досвіду, орієнтованому на пацієнта; у підтримці, освіті, навчанні та розвитку працівників цієї сфери; в керівництві та управлінні організаціями НСОЗ; у покращенні нинішнього та майбутнього здоров'я й турботі про населення завдяки своїй відданості інноваціям і просуванню, проведенню досліджень.

4. НСОЗ прагне до забезпечення найкращого співвідношення ціни та якості для платників податків і найбільш ефективного, справедливого та стійкого використання обмежених ресурсів.

5. НСОЗ впроваджує по всій території організаційні межі та вступає в партнерство з іншими організаціями в інтересах пацієнтів, місцевих громад та широкого населення. НСОЗ є інтегрованою системою організацій та послуг, пов'язаних між собою принципами та цінностями, відображеними в Конституції. НСОЗ зобов'язана співпрацювати з іншими місцевими органами влади, державним сектором організацій та приватними і волонтерськими організаціями для забезпечення та покращення стану здоров'я і благополуччя.

6. Пацієнт знаходиться в центрі всього, що робить НСОЗ. Служба підтримує людей у промоції і контролюванні свого здоров'я. Послуги НСОЗ відповідають потребам пацієнтів, і узгоджені з потребами та уподобаннями самих пацієнтів, їх сімей, також, за необхідності, вони будуть задіяні щодо всіх рішень стосовно догляду пацієнта та лікування. НСОЗ буде активно заохочувати до зворотного зв'язку громадськість, пацієнтів і персонал, аби використовувати його для вдосконалення своїх послуг.

7. НСОЗ підзвітна перед громадськістю, і пацієнтами, яких вона обслуговує. НСОЗ є підзвітною Парламенту щодо функціонування. Однак більшість рішень, особливо щодо лікування окремих осіб і детальної організації послуг приймаються місцевою СОЗ і пацієнтами зі своїми лікарями. Система відповідальності та звітності за прийняття рішень у НСОЗ повинна бути прозорою і зрозумілою. Уряд завіряє, що для здійснення звітності НСОЗ завжди є чіткі умови, що відповідають сучасним стандартам.

Наразі можна провести чітку паралель між системами охорони здоров'я України та Великої Британії. НСОЗ є аналогом NHS, являючись основним замовником медичних послуг. Розвивається здорова конкуренція за пацієнта, боротьба за його довіру та прихильність, посилюється первинна медична ланка. Але попри спільні риси, треба звернути увагу на те, що система охорони здоров'я Великобританії все ж більш пацієнт-орієнтована: багато уваги приділяється психологічній складовій надання медичних послуг: можливість спільного вибору терапії, акцент на реабілітації, догляду, паліативному лікуванні.

### **Перелік використаних джерел**

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 01.10.2020)
2. The NHS Constitution. URL: <https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/...> (дата звернення: 01.10.2020)
3. Overview of healthcare in the UK. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3405352> (дата звернення: 01.10.2020)

# ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ТА ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ (ВІЙСЬКОВО-ЛІКАРСЬКИХ) КОМІСІЙ

*Корон О.А., ХМАПО, Харків*

*Кисляков С.В., ТМО МВС України по Сумській області, Суми*

**Вступ.** Згідно наказу МВС України від 03.04.2017 р. № 285 «Про затвердження Положення про діяльність медичної (військово-лікарської) комісії МВС» – М(ВЛ)К МВС України є спеціальними підрозділами закладів охорони здоров'я МВС та Національної гвардії України для проведення лікарської та військово-лікарської експертизи і медичного огляду кандидатів на службу в поліцію, поліцейських і колишніх поліцейських, кандидатів до вступу та здобувачів вищої освіти у ВНЗ МВС та ВВНЗ, кандидатів на військову службу, військовослужбовців НГУ, колишніх військово-службовців і колишніх осіб рядового й начальницького складу [2]. Враховуючи різноманітність питань, які вирішуються М(ВЛ)К, залучення широкого кола медичних фахівців, якість медичних оглядів і планування злагодженої діяльності системи медичного забезпечення за цим напрямом, організація їх діяльності має вагомим значення в діяльності підрозділів медичного забезпечення та органів внутрішніх справ [1].

**Метою роботи** є визначення значущості діяльності М(ВЛ)К МВС України для регіональних органів внутрішніх справ.

**Матеріали і методи.** Проведено аналіз сучасного стану організації та основних показників діяльності М(ВЛ)К ДУ «ТМО МВС України по Сумській області» за 2019 рік з використанням структурно-функціонального аналізу, аналітичного, медико-статистичного та експертного методів.

**Результати та їх обговорення.** М(ВЛ)К ДУ «ТМО МВС України по Сумській області», до складу якої, окрім голови, входять лікарі за фахом «Неврологія», «Хірургія» і «Терапія» та молодші медичні працівники, затверджена наказами УМВС України в Сумській області від 26.06.1990 р. № 066 та МВС України № 554 від 30.06.2017 р. «Про організаційно-штатні зміни в МВС». Крім безпосередніх оглядів лікарями-спеціалістами, здійснюється рентгенологічне обстеження органів грудної клітини, загальний аналіз крові та сечі, вимірювання внутрішньо очного тиску (особам віком понад 40 років), ЕКГ, психологічне обстеження, а у разі необхідності – інші лабораторні та інструментальні дослідження. За наявності показань особи, що проходять медичний огляд, направляються до інших лікарів-спеціалістів, які працюють у медичних закладах, що не входять до системи МВС і на додаткові обстеження, необхідні для верифікації хвороби.

Протягом 2019 р. комісією було освідчено 1262 осіб, з яких 1217 (96,4 %) закінчили огляд і 983 з них (80,8 %) визначені як придатні до виконання функціональних обов'язків. Відмова 45 (3,6 %) осіб від проходження

ВЛК пов'язана з рекомендованим дообстеженням, направленням до РВК для упорядкування військової документації, недостатньою фізичною підготовкою та іншими причинами. За результатами проведеного медичного огляду 364 кандидатів на службу в поліцію 364, які закінчили огляд, 91 особа (25,0 %) визначені непридатними до виконання службових функцій з приводу виявлених хвороб кістково-м'язової системи та системи кровообігу. Серед 487 кандидатів до вступу у ВНЗ МВС, які закінчили медичний огляд, визначені придатними 375 (77,0) осіб, непридатними у зв'язку з травмами, хворобами кістково-м'язової системи та органів травлення – 112 (23,0 %) осіб. За результатами медичного огляду 292 поліцейських визначено непридатними до служби 29 (9,9 %) співробітників, що було пов'язане з наявністю у них хвороб системи кровообігу, органів травлення й кістково-м'язової системи. Також проводились медичні огляди серед інших категорій населення – кандидатів на службу в Національну Гвардію, Державну фіскальну службу, Державну пенітенціарну службу України і т.ін., за результатами яких придатними визначено 258 осіб. У 30 співробітників поліції та 2 військовослужбовців НГУ було встановлено причинний зв'язок травм, пов'язаних з виконанням службових обов'язків і встановлено причинний зв'язок 1 випадку смерті, 1 випадку, пов'язаного з участю із АТО та 5 – з інших питань. На виконання вимог «Положення про діяльність медичної (військово-лікарської) комісії МВС України» лікарями М(ВЛ)К проводиться експертна оцінка медичної документації стаціонарних та амбулаторних хворих щодо якості та ефективності діагностичної, лікувально-профілактичної, консультативної роботи, диспансеризації хворих та експертизи тимчасової непрацездатності.

**Висновки.** Організація діяльності М(ВЛ)К має важливу функцію в медичному забезпеченні органів МВС, що обумовлене: оцінкою придатності до служби в органах МВС, в особливих умовах або на певній посаді; аналізом результатів медичного огляду певних категорій осіб та розробкою пропозицій з удосконалення цієї роботи; контролем стану профілактичної та лікувально-діагностичної роботи в медичних закладах системи МВС; визначенням причинного зв'язку захворювань, поранень, травм, контузій і каліцтв наявних працівників та оцінкою їх придатності для подальшої служби; встановленням причинного зв'язку захворювань, поранень, травм, контузій і каліцтв, що спричинили смерть працівників міліції та оцінкою впливу умов служби на стан їх здоров'я; розробкою методики медичних оглядів і вимог до стану здоров'я певних категорій осіб; вивченням і поширенням досвіду роботи з питань військово-лікарської експертизи та вирішенням питань щодо необхідності тривалого лікування діючих працівників, членів їх сімей та пенсіонерів МВС.

#### **Список використаних джерел:**

1. Логвиненко Б.О. Організаційні питання діяльності військово-лікарських комісій в органах внутрішніх справ України. *Вісник Академії митної служби України. (Серія: Право)*. 2011. № 1. С. 79–83.

2. Про затвердження Положення про діяльність медичної (військово-лікарської) комісії МВС. Наказ МВС України від 03.04.2017 р. № 285. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show>. (дата звернення: 01.10.2020).

## ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА

*Подпрядова А.А., ХНМУ, Харків*

**Актуальність.** Серед неепідемічних захворювань хвороби серцево-судинної системи, зокрема інфаркт міокарда, являються основною причиною захворюваності та смертності в усьому світі [1; 2]. Одним із пріоритетних напрямків системи охорони здоров'я є покращення якості надання медичної допомоги хворим з даною патологією [3].

**Мета дослідження:** вивчити та оцінити якість надання медичної допомоги хворим на інфаркт міокарда.

**Матеріали і методи:** за спеціально розробленими анкетами проведено опитування 310 хворих, які перенесли інфаркт міокарда та здійснено. Було використано наступні методи: вивчення даних, медико-статистичний, аналітичний.

**Результати дослідження.** Було встановлено що протягом останніх 12 місяців до лікаря-кардіолога у зв'язку з даним захворюванням було здійснено візитів у середньому 2,8 рази, жодного разу не зверталися 22,5±2,4 %, 1-3 рази 61,7±2,8 %, 4 та більше разів 15,8±2,1 %. З метою планового контролю було здійснено візитів у середньому 2,4 рази, жодного разу 13,4±1,9%, 1-3 рази 69,8±2,6 %, 4 і більше 16,8±2,1 %. Протягом останніх 12 місяців у зв'язку з даним захворюванням до дільничного терапевта було здійснено візитів у середньому 3,6 рази, жодного разу не зверталися 11,9±1,8 %, 1-3 рази 72,5±2,5 %, 4 та більше разів 15,6±2,1 %. З метою планового контролю було здійснено візитів в середньому 2,9 рази, жодного разу 12,8±1,9 %, 1-3 рази 81,4±2,2 %, 4 і більше 5,8±1,3 %.

Бригадою екстреної допомоги було доставлено 77,1±2,6 % хворих, іншими шляхами 22,9±2,6 %. Час прибуття бригади екстреної допомоги: до 30 хвилин – у 95,5±1,4 % випадках, 30–60 хвилин – у 3,6±1,3%, більше години – у 0,9±0,6 % випадках. У результаті дослідження було встановлено, що у термін до 2 годин від початку виникнення симптомів захворювання було госпіталізовано 34,3±2,7, 2 – 12 годин – 58,3±2,8, 12–24 годин – 3,3±1,1 та після 24 годин – 4,1±1,1.

При вивченні часу доби, коли відбулося погіршення стану хворих, що призвело до госпіталізації було встановлено, що більшість пацієнтів, а саме

47,4±2,8 % відчули погіршення самопочуття у вечірній час, 33,2±2,7 % у нічний час, 12,6±1,9 % вранці та 6,8±1,5 % вдень. Більша частина (75,8±2,4 %) хворих відчула погіршення стану свого здоров'я вдома, 13,6±1,0 % на робочому місці, 3,9±1,1 % на вулиці та 6,8±1,5 % в іншому місці.

Одним із основних питань при оцінці якості медичної допомоги є задоволеність пацієнтами організацією діагностичного та лікувального процесів у лікувально-профілактичних закладах. Так, 32,3±2,7 % респондентів оцінили організацію діагностичного процесу на «відмінно», 58,1±2,8 % на «добре» та 9,6±1,7% на «задовільно». Щодо характеристики організації лікувального процесу було отримано наступні дані: 42,3±2,8% хворих оцінили на «відмінно», 51,6±2,8% на «добре» та 9,1±2,2% на «задовільно».

За даними дослідження було виявлено, що 88,4±1,9% хворих перебувають на медичному обліку, 11,6±1,9 % не перебувають. Сімейний лікар веде спостереження 87,9±2,0 % хворих, кардіолог – 12,1±2,0%.

Психологічна реабілітація є важливим аспектом у лікуванні хворих з даною патологією. Згідно з результатами дослідження, до психолога було рекомендовано звернутися лише 42,3±2,8 % хворим, у той час як 57,7±2,8 % не отримали даної рекомендації. 19,0±3,4 % пацієнтів, яким було рекомендовано звернутися за допомогою до психолога зробили це, тоді як 81,0±3,4 % відмовилися від допомоги даного спеціаліста. Завдяки психологічній допомозі покращення свого стану відмітили 80,0±8,0 % пацієнтів, 20,0±8,0 % не відчули жодних змін.

Санаторно-курортне лікування було запропоновано 92,4±1,5 % хворим, 7,6±1,5 % не отримали такої рекомендації. За результатами дослідження 91,0±1,7 % пацієнтів, яким було запропоновано даний вид реабілітації пройшли лікування в санаторії, 9,0±1,7 % відмовилися від даного етапу лікування. Позитивний ефект від санаторно-курортного лікування відмітили 93,2±1,6 % пацієнтів, 6,8±1,6 % відмітили відсутність будь-якого ефекту.

**Висновки:** отримані дані у ході дослідження дають можливість оптимізувати систему надання медико-санітарної допомоги хворим на інфаркт міокарда.

#### **Список використаних джерел:**

1. Теренда Н.О. Смертність від серцево-судинних захворювань як державна проблема. *Вісник наукових досліджень*. 2015. № 4. С. 11–13.
2. Гандзюк В.А. Аналіз захворюваності на ішемічну хворобу серця в Україні. *Український кардіологічний журнал*. 2014. № 3. С. 45–52.
3. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva : WHO, 2014. 107 p.



# АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ГОСПІТАЛЬНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА ЛІКУВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ ОЧНОМУ ТРАВМАТИЗМІ В ЗАКАРПАТСЬКОМУ РЕГІОНІ

*Корон О.А., ХМАПО, Харків*

*Мазур Є.В., КНП "Закарпатська ОКЛ" ЗОР, Мукачево*

**Вступ.** Здоров'я населення, до основних критеріїв якого належать захворюваність і поширеність хвороб, має найвагоміше значення для розвитку суспільства. Аналіз тенденцій захворюваності і поширеності хвороб та закономірностей змін їх показників є важливою складовою планування стратегічних напрямів розвитку сфери охорони здоров'я [3].

Вивчення стану захворюваності й поширеності хвороб, зокрема травм ока та його придатків, якими обумовлено майже 5 % випадків непрацездатності працюючого населення земної кулі, та аналіз цих показників протягом останніх років свідчить про певні тенденції до негативних змін [2].

Госпітальна захворюваність, основними показниками якої є структура і частота госпіталізації, рівень госпіталізації за віком, статтю та місцем проживання та середня тривалість лікування, вивчається за кожним випадком госпіталізації хворих за статистичними формами 066/о («Статистична карта хворого, що вибув із стаціонару»), що дозволяє проводити облік хворих, які лікувалися у стаціонарах протягом року, аналізувати своєчасність, тривалість, результати лікування та обсяг стаціонарної медичної допомоги, планувати ліжковий фонд та визначати потреби в різних видах стаціонарної допомоги [1].

**Метою** роботи було визначення змін показників структури та частоти госпітальної захворюваності на очний травматизм серед населення Закарпатського регіону за 2010–2019 рр. з розрахунком питомої ваги використання хірургічних технологій.

**Матеріали і методи.** Проведено структурний та медико-статистичний аналіз госпітальної захворюваності на очний травматизм за 2010–2019 рр. на основі вивчення статистичних карт хворих, що вибули з офтальмологічного стаціонару (ф. 066/0) Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака.

**Результати та їх обговорення.** Протягом 2010–2019 рр. в офтальмологічному відділенні Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака знаходились на лікуванні 1203 хворих (дорослі, діти) з травматичними ушкодженнями, серед яких найбільш поширеними були травми ока та орбіти (очної ямки) – 968 (80,6%) та термічні та хімічні опіки ока та його придатків – 158 (13,10%). Значно менший рівень в структурі госпіталізації займали ускладнення внаслідок хірургічних і терапевтичних втручань – 27 (2,2 %), наявність сторонніх тіл у зовнішній частині ока – 25 (2,1 %) та відкриті і закриті травми голови – 25 (2,1 %).

За даними Головного управління державної статистики в Закарпатській області за 2010–2019 відбулись певні зміни чисельності населення, а саме збільшення кількості мешканців з 12447400 у 2010 році до 1253791 у 2019 р. (+0,5 %). Проте показник частоти госпіталізації у 2019 році в порівнянні з аналогічним показником 2010 р. зменшився на 12,8 % (з 0,000109 до 0,000095).

Усім хворим, що перебували у стаціонарі проводилось консервативне та оперативне лікування. Із загальної кількості пролікованих хірургічні методи лікування застосовано у  $86,3 \pm 3,3$  % хворих.

**Висновки.** Найбільш чисельними в структурі госпітальної захворюваності на очний травматизм за 2010–2019 рр. були травми ока та орбіти (очної ямки) (80,6 %) та термічні та хімічні опіки ока та його придатків – (13,1 %). Показник частоти госпіталізації зменшився на 12,8 %. Найбільш поширеними лікувальними технологіями при очному травматизмі є хірургічне лікування, яке проведене у  $86,3 \pm 3,3$  % хворих.

#### **Список використаних джерел:**

1. Єрошкіна Т.В., Полішко Т.М., Ткаченко В.В., Шевченко В.А. Основи методології медико-біологічних досліджень: навчальний посібник. Донецьк: РВВ ДНУ, 2011. 108 с.

2. Очний травматизм та його профілактика. URL: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/1477-ochnyj-travmatyzm>. (дата звернення: 01.10.2020).

3. Погоріляк Р.Ю., Рогач І.М., Слабкий Г.О. та ін. Соціальна медицина як основа менеджменту в охороні здоров'я. Ужгород. 2015. 278 с.

## **ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ СЛУЖБИ КРОВІ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ**

***Яворський В.В., КНП ХОР «Обласний центр служби крові», Харків  
Корон О.А., ХМАПО, Харків***

**Вступ.** Попри високий рівень сучасної медичної науки, на сьогодні ще не створено препаратів, які б дозволили відмовитись від переливання донорської крові та її компонентів, особливо для певного контингенту хворих – хворих на гемофілію, онкологічних хворих, пацієнтів з широким спектром хірургічних хвороб, що потребують оперативного лікування і т. ін. Тому одним із найголовніших завдань національної системи охорони здоров'я є належна організація роботи спеціалізованих медичних закладів, які збирають і обробляють кров [2]. Враховуючи основний напрям діяльності служби крові – максимальну допомогу хворим з максимальною безпекою для людей і навколишнього середовища, стає нагальним питання безперервного удосконалення трансфузіологічної служби, основні принципи якої – безоплатне

донорство, взаємодопомога, оптимальне використання крові та її компонентів, захист донора і реципієнта, сформовані Радою Європи у 1950-ті рр. шляхом співробітництва країн-учасниць у сфері трансфузії крові [1].

**Метою** роботи є визначення напрямів і заходів удосконалення організації трансфузіологічної служби на регіональному рівні.

**Матеріали і методи.** Проведено структурно-функціональний аналіз сучасного стану організації та основних показників діяльності служби крові в Харківському регіоні за 2005–2019 рр. з використанням медико-статистичного та експертного методів.

**Результати та їх обговорення.** Протягом останніх 15 років в Харківському регіоні створена першою в Україні і функціонує централізована модель служби крові, яка нині складається з 15 відділень трансфузіології, що перебувають у підпорядкуванні потужних медичних закладів. Основним завданням цих відділень, саме як і виїзних бригад Харківського обласного центру крові (ХОЦСК) є заготівля крові, а подальша її переробка відповідно до сучасних міжнародних вимог і зберігання здійснюється в Центрі, куди всю отриману кров доставляють протягом 5–6 годин. Крім того, у ХОЦСК впроваджено автоматизовану інформаційну систему SMART, за допомогою якої створено механізм єдиного обласного інформаційного простору служби крові регіону. Досвід роботи колективу ХОЦСК, який завдяки концентрації фінансових ресурсів і придбання сучасного обладнання відповідає європейським стандартам заготівлі та переробки крові, дозволив визначити основні напрями і заходи удосконалення організації трансфузіологічної служби на регіональному рівні.

Основними напрямами щодо удосконалення національної системи крові є забезпечення функціонування її оновленої структури; створення регіонального та лікарняних трансфузіологічних комітетів при закладах охорони здоров'я; перепрофілювання відділень трансфузіології та відділень переливання крові закладів охорони здоров'я в лікарняні банки крові як їх структурні підрозділи та створення лікарняних банків крові у закладах охорони здоров'я, які використовують компоненти крові; визначення ефективного механізму співпраці центру служби крові із закладами охорони здоров'я щодо наявних запасів і клінічного використання компонентів крові з метою обміну інформацією про запаси компонентів донорської крові; покращення якості послуг, що надаються в центрі служби крові та госпітальних округах, шляхом стандартизації порядку й процедур їх діяльності; впровадження нових технологій досліджень і системи менеджменту якості; формування програми розвитку безоплатного добровільного донорства, що передбачає організацію загально-національної інформаційно-просвітницької кампанії з популяризації добровільного безоплатного донорства крові та її компонентів; забезпечення системності інформаційних повідомлень стосовно важливості та жертвовності донорства та підвищення рівня добровільного безоплатного донорства;

впровадження відшкодування витрат Національною службою здоров'я України закладам охорони здоров'я за одиницю компонента крові; впровадження механізму залучення закладів та установ національної системи крові незалежно від форм власності та підпорядкування щодо задоволення потреб населення у разі виникнення надзвичайних ситуацій та оптимізація використання наявних фінансових ресурсів шляхом впровадження сучасних технологій і методів роботи трансфузіологічної служби.

**Висновки.** В 2005 р. вперше в Україні ХОЦСК провів організаційну централізацію, стандартизацію й автоматизацію служби крові на регіональному рівні, а у 2017 р. отримав сертифікат ISO 9001:2015 «Система управління якістю», проводиться безперервна робота щодо удосконалення служби крові з урахуванням директивної і нормативно-правової бази України, ЄС та ВООЗ.

#### **Список використаних джерел:**

1. Організація трансфузіологічної допомоги в закладах охорони здоров'я. Керівництво для лікарів – слухачів курсів установ післядипломної освіти / за заг. ред. С. Видиборця, О. Сергієнка. Вид. 2-ге. Київ, 2019. 260 с.

2. Система крові в Україні реформується за європейськими стандартами. URL: [https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/\\_tema\\_krov.pdf](https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/_tema_krov.pdf). (дата звернення: 01.10.2020).

## **ЯТРОГЕНІЯ І БЕЗПЕКА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЯК НАЙВАЖЛИВІШІ АСПЕКТИ СУЧАСНОГО ЛІКУВАННЯ**

*Вашева А.О., Любченко А.О., Медведєва М.С., ХНМУ, Харків*

Щороку мільйони пацієнтів страждають або вмирають в результаті неякісного надання медичної допомоги. Цілий ряд факторів ризику являють собою основну загрозу для безпеки пацієнтів і призводять до істотного збільшення масштабів шкоди в результаті лікарської діяльності. Згідно з МКХ-10 до групи ятрогенних наслідків можна відносити або випадкове нанесення шкоди хворому внаслідок медичного втручання (невтручання) в результаті тактичних або технічних помилок, або ускладнення, яка не є наслідком неправильних дій, або аномальну реакцію організму на медичне втручання.

Ятрогенію можливо розглядати в двох аспектах:

1) ятрогенія впливу відповідно до прийнятих ВООЗ (1975) понять про нанесення шкоди пацієнту при профілактичних, діагностичних та лікувальних процедурах;

2) ятрогенія спілкування, яка є складовою частиною деонтології, медичної етики (на даний момент ятрогенію спілкування можна розглядати як складову частину інформаційних ятрогеній) [1].

Досить часто ятрогенії захворювання, обумовлені необережними висловлюваннями або вчинками лікаря, внаслідок яких пацієнти можуть отримати не тільки психічні розлади, депресію, іпохондрію, але й викликати нові хвороби або погіршити перебіг існуючої. Причинами ятрогенії можуть стати відсутність загальної культури, неухважність, безтактність, необережність у висловлюваннях, суперечливі висловлювання різних лікарів про хворобу, знайомство хворого з історією хвороби або результатами аналізів, незнання основ медичної психології. Особливе місце займає некваліфіковане проведення діагностичних і лікувальних заходів, недотримання правил безпеки при наданні хірургічної допомоги, виконанні ін'єкцій і при виконанні переливання крові може призводити до передачі інфекцій і піддавати безпосередній небезпеці пацієнтів і працівників охорони здоров'я. Помилки при діагностиці, які мають місце при лікуванні пацієнтів і в більш половині випадків, тягнуть за собою важкі наслідки. Для розв'язання цих проблем, потрібно дотримуватися конкретних правил і засад. По-перше, слід виключити обставини, при яких здійснюються неналежні дії медичних працівників, обумовлені причинами суб'єктивного характеру, це:

– винятковість індивідуальних особливостей організму пацієнта. Досить поширена помилка багатьох лікарів. Особливий акцент потрібно робити на збір анамнезу життя, враховувати рівень і гармонійність фізичного розвитку, резервні можливості основних функціональних систем і організму в цілому, рівень імунного захисту і неспецифічної резистентності організму, наявність або відсутність хронічного або вродженого захворювання, дефектів розвитку;

– атиповість, рідкість або злоякісність даного захворювання або його ускладнення. У важкому випадку, недостатність досвіду лікаря може стати причиною важких наслідків;

– неналежні дії самого пацієнта, його родичів, інших осіб (пізні звертання за медичною допомогою, відмова від госпіталізації, ухилення, протидія при здійсненні лікувально-діагностичного процесу, порушення режиму лікування). Величезну роль у даному випадку відіграє держава і заходи щодо пропаганди важливості здоров'я в житті людини. Його головною метою є залучення пацієнтів і їх сімей до своєчасного звернення за медичною допомогою;

– особливості психофізіологічного стану медичного працівника (хвороба, крайній ступінь перевтоми). Діяльність медичного працівника пов'язана з різними труднощами, зумовленими причинами як об'єктивного, так і суб'єктивного порядку. Лікар може відчувати надмірну відповідальність, і при будь-яких життєвих обставинах, усвідомлюючи свою незамінність, все ж залишитися тут і зараз на цій посаді, що в свою чергу може проявлятися різного роду недоліками, дефектами, помилками.

По-друге, вкрай важлива роль відводиться суворому контролю над внутрішньою організацією процесу для посилення відповідальності як керівника

організації, так і медичних працівників, у сфері забезпечення прав пацієнта на отримання медичної допомоги необхідного обсягу та належної якості.

Якісний внутрішній контроль якості та безпеки медичної діяльності охоплює наступні критерії:

– прийняття керівником медичної організації управлінських рішень, спрямованих на усунення причин виникнення дефектів медичної допомоги, підвищення якості та ефективності медичної допомоги, вдосконалення організаційних технологій надання медичної допомоги;

– планування заходів, спрямованих на усунення причин виникнення дефектів медичної допомоги, підвищення якості та ефективності медичної допомоги, вдосконалення організаційних технологій надання медичної допомоги [3].

Медичні організації повинні своєчасно надавати медичну допомогу, правильно вибирати методи профілактики, діагностики, лікування і реабілітації при наданні медичної допомоги, проведенні медичних експертиз, медичних оглядів. Завдання медичної шкоди, навмисної чи ні, може стати фатальною для конкретного пацієнта, чинити згубний вплив на встановлення довірливих взаємин доктора з іншими пацієнтами. При зверненні за медичною допомогою пацієнт повинен розраховувати на отримання кваліфікованої і якісної послуги. Це означає, що відповідно до захворювання, допомогу має надавати професійно підготовлений лікар, у відповідному обсязі з використанням якісних медичних засобів.

#### **Перелік використаних джерел:**

1. Антипов В.В., Антипова С.И. Ятрогения как неизбежное явление в медицине XXI века. *Медицинские новости*. 2017. № 4. С. 25–32.

2. Визначення компетенції в оцінці якості підготовки фахівців у системі безперервного професійного розвитку лікарів / Ю.В. Вороненко, А.М. Сердюк, О.П. Мінцер [та ін.]. *Україна. Здоров'я нації*. 2007. №1. С. 37–41.

3. Горачук В.В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я: монографія. Вінниця: ПП Балюк І.Б., 2012. С. 18–23.

4. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01 серпня 2011 р. № 454. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/> (дата звернення: 01.10.2020)

# SCIENTIFIC SUBSTANTIATION OF THE QUALITY OF LIFE MANAGEMENT MODEL OF PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

*Podpriadova A., KhNMU, Kharkiv*

Cardiovascular diseases, including myocardial infarction, are the leading cause of death in most countries [1; 2]. Myocardial infarction – a serious disease that significantly reduces the quality of life of patients with this pathology. Managing the quality of life of patients with myocardial infarction is a very important process, which is based on improving and enhancing quality through the participation and interaction of those who provide services and those who receive these services, taking into account all aspects [3]. The purpose of the study is to provide a medical and social justification and to develop a model of quality management of life of patients who have suffered a myocardial infarction.

The study included 500 people aged 34 to 85 years. The main group consisted of 310 patients with myocardial infarction, the control group included 190 respondents. Data from 310 statistical maps of patients who were discharged from the hospital were also copied.

Based on the study of risk factors that affect the development of myocardial infarction, studying the incidence of this pathology, assessing the quality of care and studying the quality of life of patients with myocardial infarction, we have developed a model of quality management of life of patients who have suffered a myocardial infarction. This model should be implemented at all levels: state, regional, group and individual. The model is determined by the purpose, principles and ratio of system elements. The main purpose of the proposed model is to provide conditions that will improve the quality of life of patients with myocardial infarction. The following principles were formed: focus on modern standards of health and medical care; making timely informed management decisions; ensuring effective interaction of health management bodies of all levels and forms of ownership in order to continuously improve the quality of medical care and quality of life of patients; availability of medical care and ensuring full coverage of patients with myocardial infarction; introduction of telemedicine technologies in the activity of the medical care system. The functional and organizational components of this model are the subjects of management, the object of management and the unit of scientific regulation. The subjects of management are health care institutions of all levels and public organizations. The object of management is the quality of life of patients who have suffered a myocardial infarction. The block of scientific regulation contains normative-legal, organizational-structural, resource, personnel, information, clinical and scientific components. Ways to improve this model are implemented through: Improving the efficiency of medical care for heart attack patients, Improving the regulatory framework, ensuring the effective operation of the methodological and

information unit, improving the work of the medical and social sphere. One of the main elements of this model is the creation of departments of quality and safety of medical care at all levels. The establishment of quality and safety departments in health care facilities at all levels will reduce the number of cases of patient safety violations, thereby improving the quality of life of patients with myocardial infarction at all stages of treatment.

The results of the study indicate the need to develop a model of quality management of life of patients who have suffered a myocardial infarction in order to improve and increase the quality of life of patients with this pathology.

#### **References:**

1. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: WHO, 2013. 103 p.
2. Terenda N., Petrashyk Y., Slobodian N. et al. Morbidity and prevalence of cardiovascular diseases in Ukraine: trends and forecasts until 2025. *Georgian Medical News*. 2018. Vol. 9. T. 282. P. 79–82.
3. Heart disease and stroke statistics. 2016 update: a report from the American Heart Association / D. Mozaffarian, E.J. Benjamin, A.S. Go [et al.]. *Circulation*. 2016. Vol. 133. T. 4. P. e38–e360.



**Секція 5**  
**ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ**  
**У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

**ПОЛЕМІКА ЩОДО СУТНОСТІ ПОНЯТТЯ «МЕХАНІЗМИ**  
**ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СФЕРИ ОХОРОНИ**  
**ЗДОРОВ'Я»**

*Мельниченко О.А., Косилова О.Ю., Нестеренко В.Г., ХНМУ, Харків*

Нині здоров'я розглядають складною біомедичною, економічною, соціальною й філософською категорією слугує показником ефективності державного врядування [5]. Проте останнім часом держава стосовно сфери охорони здоров'я демонструє організаційну й інституційну інертність [3, с. 19]. За таких умов розвиток сфери охорони здоров'я стає об'єктом публічного управління. Зазвичай (передусім, з точки зору методології), що дослідженню будь-якого явища та/чи процесу має передувати розуміння його сутності. Проте донині науковою спільнотою не сформульовано усталено тлумачення поняття «механізми публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я», що, зрештою, й обумовлює актуальність даного дослідження.

Що ж собою являє механізм публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я? Науковці пропонують декілька споріднених понять і їх тлумачень. Так, зокрема, Г. Медяник витлумачує «механізм фінансування системи охорони здоров'я» як сукупність організаційно-правових форм і методів формування, розподілу та використання фінансових ресурсів для забезпечення фінансування системи охорони здоров'я [4, с. 6], тим самим (з незрозумілих причин) ігноруючи адміністративну, соціально-психологічну та власне економічну складову цього процесу. В. Григорович вважає, що «Організаційний механізм державного управління в системі охорони здоров'я» є прямим або опосередкованим впливом органів державної влади та органів місцевого самоврядування на структуру, функції, зовнішню і внутрішню взаємодію постачальників послуг з охорони здоров'я та медичного забезпечення [1, с. 14]. Проте за такого підходу поза регуляторним впливом залишаються споживачі цих послуг (пацієнти та їхні родичі). В. Карлаш переконана, що «комплексний механізм державного регулювання у сфері охорони здоров'я», являє собою сукупність організаційно-економічного, ресурсно-кадрового, мотиваційного, політичного, правового, інноваційно-логістичного, фінансового, інформаційно-довідкового механізмів впливу держави на діяльність продуцентів послуг сфери охорони здоров'я з метою

надання якісних і доступних медичних послуг, та який сприяє підвищенню стійкості до впливів зовнішнього середовища та розвитку сфери охорони здоров'я [2, с. 13]. За такого підходу автор доволі лаконічно та системно відобразила зміст досліджуваного поняття.

На підставі результатів дослідження сутнісних характеристик вживаного поняттєвого апарату дістало подальшого розвитку тлумачення поняття «механізми публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я» під яким слід розуміти сукупність доступних способів, методів і засобів управління, використовуючи які органи публічного управління створюють сприятливі умови для збалансованого розвитку підприємств/закладів охорони здоров'я та їхнього персоналу як запоруки доступу населення до якісних медичних послуг і збереження здоров'я нації. Продовження наукових розвідок за даною проблематикою має бути зосереджене на розробці теоретичних положень і практичних рекомендацій, спрямованих на подальший розвиток вітчизняної сфери охорони здоров'я.

#### **Список використаних джерел:**

1. Григорович В.Р. Державне управління процесами підготовки та прийняття управлінських рішень у системі охорони здоров'я України: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2011. 23 с.
2. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2020. 214 с.
3. Кланца А.І. Охорона здоров'я як структурна складова національної безпеки держави: дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2019. 571 с.
4. Медяник Г.Є. Формування механізмів державного регулювання в системі фінансування закладів охорони здоров'я комунальної форми власності: автореф. дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Запоріжжя, 2010. 23 с.
5. Семігіна Т.В. Охорона здоров'я в суперечливих умовах глобалізації-локалізації. URL: [http://ekmair.ukma.edu.ua/bitstream/handle/123456789/3605/Semyhina\\_Okhorona\\_zdorovia.pdf?sequence=1](http://ekmair.ukma.edu.ua/bitstream/handle/123456789/3605/Semyhina_Okhorona_zdorovia.pdf?sequence=1) (дата звернення: 01.10.2020)

## **ОГЛЯД ПОЛЕМІКИ НАУКОВЦІВ ЩОДО РОЛІ ДЕРЖАВИ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ**

*Удовиченко Н.М., ЦІТ «Планета стоматології», Харків*  
*Логвинова О.В., КНП «Міська стоматологічна поліклініка № 7» ХМР, Харків*  
*Савицький Р.Е., Оптіма-плюс, Харків*

Здоров'я є однією з найбільших цінностей для будь-якої людини, яка «сама є ковалем власного здоров'я, оскільки 90 % факторів, які визначають індивідуальне здоров'я (генетика, екологія та спосіб життя) прямо чи

опосередковано залежать від індивіда» [9]. Проте далеко не всі належним чином піклуються про збереження здоров'я, а у випадку хвороби чи травми – неспроможні самотужки впоратись з їх негативними ефектами. Звісно, як за більшості інших обставин, можна звернутись за допомогою до рідних і близьких, але, передусім через брак професійної підготовки, ті можуть здебільшого надати лише моральну та матеріальну підтримку. Оскільки кожна людина має природне невід'ємне й непорушне право на охорону здоров'я, тому актуалізується питання щодо ролі держави у цьому процесі.

Передусім зазначимо, що «в усі періоди існування людства робилися спроби покласти на державу відповідальність за стан охорони здоров'я» [4, с. 8]. Ф. Гранді та У. Ренке увиразнено функціональну роль держави у процесах забезпечення охорони здоров'я, яка має гарантувати кожному громадянину дотримання та реалізацію його прав щодо якісного та безпечного життя [1, с. 178]. Більше того «держави зобов'язана забезпечувати охорону здоров'я громадян незалежно від статі, расової приналежності, віку, національності, мови, захворювань, походження, фінансового становища й статусу, місця проживання, релігійного переконання, ідеологічних вподобань» [5, с. 85]. Щоб означені гарантії стали реальністю, «сучасна держава повинна володіти універсальною системою гарантування якісної системи охорони здоров'я, яка б слугувала структурною умовою забезпечення її національної безпеки» [8].

В. Келасьева вважав «основним призначенням постмодерної держави гарантування прав на охорону здоров'я відповідно до її конституції, загально визнаних принципів і міжнародних норм і договорів» [2, с. 403]. Проте «деконструкція сучасного світу, яка супроводжується зміною ціннісних пріоритетів і смислових орієнтирів життєдіяльності людей у XXI ст., тривіально спричинила певні диспропорції між реальними та гіпотетично можливими якісними показниками здоров'я населення держав світу, внаслідок чого й сама профілактика захворювань набула доволі декларативного характеру, а публічне управління у сфері охорони здоров'я перетворилось на афірмативний інструмент» [3, с. 14]. Як наслідок, дедалі частіше стосовно сфери охорони здоров'я «держави демонструє організаційну й інституційну інертність» [3, с. 19], тим самим роблячи «звичайною» фрагментарну роль держави, яка «знаходиться у площині відсутності чіткого розуміння відмінності між традиційною медициною та сферою охорони здоров'я» [6, с. 601], й «в умовах кризи полягає у створенні системи, яка б дозволила людям з певними знаннями та відповідним технологічно-інноваційним оснащенням знаходитись там, де потрібна допомога» [7, с. 241]. При цьому передбачається відносна рівність можливостей пацієнтів до отримання доступних та якісних послуг, а медичних закладів усіх форм власності – щодо їх надання.

Отож, більшість науковців визнають провідну роль держави у забезпеченні здоров'я населення. Проте дедалі більшою мірою здоров'я населення залежить від його доходів і поширення здорового способу життя, а

також розвитку приватної медицини та медичного страхування. Подальші наукові розвідки мають бути присвячені розробці рекомендацій, спрямованих на подальший розвиток вітчизняної сфери охорони здоров'я.

#### **Список використаних джерел:**

1. Гранди Ф., Ренке У.А. Исследование практики здравоохранения и формализованные методы управления. Женева: ВОЗ, 2011. 230 с.
2. Келасьев В.Н. Методологические проблемы исследования социального здоровья в контексте социализации личности. *Актуальные проблемы исследования социального здоров'я*. 2014. Ч. I. С. 331–419.
3. Кланца А.І. Охорона здоров'я як структурна складова національної безпеки держави: дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2019. 571 с.
4. Мезенцева Н.Б. Державне регулювання суспільних відносин в галузі охорони здоров'я України: історичні та правові аспекти: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.01. Київ, 2010. 23 с.
5. Савич Л.Е. Социальное здоровье: культурологический подход: монография. Казань, 2016. 259 с.
6. Теория и методы в современной политической науке: Первая попытка теоретического синтеза. / под ред. С.У. Ларсена. Москва, 2009. 751 с.
7. Хелд Дэвид, Гольдблатт Дэвид, Макгрю Энтони, Перратон Джонатан. Глобальные трансформации. Политика, экономика, культура. Москва: Праксис, 2016. 576 с.
8. Mladovsky P., Srivastava D., Cylus J. et al. (2012) Health Policy Responses to the Financial Crisis in Europe, Policy Summary 5. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
9. Morton S. Progressing research impact assessment: A contributions approach, *Res Eval*, 2015. URL: <https://academic.oup.com/rev/article/24/4/405/1520544...> (дата звернення: 01.10.2020),

**Секція 6**  
**ОСВІТНЯ ДІЯЛЬНІСТЬ**  
**В СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

**ЯКІСНІ ЗМІНИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ**  
**ЯК СКЛАДОВА ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ**  
**З ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

*Сердюк О.І., Короп О.А., Просоленко Н.В., ХМАПО, Харків*

В теперішній час найбільший вплив на діяльність національної охорони здоров'я здійснюють забезпеченість кадрами, рівень фінансування галузі, організація її діяльності на макро- та мікрорівнях, оплата медичних послуг, соціальний маркетинг і т.і. [3]. Саме забезпеченість кадрами розглядається як основа державної політики в медичній галузі й потребує безперервного підвищення якості післядипломної освіти, що базується на сучасному підході до професійного удосконалення лікаря, а саме – заміні формального навчання на постійний розвиток своїх компетенцій та обумовлене сучасними світовими технологічними змінами [1; 2]. Враховуючи запити сьогодення щодо знань керівників охорони здоров'я, їх постійного удосконалення, набуття нових навичок та засвоєння новітніх управлінських колективом кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я Харківської медичної академії післядипломної освіти, яка має багаторічний досвід підготовки керівних кадрів охорони здоров'я, розроблено програму циклу тематичного удосконалення з елементами дистанційного навчання «Організація діяльності медичного закладу в умовах реформування системи охорони здоров'я». Навчальний план і програма тематичного удосконалення розраховані на 78 учбових годин, в т.ч. 12 лекційних, 28 – практичних занять, 10 – семінарських, 28 – дистанційного навчання та 6 годин на проведення іспиту.

Розроблені навчальний план і програма тематичного удосконалення «Організація діяльності медичного закладу в умовах реформування системи охорони здоров'я» призначені для керівників органів охорони здоров'я, їх заступників і резерву, завідувачів відділеннями, лікарів-методистів, лікарів-статистиків, які збираються підвищувати або підтверджувати лікарську категорію за фахом «Організація і управління охороною здоров'я».

Навчальний план та програма тематичного удосконалення складаються з 5 основних розділів з питань державної політики реформування медичної галузі, сучасного менеджменту, економічних відносин в умовах реформування охорони здоров'я, маркетингу та правового супроводу реформування медичної

галузі та 1 додаткового розділу з актуальних питань імунопрофілактики. Програма передбачає оволодіння курсантами практичних навичок з маркетингу, рішення ситуаційних задач за різними розділами управління охороною здоров'я в умовах її реформування.

Отож, в розробленій програмі зроблено акцент на удосконалення теоретичних знань і практичних навичок слухачів щодо сучасних проблем менеджменту, економіки та маркетингу в діяльності закладів охорони здоров'я в умовах реформування медичної галузі. Контрольні заходи складаються з самоконтролю, поточного й підсумкового контролю знань слухачів та їх практичних навичок.

#### **Список використаних джерел:**

1. Бойко С.Г. Тенденції та особливості державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я. Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування. 2018. № 1. URL: [http://el-zbirn-du.at.ua/2018\\_1/12.pdf](http://el-zbirn-du.at.ua/2018_1/12.pdf). (дата звернення: 01.10.2020).

2. Галій Л.В., Шульга Л.І., Якущенко В.А. та ін. Впровадження дистанційної форми навчання в систему післядипломної освіти: проблемні питання сьогодення. *Проблеми безперервної медичної освіти та науки*. 2019. № 3. С. 14–20.

3. МОЗ України впроваджує систему безперервного професійного розвитку (БПР) для лікарів. URL: <https://moz.gov.ua/article/reform-plan/moz-ukraini-vprovadzhuje-sistemu-bezpererv-nogo-profesijnogo-rozvitku-bpr-dlja-likariv>. (дата звернення: 01.10.2020).

## **ТРАНСФЕР РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДНИЦЬКИХ ПОШУКІВ У НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС НА КАФЕДРІ ГІГІЄНИ ТА СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ХАРКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ В.Н. КАРАЗІНА**

*Сотнікова-Мелешкіна Ж. В., Сидоренко Т. П., Голубнича О. О.,  
ХНУ імені В.Н. Каразіна, Харків*

В умовах реформування медичної галузі особливу увагу медичної спільноти приділяють питанням комунікації між наукою та освітою. Сучасним трендом щодо підготовки кадрів вищої освіти у галузі медицини є використання в учбовому процесі результатів фундаментальних та прикладних досліджень, які проводяться за актуальними напрямками охорони здоров'я населення і які, при просуванні їх у інформаційний простір, трансформуються у освітньо-професійні знання. Програми навчання у закладах вищої медичної освіти повинні не тільки забезпечувати та заохочувати студентську молодь до

опанування лікарською спеціальністю, формувати в ней професійні компетенції, але залучати її до участі у дослідницькій роботі.

Наразі ВНЗ є Центром освітньої, наукової та інноваційної діяльності і важливим напрямком його роботи є залучення молоді до участі у виконанні досліджень, обміні науковою інформацією між дослідниками та освітянами з використанням різних наукових комунікацій. Тому є доцільним повідомити професійне середовище про досвід, стан і перспективи розвитку проблеми трансферу результатів дослідницьких пошуків у навчальний процес на кафедрі гігієни та соціальної медицини медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Шляхами реалізації цього процесу саме на кафедрі є ознайомлення студентів із досягненнями медичної науки, які опубліковані у світовій та вітчизняній науковій медичній літературі. Це здійснюється у формі самостійних занять з метою проведення ними інформаційних досліджень за певною темою з гігієни та соціальної медицини з оформленням огляду літератури. На кафедрі функціонують студентські наукові гуртки, які є структурними підрозділами Наукового співтовариства студентів, аспірантів, докторантів і молодих учених медичного факультету. За ініціативи студентів-науковців студентського наукового гуртка кафедри організовано і проведено 7 міжнародних науково-практичних конференцій, на яких студенти доповідали про результати власних наукових досліджень.

Студенти активно залучаються до участі у проведенні науково-дослідних робіт, що виконуються на кафедрі, темою яких є вплив навколишнього середовища на формування стану здоров'я молоді, що навчається, розробка програм попередження їх негативного впливу. Вони беруть участь у розробці програми досліджень, виконують гігієнічні та соціальні дослідження, здійснюють обробку матеріалів, беруть участь у аналізі та інтерпретації даних.

Іншим важливим напрямком є публікування результатів досліджень у науково-періодичних виданнях (самостійні та сумісні публікації із науковцями кафедри) та презентації результатів досліджень на наукових студентських форумах. За минулий навчальний рік опубліковано 8 наукових робіт у спеціалізованих виданнях, у т.ч. 2 – в закордонних. Отримано дипломи за участь у науково-практичних конференціях. Крім того педагоги кафедри активно працюють із талановитою учнівською молоддю у Малій академії наук.

Такий підхід дозволяє студентам не тільки підвищувати рівень засвоєння навчального матеріалу, але сприяти формуванню та розвитку дослідницьких, творчих, комунікативних здібностей, критичного мислення й зацікавленості у підвищенні свого професійного рівня.

# ЕМОЦІЙНІ ТА ПРОФЕСІЙНІ АСПЕКТИ ДІЯЛЬНОСТІ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ СИНДРОМУ ВИГОРАННЯ ВЧИТЕЛІВ

*Голубнича О.О., Сєрашова І.С., Голубнича Г.І.,  
ХНУ імені В.Н. Каразіна, Харків*

На сучасному етапі здійснення соціально-економічних реформ в країні все більше уваги приділяється якості викладання у школі, інтенсифікації знань та новим технологіям, які впроваджуються в загальноосвітніх навчальних закладах. Суспільство пред'являє високі вимоги до професійної компетенції та компетентності вчителів. Це вимагає від педагогічного складу школи постійного емоційного напруження та високого рівня мотивації. Разом з тим педагогічна діяльність є надзвичайно психо-емоційно напруженою. Численні дослідження показують, що професія педагога – одна з тих, які в більшій мірі схильні до впливу феномена професійного вигорання, який визначається ВООЗ як фізичне і психічне виснаження внаслідок хронічного стресу, пов'язаного з роботою. У Міжнародній класифікації хвороб – це визначається як проблеми, пов'язані з труднощами управління власним життям. У зв'язку з цим особливої актуальності набуває питання медико-психологічної профілактики синдрому професійного вигорання педагогів. Вищевикладене обумовило актуальність дослідження з метою удосконалення методів попередження розвитку синдрому емоційного вигорання вчителів (СЕВ вчителів).

Матеріали дослідження – психоемоційний стан 30 вчителів Харківського ліцею наприкінці першого семестру Інструментами для визначення синдрому професійного вигорання та рівня професійної мотивації були опитувальники, які включали питання щодо емоційного стану (анкета № 1), що дало можливість надати бальну оцінку компоненту «психоемоційне виснаження». Опитувальник № 2 складався з питань, які стосувалися відношення до обраної професії, тобто характеризували «професійну мотивацію». Для аналізу отриманих даних використовувались аналітичні та математико-статистичні методи.

Обробка даних анкетування показало, що середній вік опитаних вчителів становив  $40,4 \pm 12,5$  років. У респондентів, що брали участь в анкетуванні, тільки у 13,33 % мало місце виражене психоемоційне виснаження. У більшості вчителів (76,66 %) ці показники коливались у межах від середніх до вкрай низьких показників. При цьому ознаки СЕВ були більш виражені у педагогів старшого віку (середні значення компоненту), тоді як у молодих вчителів відмічено вкрай низькі значення. Слід відзначити, що ознаки СЕВ мали низьке значення у вчителів зі стажем педагогічної діяльності до 5 років, середнє – з більш тривалим стажем. Аналіз структури мотивації вказав на те, що вчителі, які обрали свою професію за особистим бажанням та за традицією продовження династії, мали менш виражені прояви СЕВ. Серед опитуваних



53,33 % мали вид навантаження «класне керівництво, адже в них показники прояву СЕВ були низькими. Аналіз складової компонента СЕВ, як «професійна мотивація», показала наступне: у 90 % опитуваних виявлено «вкрай високі значення», у 10 % – високі. Тобто, ця складова не впливала на формування або прояви СЕВ. Аналіз відповідей респондентів на питання анкети дозволив встановити високий рівень СЕВ у вчителів, які викладали у середніх та старших класах точні предмети у віці старше 25 років зі стажем більш ніж 5 років, а також не маючих класного керівництва та підтримуючих династію вчителів.

Таким чином, професійна мотивація не має впливу на формування синдрому емоційного вигорання. Групу ризику складають вчителі, які викладають у середніх та старших класах точні предмети у віці старше 25 років. Важливо зазначити, що всі вчителі, особливо із групи ризику, не повинні ігнорувати періодичні медичні огляди з метою запобігання розвитку соматичних захворювань, які можуть спровокувати синдром емоційного вигорання.

#### **Список використаних джерел:**

1. Бодров В. А. Психологічні дослідження проблеми формування особистості професіонала. *Інститут психології*. 1991. С. 3–26.

2. Орел В. Е. Феномен «вигорання в зарубіжній психології: емпірические исследования и перспективы. *Психологически журнал*. 2001. Т. 22. № 1. С. 90–101.

3. Скугаревская М. М. Синдром емоціонального вигорання. *Медицинские новости*. 2002. № 7. С. 3–9.

## **READINESS OF MEDICAL GRADUATES FOR EMPLOYMENT ABROAD**

*Melnychenko O., Litvinova K., Ryzhova D., KhNMU, Kharkiv*

**Introduction.** In the context of globalization, opportunities for the movement of labor are significantly increasing, which causes its «flow» from the third world countries to more developed countries. This trend is inherent in all segments of the national economy, includg health care. At the same time (both among qualified and experienced doctors, and those who are just taking the first steps in this area), the number of those who are inclined to continue their careers abroad is growing. But such declarations do not always coincide with reality, as there may be a lack of readiness for such actions. This, eventually, determines the relevance of this study.

**Materials and methods.** The survey was conducted in September 2020 using Google Forms technology and using a standardized questionnaire.

**Results.** Respondents were 53 adults, 69,8 % of them were women and 30,2 % were men; 100,0 % are students of KhNMU; 39,6 % are in the sixth year,

18,9% are in the fifth year, 41,5 % are in the fourth and junior years; 94,3 % study general medicine, 5,7 % – dentistry.

The generalized results of the survey revealed the following:

– 86,8 % of respondents tend to build their future careers in the field of healthcare abroad, of which 15,1 % – plan to go abroad immediately after graduation, and 71,1 % – plan to start a career in Ukraine firstly, and after leave;

– the most desirable for employment are: EU countries (67,3 %), USA and Canada (25,0 %), CIS countries (21,2 %), Australia (11,5 %);

– 100,0 % consider foreign countries exclusively as a place of permanent residence and employment;

– for 83,0 % of respondents it was their own choice, supported by parents / relatives / friends; 15,4 % did not receive such support;

– the reasons for the propensity to work abroad are: higher wages (87,2 % of respondents); higher quality of life (78,7 %); higher level of medical development (70,2 %);

– degree of knowledge of a foreign (English) language: 17,6 % of respondents allow them to maintain free professional and domestic communication; 23,5 % – mediocre professional and free domestic communication; 58,9 % – mediocre professional and domestic communication;

– 35,4 % of respondents are mentally ready to live abroad completely, 64,6 % – only partially;

– 33,3 % of respondents are fully ready to perform their professional duties abroad, 66,7 % – only partially;

– 23,4 % of respondents tend to build their future careers abroad exclusively in the field of health care; 66,0 % – allow a combination of a career in health care with work in other industries / fields; 10,6 % – agree to any job;

– 89,6 % of respondents agree to work exclusively as a doctor; 6,3 % – allow temporary employment in the positions of junior / secondary medical staff;

– in order to achieve success, graduates of medical universities are willing to work hard: 20,8 % – 40,0 hours; 37,5 % – 40,1–60,0 hours; 20,8 % – 60,1–80,0 hours; 20,8 % – more than 80 hours.

**Conclusions.** Despite some positive changes as a result of the medical reform in Ukraine, medical students are quite skeptical about the prospects for the development of the domestic health care sector, and thus – for their professional careers at home. Therefore, it is not surprising that the vast majority of future doctors tend to seek a better conditions abroad. But, despite all the possible negative consequences of such a situation, it also should be taken into account the readiness of such people to work abroad, because there are certain difficulties: inconsistency of ambitions (to work as a doctor) and lack of professional, mental and linguistic preparation for proper performance of official duties and responsibilities according to the standards of the medical institution of the developed countries.

## **PRELIMINARY RESULTS OF THE STUDY OF MOTIVATION AND READYNESS OF MEDICAL WORKERS WITH PEDAGOGICAL EDUCATION TO TEACH VALEOLOGICAL DISCIPLINES**

*Shevchenko O., Kharkiv Regional Institute of Public Health Services, Kharkiv*  
*Shtefan L., Ukrainian Engineering Pedagogics Academy, Kharkiv*  
*Mishchenko M., KhNMU, Kharkiv*

Prevention of socially significant diseases can be considered effective when the majority of citizens have formed a valeological competence that corresponds to the ability to lead a healthy lifestyle and practice safe patterns of behavior. The formation of valeological competence takes place primarily in educational institutions, to a lesser extent in the family and through self-education. Students of medical higher education institutions (actually medical, pharmacological and veterinary) automatically form valeological competence during their studies. This is pointed out in their works of O. Baskevich, O. Boychuk-Tovsta, Ya. Ostafiychuk, I. Shostak and other researchers. Students of non-medical educational institutions in order to form valeological competence are taught special valeological disciplines: «Health Pedagogy», «Valeology», «Fundamentals of Medical Knowledge», «Fundamentals of Life Safety», and others [1; 2].

The curriculum of «Health Pedagogy» [1] includes issues of prevention of major non-communicable and infectious diseases that cause the largest number of deaths of Ukrainians, as well as issues of emergency care in critical conditions, sex education and family planning, getting rid of chemical addictions, and others question. The formation of the curriculum «Pedagogy of Health» for teaching at the Ukrainian Engineering Pedagogics Academy took place «from scratch», according to the vision of the authors. The program differs from many existing ones, even in the same discipline. The program is based on the principle of simplification (adaptation) of medical information for students of the discipline without medical education.

For the prevention of socially significant diseases, the results of research on the main controlled risk factors in medical and social research are used. For example, the results of research on risk factors for vascular crises (heart attacks and strokes), the organization of prevention of their implementation, the peculiarities of interaction of patients with health care workers in the modern organization of medical care for patients with these diseases [3; 4]. Taking into account the teaching of the discipline to future teachers, the principle of relay transfer of information and skills is also included in the program. But the authors of the training course also hypothesized that there are enough motivated medical workers with pedagogical education in Ukraine, who can be qualified teachers of «Health Pedagogy» in non-medical higher education institutions. To test this hypothesis, a study was conducted using an anonymous questionnaire [5], which deals with the motivation and professional training for teaching «Health Pedagogy» by health professionals with pedagogical education to

students of non-medical higher education institutions. Preliminary analysis of the study indicates the willingness and ability of health professionals to be teachers of «Health Pedagogy» and other valeological disciplines. The majority of health workers (73 %) are constantly engaged in preventive work with their patients, teach them to lead a healthy lifestyle. Also, the majority of respondents (81 %) believe that preventive information is enough, but it is difficult to divide into professional and erroneous. Some respondents (32 %) believe that they can teach others to pass preventive knowledge on a relay basis. Some respondents (38 %) say they have an internal need to engage in medical education for prevention.

#### **References:**

1. Shtefan L.V., Shevchenko A.S. Materials of academic discipline «Health Pedagogy»: lectures, guidelines for practical classes, extracurricular activities, curriculum, diagnostic tools, syllabus, exam tickets; for applicants for higher education degree «bachelor» full-time and part-time educational forms for the specialty 011 «Educational, pedagogical sciences». Kharkiv: Ukrainian Engineering Pedagogics Academy, 2019. 171 p.

2. Shtefan L.V., Shevchenko A.S. Formation of valeological competence in students of non-medical specialties on the basis of the academic discipline «Health Pedagogy». *Abstracts of the XXVIII international scientific-practical conference "Information technologies: science, technology, technology, education, health" (MicroCAD-2020), Kharkiv: NTU «KhPI», 28–30 October 2020*. Part 2 № 5. P. 315.

3. Mishchenko M., Shevchenko A., Mishchenko A. Key directions in the organization of health care and prevention actions to reduce mortality from cardiovascular diseases in Ukraine. *Abstracts of XVI international scientific and practical conference «Prospects for the development of modern science and practice»*. Graz, Austria, 11 May 2020. P. 80–82.

4. Ognev V.A., Mishchenko M.M., Mishchenko A.N., Shevchenko A.S. Study of risk factors of cerebral strokes according to the data of regional registers and national services of medical statistics. *Perspectives of world science and education: Abstracts of the 8th International scientific and practical conference*. Osaka, Japan, 22–24 April, 2020. CPN Publishing Group, 2020. P. 122–128.

5. Shevchenko A.S., Shtefan L.V. Anonymous questionnaire about readiness to teach Health Pedagogy. UEPA, KhRIPHS, 2019. 3 p.

Секція 8  
**ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ**

**ДО БІОГРАФІЇ СОЦІАЛЬНОГО ГІГІЄНІСТА  
ПАНТЕЛЕЙМОНА НАУМОВИЧА ЧОРНОБРОВА (1910–1996)**

*Васильєв К.К., ОНМУ, Одеса  
Васильєв Ю.К., медичний інститут СДУ, Суми*

Мета даного повідомлення висвітлити життя і діяльність П.Н. Черноброва, який завідував кафедрою соціальної гігієни, організації охорони здоров'я з історією медицини в Одеському медичному інституті в 1964-1976 рр. При викладі біографії ми будемо спиратися на його архівну справу (Архів Одеського національного медичного університету. – Сп. 3783).

Народився він 26 квітня 1910 р. у селі Антонівка Блощинської волості Васильківського пов. Київської губ. (сьогодні с. Мала Антонівка в Білоцерківському районі Київської області) в родині українського селянина. Батьки займалися особистим сільським господарством, а з 1929 р. працювали в колгоспі. В 1927 р. Пантелеймон закінчив семирічну школу і, спочатку, працював на господарстві батьків, а потім – в колгоспі. В квітні 1931 р. він вступив на курси робочої освіти при Горьківському автозаводі, а після їх закінчення – з грудня цього ж року, - став працювати на цьому ж заводі калільщиком, а потім слюсарем. У вересні 1932 р. робочий Чернобров став членом КПРС. З травня 1933 р. по листопад 1935 р. він червоноармієць; проходив службу в артилерійському полку; після військової служби повернувся на Горьківський автозавод, де в 1936 р. працює секретарем комсомольської організації відділу технічного контролю. Одночасно він навчався на вечірньому робочому факультеті Горьківського університету, який закінчив у 1938 р. В 1938–1942 рр. П.Н. Чернобров здобував вищу освіту у 2-му Ленінградському медичному інституті, який закінчив за спеціальністю лікувальна справа. Потім він – заступник завідувача і завідувач районних відділів охорони здоров'я в Ленінграді, головний лікар однієї з районних лікарень Ленінграда.

У вересні 1944 р., доктор П.М. Чернобров, як українець і член партії, був направлений у розпорядження Міністерства охорони здоров'я Української РСР і був призначений завідувачем обласним відділом охорони здоров'я в Рівному. На цій посаді він працював до серпня 1950 р.; тоді ж – з 1 жовтня 1948 р. по 1 липня 1949 р. проходив однорічні курси з підготовки керівних працівників охорони здоров'я в Центральному інституті удосконалення лікарів. Саме тоді у курсанта Черноброва з'явився інтерес до наукової роботи. З 1952 р. він працює в Львівському шкірно-венерологічному науково-дослідному інституті спочатку

молодшим, а з 1953 р. старшим науковим співробітником (з організаційно-методичної роботи). 27 вересня 1954 р. захистив дисертацію на тему «Опыт борьбы за ликвидацию венерических заболеваний в Тернопольской области УССР в послевоенные годы» в Львівському медичному інституті. Пантелеймону Наумовичу було присуджено вчений ступінь кандидата медичних наук, що дозволило йому зайняти посаду доцента в Алма-Атинському медичному інституті в 1955 р. Звання доцента по кафедрі організації охорони здоров'я він отримав в 1958 р. Працюючи в Алма-Ата доцент Чорнобров пройшов курси підвищення кваліфікації викладачів історії медицини в Центральному інституті удосконалення лікарів (2 липня 1960 р. – 4 лютого 1961 р.). В Алма-Ата їм була підготовлена та успішно захищена докторська дисертація на тему: «Санитарно-демографические процессы в населении Казахской ССР (1939–1959 гг.)»; затверджений у ступені доктора медичних наук 10 квітня 1965 р. З 1964 р. П.М. Чорнобров – завідувач кафедрою в Одесі; 11 грудня 1965 р. рішенням Вищої Атестаційної Комісії він був затверджений у вченому званні професора.

## ПОСАДИ ТА ПОЛОЖЕННЯ ЛІКАРІВ ЗА ІМПЕРСЬКОЇ ДОБИ

*М'якина О.В., ХНМУ, Харків*

*Мельник К.О., КНП «Міська клінічна лікарня № 31» ХМР, Харків*

Протягом усього XVIII ст. необхідність у кваліфікованих медичних кадрах здійснювалась за рахунок запрошення на службу закордонних фахівців. Тому до середини 1830-х рр. у складі «медичного факультету», лікарі (офіційна назва лікаря до 1917 р.) «з іноземців» переважали над вітчизняними. Так, у 1807–1811 рр. у складі лікарів, направлених на службу в державні заклади, чисельність іноземців перевершувала у 4 рази. Для отримання права на «медичну практику» іноземці проходили іспити у Медичній канцелярії, потім – у Медичній колегії, а з 1803 р. – Медичному департаменті МВС. Іноземні лікарі проходили службу за чотирирічним контрактом. Багато хто продовжував його, прийнявши «довічне російське підданство» і далі працював у військовому чи державному відомстві на загальних підставах. Ті, хто народилися в імперії, вже вважалися «природними», а їх зарубіжне походження видавало лише прізвище.

З початку XIX ст. уряд активізував підготовку національного персоналу. Лікарі були підготовлені Московською, Кронштадтською та Санкт-Петербурзькою медико-хірургічними (шпитальними) школами, перетвореними в 1786 р. в медико-хірургічні училища. У 1798 р. на їх базі були створені Московська та Санкт-Петербурзька медико-хірургічні академії. Поряд з ними лікарів готував медичний факультет Московського університету. Крім того,

підготовка лікарів проводилась у Єлізаветградській шпитальній школі, були відкриті університети у Дерпті (1802), Казані (1804), Харкові (1804), Вільно з медичними факультетами, а потім у 1834 р. – Університет Св. Володимира у Києві. Основною турботою уряду у цей час було забезпечення лікарями армії і флоту, але й почала створюватися і цивільна галузь медицини. У 1737 р. Анна Іоанівна підписала указ про введення інституту міських лікарів. А у 1797 р. Павло I затвердив доповідь Медичної колегії «Про створення Медичних Управ» для управління охороною здоров'я в губерніях і новий кадровий розклад. Спеціалізації лікарів у XVIII – першій половині XIX ст. не було. Повітовий лікар одночасно був як терапевт, оператор, епідеміолог, санітарний лікар, судово-медичний експерт, ветеринар і представник губернської медичної адміністрації. Оператор і акушер, крім виконання своїх обов'язків чиновника, повинні були надавати спеціалізовану медичну допомогу.

«Медичні чини» призначались на посаду Медичною колегією (з 1803 р. – МВС) і були перераховані на державну службу. Соціальне походження лікарів «з іноземців» було яскравим: вихідці з сімей військових, купців, чиновників, бідного дворянства, а також спадкових лікарів. Згідно Указу Сенату від 14 березня 1754 р. Медична колегія проводила відбір у медичні навчальні заклади – медико-хірургічні училища (згодом – у Санкт-Петербурзьку й Московську медико-хірургічну академію), переважно з числа семінаристів: вони мали достатню загальну підготовку, в т.ч. з латинської мови. Переважали вихідці з духовенського середовища. Дворяни рідко йшли у медицину: врачування, як і будь-яке «рукоділля», вважалося негідним «шляхетного». З часом це упередження зникло. Службова кар'єра лікаря починалася або з посади лікарського учня у військовому шпиталі, з подальшим складанням кваліфікаційних іспитів або з медичного навчального закладу.

Обов'язків термін військової служби – не менше 6-ти років, було надано лікарям у 1808 р. Після звільнення з армії (флоту) лікар продовжував служити у цивільному відомстві, або виходив у відставку і практикував вільну практику. За наукові досягнення – наприклад, подання в Медичну колегію своїх власних «приміток» з практики або публікації статей в періодичних виданнях – лікар, який служив не менше 6 років, міг бути «пожалуваний у штаб-лекарі». Штаб-лекарське звання давало змогу займати відповідальні адміністративні посади. На той час штаб-лекарі були високо оцінені. Статус лікаря у службовій ієрархії визначався його чином. 28 лютого 1762 р. Петро III затвердив доповідь «Про ранги для медичного факультету». Для лікарів, які служили у цивільному відомстві, були визначені класні чини відповідно до Табелю про ранги у відповідності до їх вчених ступенів і посад. Доктори, штаб-лекарі й лікарі могли бути призведені до чину колезького асесора (VIII клас). Доктори ж медицини, які служили не менше 10 років, були призведені до чину надвірного радника (VII клас). Микола I затвердив у 1834 р. «Положення про класи медиків, ветеринарів та фармацевтиків і призведення їх у чини». Всі медики, які

були на службі, змогли бути «стверджуючими у чинах, призначених вчених їх ступенів». Власники вчених ступенів і чинів могли дослужитися до чину статського радника (V клас). Після 3-6 років «ревностів і незахиблених послуг (безпорочного служіння)» лікарі могли бути представлені до чину титулярного радника (IX клас). Лекарь міг дослужитися до надвального радником, але не вище, якщо він не був присуджений (пожалован) до штаб-лекаря. Призводство в класні чини збільшувало престиж професії лікаря і соціальний статус лікарів. Посадові особи перших восьми класів мали право бути «підраховані» до нащадного дворянства. IX-й клас надавав права особистої «дворянської гідності». Чин надвального радника – «стеля» для повітового лікаря. До вищих рангів можна було дістатися інспектори, які очолювали лікарські управи. Здобувачам медичних ступенів і звань були запропоновані особливі іспити. Тільки ті, що добре (успішно) склали іспити могли отримати відповідну звання посаду – якщо була вакансія, яку іноді чекали роками. Можливості підняття лікарів по бюрократичних і соціальних сходах поступово обмежувалися. Доктори медицини і хірургії та доктори медицини, а також прирівняні в правах до останніх медико-хірурги, після 4 років «служби» можуть призводитися у чин VIII класу (раніше – VII класу). Лекарі після 4-х років служби – IX класу (раніше мінімально необхідний досвід роботи (стаж) – 3 роки). При цьому самодержавна влада серйозно гальмувала отримання дворянства: з 1845 р. чиновники цивільних відомств отримали спадкове дворянство при досягненні чина V класу (раніше – VIII класу), а з 1856 р. – IV-го класу. Для державних службовців у 1834 р. було введено уніформу та відзнаки, у т.ч. й для медиків. У 1837 р. міністр внутрішніх справ вимагав, щоб Медичний департамент МВС вивчив найвищу команду, щоб цивільні чиновники не носили вуса або бороду.

У цей час відбулися значні зміни у складі «медичного факультету». Тепер його поповнювали лише випускники ВНЗ: Московського та Дерптського університетів, Медико-хірургічних академій Санкт-Петербурга, Москви та Вільно. Вважалося необхідним знання іноземних мов. Латинська мова – мова медицини – багато лікарів знали досконало. Починаючи з 1830–40-х рр., лікарі почали імовірніше визначатися на державну службу безпосередньо з студентської лавки, минаючи армію і флот, тому «медичний факультет» набагато помолодшав. Якщо у 1800-20-х рр. середній вік лікарів був 41–46 рр., у 1840-х рр. – 36–37 років. Значно розширився спектр соціальних груп, з яких пішли до медицини: духовенство, купці, міщани, військовослужбовці. Частка дворян зростає. У 1850/51 навчальному році на медичному факультеті Московського університету дворяни склали 43,1 %, у 1859 р. – 66,6 %, у 1865 р. – 60,1 %. Ставлення збіднілого, але освіченого дворянства, змінилося до професії лікаря дуже швидко. З розвитком у XVIII і першій половині XIX ст. сфери охорони здоров'я, з включенням в сферу медичного обслуговування населення провінції формувалися кадри громадянських (гражданських) лікарів. Визначився й статус провінційних практикуючих лікарів в бюрократичній



системі. У XVIII – початку XIX ст. просуванню лікарів по чиновній сходинці сприяло заступництво монаршої влади. Успішна кар'єра відкривала перспективу підвищення соціального статусу – «зарахування» до потомственного дворянства. До середини XIX ст. ситуація помітно змінилася. Медики стали все більш затребуваними, їх освітній рівень збільшився. Але в той же час зростання кількості лікарів зробило цю професію менш унікальною.

#### **Список використаних джерел:**

1. Астахова Е.Ю., Жмуркин В.П., Сточик А.А. Мероприятия Российского правительства по ликвидации дефицита медицинских кадров на государственной службе в конце XVIII – начале XIX веков. *Развитие государственной медицины в России*. 2003. С. 34.

2. Зимин И.В. Подготовка медицинских кадров в России (XIX – начало XX вв.). Санкт-Петербург, 2004. С. 44.

3. Полное собрание законов Российской империи: Собр. 1. Т. X. № 7245.

4. Полное собрание законов Российской империи: Собр. 2. Т. II. № 1664. Т. III. № 1828.

5. Смирнова Е.М. *Лекари российской провинции*.

### **РЕФОРМУВАННЯ КЛІНІК У ХАРКОВІ НАПРИКІНЦІ ІХ СТ. – НА ПОЧАТКУ ХХ СТ.**

*М'якина О.В., ХНМУ, Харків*

*М'якина Д.О., Харківське обласне бюро судової медичної експертизи, Харків*

Після запровадження статуту Імператорського Харківського університету (медичного факультету) у 1863 р. розпочалися реформи для його медичних установ. Тоді продовжували функціонувати три клініки: терапевтична, хірургічна та акушерська. Перші дві були у будівлі університету, а третя знаходилася на вулиці Благовіщенська. (до 2015 р. – Карла Маркса). Кожною клінікою керував директор, з числа професорів медичного факультету. У закладі лікувалися лише ті пацієнти, хвороби яких могли бути цікавими для студентів. У 1874 р. «Положення про клініки» було приведено у відповідність до статуту університету про утримання 25 штатних ліжок у клініках. Тільки у очній лікарні повинно було бути 10 ліжок. Туди були направлені пацієнти зі складними випадками з практики приватних лікарів Харкова. Університетських приміщень не вистачало, клініки перебували у орендованих приватних будинках, Олександрівській лікарні та військовому шпиталю. Наприкінці 1880-х рр. почалося будівництво новобудов. Їх потужність була такою: очних – 21 ліжко, факультетських терапевтичних і хірургічних, акушерських – по 25 ліжок.

17 жовтня 1887 р. під Харковом (станція Борки) сталася катастрофа з поїздом імператора, під час якої загинуло й постраждало багато людей. Професор В. Грубе з бригадою лікарів і студентів виїхали на місце події екстреним поїздом. Він керував роботою по організації медичної допомоги постраждалим. Цей факт не опинився без уваги царя Олександра. І вже 19 жовтня імператор особисто відвідав Університетську хірургічну клініку, й переконався у жалюгідному стані закладу. Після доповіді директора, цар дав доручення виділити кошти на будівництво нових будівель. Було прийнято рішення розмістити їх на землях, що належали університету: по Сумському шосе на північному краю міста (зараз це територія Харківської обласної клінічної лікарні). Згодом було ухвалено рішення про асигнування у розмірі 4-х тисяч рублів на будівництво нових клінік Харківського університету. Проект будівництва розробив архітектор А. Шпігель.

У 1896 р. були відкриті додаткові клініки: факультетська, терапевтична та хірургічна, акушерсько-гінекологічна та офтальмологічна. Разом вони сформували «Клінічне містечко» університету. Наприкінці будівництва загальний фонд ліжок цих клінік збільшився з 93 до 155. Нові приміщення розташовувалися неподалік корпусу медичного факультету. Останні були подаровані університету відомим цукровозаводчиком і громадським діячем І. Харитоненком. Яка ж історія кожної з клінік після оформлення?

*Терапевтична клініка.* У 1864 р. приміщення, яке займала терапевтична клініка, було прикріплено до хірургічної та акушерської клініки, і її перевели у окремий двоповерховий будинок в університетському кварталі на куті Університетської вулиці та Павлівського майдану. У 1869 р. терапевтичну клініку отримав талановитий учень С. Боткіна – професор В. Лашкевич і керував нею 20 років, аж до своєї смерті. Після нього у 1888–1903 рр. клініку очолював професор І. Оболенський. 15 грудня 1872 р. отримано згоду Харківської міської ради на розміщення госпітальних клінік у Олександрівській лікарні. Через п'ять років, під час російсько-турецької війни, у барачному шпиталі Червоного Хреста (район сучасної вулиці Культури) були відкриті терапевтичні та хірургічні госпітальні клініки, які функціонували півтори року. 12 травня 1878 р. Харківська Рада прийняла статут Олександрівської міської лікарні та «Положення про госпітальні клініки Харківського університету у Олександрівській міській лікарні». Незабаром, після будівництва «Клінічного містечка», керівництво міста побудувало нове двоповерхове приміщення для лікарняних клінік на території Олександрівської лікарні, куди вони переїхали в 1904 році. Кошти на їх обладнання виділило Міністерство освіти. Першим завідувачем терапевтичної клініки був професор В. Оболенський (1877–1884). Після переїзду в «Клінічне містечко» факультетська терапевтична клініка нараховувала 40 ліжок (22 чоловічі і 18 жіночі).

*Хірургічна клініка.* У 1864 р. хірургічна клініка була розширена за рахунок інших приміщень, які раніше на території університету займала

терапевтична клініка. Але тільки з початку 1867–68 навчального року з'явилась можливість довести кількість ліжок у ній до штатного (25), передбаченого статутом імператорських університетів 1863 р. Тоді ж хірургічна клініка розширилася за рахунок акушерської, переведеної до окремого приміщення. По цей час хірургічне лікування отримали 210 стаціонарних та 1775 амбулаторних хворих, було виконано 670 операцій. З середини 1850-х рр. факультетську хірургічну клініку очолював професор В. Грубе – ідеальний хірург і шанована людина. Він керував нею майже 40 років, аж до своєї смерті у 1896 р. На цій посаді вченого замінив професор Л. Орлов. Протягом 1912–1925 рр. директором цієї клініки був один із засновників російської хірургічної онкології, професор М. Трінклер. Відкриття госпітальних хірургічної та терапевтичної клінік збіглося з часом, вони обидва почалися з бараків шпиталю Червоного Хреста. Звідти хірургічна клініка незабаром переїхала до приміщення церемоніальної зали університету, де було розгорнуто 30 ліжок. Там вона знаходилася до кінця російсько-турецької війни. Першим завідувачем госпітальної хірургічної клініки Харківського університету з 1877–1894 рр. був професор І. Зарубін. У 1894 р. завідування цієї клінікою довірено видатному хірургу професору А. Подрезу. Але він раптово трагічно загинув у 1900 р. На його місце до клініки прийшов професор М. Соколов, який керував її роботою протягом 9 років.

*Акушерська клініка.* У 1862 р. кафедру акушерства, жіночих і дитячих хворіб зайняв професор І. Лазаревич – видатний акушер, який зміг поставити у ту годину клініку на рівень досягнень медичної науки. На його прохання кількість профільних ліжок зросла. Вчений закупив за власні кошти медичне обладнання. Наприкінці 1885 р., після відставки професора, акушерську клініку очолив талановитий акушер-гінеколог професор М. Толочинів.

*Очна клініка.* Відкриття очної клініки пов'язане з ім'ям Л. Гіршмана – видатного офтальмолога, автора оригінальних операцій, лікаря-гуманіста. У жовтні 1872 р. за його ініціативою у приміщенні хірургічної клініки була створена особлива очна клініка на 10 ліжок. 21 січня 1880 р. Гіршман запропонував об'єднати офтальмологічну клініку з земською очною лікарнею і офтальмологічна клініка оселилася у приміщенні, найнятій для неї земством - просторому приватному будинку на Кузнечній вулиці. 15 жовтня 1897 р. офтальмологічна клініка знову змінила адресу, отримавши власне приміщення у «Клінічному містечку». Тут у ній вже було 35 штатних ліжок, які фінансувалися з бюджету університету. Згодом прийшло «Положення про клінічні відділення Імператорського Харківського університету при Харківському військовому шпиталі», де було засновано три клінічні відділення: терапевтичне, хірургічне та шкіряних і венеричних захворювань.

#### **Список використаних джерел:**

1. Багалеї Д.І., Миллер Д.П. История города Харьков за 250 лет его существования (1655–1905). Историческая монография. В 2-х т. Харьков, 1993. Т. 1. 572 с.; Т. 2. 982 с.

2. Багале́й Д.И. Опыт истории Харьковского университета (по неизданным материалам). В 2-х т. Харьков: Тип. и литогр. Зильберберга, 1904. Т. 1. 1136 с.

3. Багале́й Д.И., Сумцов Н.Ф., Бузескул В.П. Краткий очерк истории Харьковского университета за первые сто лет его существования (1805–1905). Харьков, 1906. 1136 с.

4. Медицинский факультет Харьковского университета за первые сто лет его существования (1805–1905 гг.) / под ред. И.П. Скворцова, Д.И. Багалея. Харьков: Печатное дело, 1905–1906. V 471, 314, XVI с .

5. Робак І.Ю. Організація охорони здоров'я в Харкові за імператорської доби (початок ХІІІ ст. – 1916 р.). Харків: ХДМУ, 2007. 346 с.

## НАУКОВІ МЕДИЧНІ ТОВАРИСТВА ІМПЕРСЬКОЇ ДОБИ НА ТЕРЕНАХ СУЧАСНОЇ УКРАЇНИ

*М'якина О.В., ХНМУ, Харків*

*М'якина Д.О., КНП «Міська поліклініка № 11» ХМР, Харків*

У процесі реформування охорони здоров'я все частіше лунають пропозиції щодо необхідності прийняття законодавчих актів, важливого значення набуває вивчення аналогічного досвіду попередників, зокрема практики організації медичних товариств ХІХ–ХХ ст.

У сучасному значенні слова, наукові товариства лікарів покликані сприяти розвитку медичної науки, підвищенню професійної кваліфікації, поліпшенню якості та ефективності медичної допомоги, встановленню міжнародних зв'язків, поширенню гігієнічних знань тощо. Такі товариства виникли спочатку в Західній Європі, а в ХІХ ст. – у Російській імперії. До 1910 р. у Галичині та до 1917 р. на інших територіях України всі Медичні наукові товариства були неукраїнськими.

На території України першим громадським медичним об'єднанням стало Товариство київських лікарів, засноване у 1840 р. Ф. Мерінгом, К. Боссе та Л. Гротковським. У 1849 р. створено Товариство одеських лікарів (у 1893 р. розколося і було виокремлено Товариство одеських російських лікарів). Після поразки Росії у Кримській війні 1853–1856 рр. уряд почав упроваджувати деякі ліберальні реформи. Не лише у великих університетах та губернських центрах, а й у провінційних містах почали з'являтися наукові товариства, зокрема медичні. Серед них – Товариство морських лікарів у Миколаєві (1858), Волинське медичне товариство в Луцьку, Товариство Подільських лікарів у Кам'янці-Подільському (нині Хмельницька обл.; обидва у 1859 р.), Харківське медичне товариство (1860), Товариство лікарів Буковини у Чернівцях (1866),

Товариство лікарів Галичини у Львові, Товариство лікарів у Херсоні, Слісаветградське товариство лікарів (нині Кропивницький, усі – 1868 р.).

З розвитком і диференціацією наук у великих містах почали виникати товариства за окремими медичними спеціальностями, зокрема Таврійський медико-фармацевтичне товариство (Сімферополь, 1868), Одеське бальнеологічне товариство (1876), Київське акушерсько-гінекологічне товариство (1886), Одонтологічна спілка (Одеса), Психоневрологічне товариство (обидва – 1897 р.), Психіатричне товариство (1898), Товариство дитячих лікарів (усі – Київ), Дерматологічне та венерологічне товариство (Харків), Київське дерматосифілідологічне (сифілідо-дерматологічне) товариство (усі – 1900 р.), Київське хірургічне товариство, Полтавське товариство боротьби з сухотами (обидва – 1908 р.). У 1885–1890 рр. створено одонтологічне товариство у Києві, Харкові, Катеринославі (нині Дніпро) та Херсоні.

На західноукраїнських землях у 1877–1927 рр. діяло польське товариство (Towarzystwo Lekarskie Lwowskie). Наприкінці століття з ініціативи І. Верхратського у складі Наукового товариства імені Шевченка засновано математично-природописно-лікарську секцію, яка стала першим українським науковим осередком лікарів у Західній Україні. Потім на її основі створено Лікарську комісію, яку очолив Ф. Сельський. У 1901 р. члени Київського товариства лікарів з ініціативи Т. Яновського, В. Високовича і К. Тритшеля організували Київське товариство для боротьби з сухотами та горбковицею – перше протитуберкульозне товариство в Російській імперії (діяло в Київському, Подільському та Волинському генерал-губернаторствах). На початку століття створено Уманське лікарське товариство (нині Черкаська обл.) – одне з перших повітових медичних товариств. У 1907 р. українська інтелігенція в Києві заснувала Українське наукове товариство. Серед його перших 16 членів-засновників – гістолог О. Черняхівський, хірург М. Галин і гігієніст О. Корчак-Чепурківський. Лікарі спочатку працювали в об'єднаній математично-природничій секції. Пізніше було створено окрему Природничо-лікарську, а у 1911 р. – Медичну секцію (голова – М. Галин). У 1908–1909 рр. у Галичині створені перші українські медичні студентські товариства, зокрема на медичному відділі Львівського університету засновано Медичну громаду, яка з перервами діяла до 1935 р. Першою українською загально-лікарняною громадською організацією стало створення у 1910 р. у Львові Руське (від 1912 р. – Українське) лікарське товариство за головування Є. Озаркевича. У серпні 1914 р., у зв'язку з імперіалістичною війною, медичні товариства призупинили активну діяльність. З березня 1917 р. до складу створеної УЦР у Києві увійшли лікарі О. Крупський та А. Журавель, у її перших зборах взяв участь хірург Ю. Вороний. Того ж року засновано Спілку українських лікарів у Києві, з ініціативи її членів у жовтні організовано Всеукраїнську спілку лікарів. У грудні в Одесі за сприяння української влади створено Товариство лікарів міських лікарняних кас. З 1919 р. відновило діяльність Українське лікарське

товариство у Львові, а у 1921 р. відкрило філії в Станіславі (нині Івано-Франківськ), Коломиї (нині Івано-Франківська обл.), Тернополі та Перемишлі (нині Підкарпатське воєводство, Польща). У цілому оцінка діяльності наукових медичних товариств є досить високою. Численна звітність наукових медичних товариств насичена статистичною інформацією і фактажем, що робить її у першу чергу історичним джерелом, яке варто використовувати для написання детальної історії зазначених галузевих об'єднань. Але проведена евристична робота і аналіз віднайдених історіографічних джерел засвідчують, що першими дослідниками діяльності наукових медичних товариств України другої половини ХІХ – початку ХХ ст. були члени даних осередків. З одного боку, цей факт давав можливість дослідникам фахово та ґрунтовно висвітлити роботу товариств, з іншого – робив дану оцінку більш суб'єктивною, позаяк автори виступали в першу чергу апологетами наукових об'єднань, до складу яких входили. Виходячи з цього, дані джерела потребують критичних і виважених підходів до їхнього аналізу сучасними дослідниками.

#### **Список використаних джерел:**

1. Демуз І.О. Наукові медичні товариства України другої половини ХІХ – початку ХХ ст. у джерелах дорадянського періоду. *Вісник Національного технічного університету «ХПІ»*. (Серія: *Історія науки і техніки*). 2013. № 10. С. 33–41.
2. *Обзоры деятельности медицинских обществ и съездов врачей*. Москва, 1905. Вып. 1. 167 с.
3. Орлов В.Д. О задачах «Русского общества охранения народного здравия» и его «местных отделов» (Речь, сказанная в первом собрании членов-учредителей Киевского отдела Общества, 14 мая 1902 г.). *Народное здравие*, 1902. № 24. С. 750–754, 783–787.
4. Празднование совершившегося двадцатипятилетия Харьковского медицинского общества (1861–1886). Харьков, 1886. 89 с.
5. Примак М.О. Десятилетняя деятельность Черниговского общества помощников врачей. Чернигов, 1912. 15 с.
6. Радулович В.И. Очерк истории русских медицинских обществ: цель, значение и взаимная связь. Орёл: Орловский вестник, 1890. 40 с.
7. Учёные общества и учебно-вспомогательные учреждения Харьковского университета (1805–1905 гг.). Харьков: Печатное дело, 1911. 280 с.

## **MEDICINE OF ANCIENT INDIA**

*Martynenko N., Mohanty Tanmaya, KhNMU, Kharkiv*

Indian medicine is a unique phenomenon. Achievements of the Harappan civilization are really amazing. Period of its existence defined between 3<sup>rd</sup>

millennium B.C. till 2<sup>nd</sup> millennium B.C. It was highly developed urban type civilization, the level of which corresponded to Egyptian and Mesopotamian ones.

The main centers of this civilization were cities Harappa and Mohenjo Daro. Both were built according to the plans.

Sanitary facilities were well-organized. Wells in the city were lined with burnt bricks, place around the well was covered with cobblestones. Houses were equipped with special bathing rooms with brick floors and inclined to one of the corners. There was a sewerage system – through clay pipes drains were diverted from buildings into a network of underground canals. The top of the channels was covered with well-fitted bricks, which could be easily removed during the inspection and cleaning of the system. The diameter of the main pipes reached two meters. Before entering the canals, wastewater and sewage passed through settling tanks and latrine pits closed with tightly ground lids. It was the most perfect sewer system of antiquity. In the cities there were also public buildings: warehouses, granaries, constructions for grinding of grain and even, the pool for ritual ablutions. For floods protection, some buildings were erected on a special brick rise (in the city of Lothal). This city was protected from floods by a clay wall. The inhabitants even built an artificial dock for mooring a gateway for ships. Unfortunately, climate changes, weaker monsoons and reduced water supply caused the declining and demise of that civilization and transmigration of its population to the East and to the South.

During the Vedic period (2<sup>nd</sup> millennium B.C. – 1<sup>st</sup> millennium B.C.) in India settled the tribes of the Aryans and the emergence of civilization in the Ganges basin happened, Vedas were completed, Buddhist religion started to spread, there was an economic boom in India at that time. There were four Vedas: The Rigveda, the Yajurveda, the Samaveda and the Atharvaveda. The Rigveda and the Atharvaveda contained information of a medical nature. In the Rigveda (collection of hymns) almost all parts of the body and three diseases: leprosy, tuberculosis and bleeding in case of miscarriage were named. There were reports of snake bites and other animals being treated with spells. Professional doctors were mentioned and the word “doctor” was used. In the Atharvaveda (book of spells) fever, cough, white leprosy, jaundice, dropsy, wounds, fractures, and others were mentioned. In addition to spells, Indian doctors used drugs from various herbs, medicinal plants and grains (sesame, mustard, barley), as well as rice, honey, milk, and exactly diet.

Classical period (1<sup>st</sup> millennium B.C. – 5<sup>th</sup> century A.D.) was the era of the social and economic flourishing of the Ancient India. Moreover, at that time system of traditional medicine (Ayurveda – the science of longevity) was formed.

Ayurveda Cheraki (1<sup>st</sup> – 2<sup>nd</sup> century A.D.) mostly was devoted to the treatment of internal diseases. It had 8 chapters: treatment of wounds, treatment of diseases of the scalp, treatment of diseases of the whole body, treatment of mental illness, childhood diseases, as well as antidotes, elixirs, and sexual enhancers.

The Compendium of Sushruta (4<sup>th</sup> century A.D.) is considered as one of the foundational texts of Aurveda. It was devoted to the surgery. More than 300 operations

are described, including amputations, stone crushing, hernia dissection; plastic surgery to restore the nose, ears, lips, described the method of rhinoplasty, and lens replacement surgery. Ayurveda is assigned a place as a subsidiary Veda (upaveda).

Ayurveda became a part of Indian National health care system. There are state clinics for Ayurveda across the country.

## **PECULIARITIES OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE**

*Martynenko N., KhNMU, Kharkiv*

According to ancient Chinese medicine, the disease arose as a result of an imbalance between the two principles of Yang and Yin. The division of Yin and Yang in the human body was as follows: back – Yang, lungs – Yin, abdomen – Yin spleen – Yang, however, it should be taken into account that each organ is a composition of both elements. The most famous treatise on traditional Chinese medicine is Huang Di Nei Jing («Canon of the Yellow Emperor on the Interior»). According to it, normal functioning of the human body is the result of mutual opposition and balance in the unity of the interaction of Yin and Yang. And if the energy processes of the organism can be classified as Yang, the material basis in this is Yin, because it is matter that is the basis of energy. Ancient Chinese physicians believed that human being was a world in miniature and is a combination of five elements. These elements enter the body with food, which is digested, absorbed and finally converted into blood. This blood is cold, motionless, black, and is the passive principle of Yin until air from the lungs (Yang) enters it. Only after that the blood begins to move and becomes hot and lighter, flowing through the body nourishes it. The study of anatomy existed only in the early stages of ancient Chinese statehood.

In the «Book of Miracles» anatomy was considered a means of constantly replenishing knowledge about the structure of the human body. It was about the need to dissect the corpse and study the density of the heart, liver, lungs and other internal organs, the size of the stomach and intestines, the length of blood vessels, blood properties, pelvic volume, etc. However, with the transfer from monotheism to the development of paganism and philosophy, bans on the dissection of bodies began to be introduced. There were few mentions of anatomical research in Ancient China in the 4<sup>th</sup> century B.C. It was information about the governor of one of the provinces who allowed doctors to dissect 40 corpses of decapitated people for further study in the interests of science. In general, anatomical research in Ancient China was banned in the 2<sup>nd</sup> century B.C. in connection with the introduction of Confucianism, which forbade the dissection of the human body.

There was a big variety of diagnostic methods, such as examination of skin, examination of eyes and ears, examination of the mucous membranes and tongue,



examination of urine (even to taste), determination of odor, listening to sounds occurring in the human body, and pulse diagnostics. The theory of the struggle of the two opposites of Yin and Yang was the basis for the development of the principles of treatment: heat was treated with cold, work – with rest, sour – with sweet.

*Acupuncture.* This method in Ancient China was called zhen-jiu («zhen» means «injection with a golden needle», «jiu» means «cauterization»). In fact, it was stimulation of significant points on the human body. *Burning (warming)* was also a specific method of treatment, when special cigarettes from medicinal plants were used for longevity and disease prevention. *Massage and physiotherapy* («Wu Xing Shi» a game of five animals) were used as well as water procedures, sun rays, and breathing exercises. In conclusion, we have to underline that traditional Chinese medicine had mostly prophylactic character.

## FROM THE HISTORY OF PUBLIC HEALTH

*Kravchenko V., Astapova Ya., KNMU, Kharkiv*  
*Pristyuk K., NTU «KhPI», Kharkiv*

The history of public health and medicine is inextricably related to the development of humanity and medical knowledge. The first mention of the public health is found in the teachings of Hippocrates and Avicenna. Important aspects of the Hippocrates teachings include the requirements of cleanliness (for patients and doctors), moderation in food, living where the clean air is. Avicenna (Ibn Sina) used elements of sanitation and hygiene as the prevention and treatment of diseases. His best-known studies on public health are «the Book of Healing» and «the Canon of Medicine», which became textbooks for the study of medicine in medieval universities [1]. According to the definition, given by World Health Organization (WHO), health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease. Public health includes: protection of health, prevention of disease and promotion (preservation) of health, this is the prevention of disease, injury, disability and prolongation of life expectancy, under condition of healthy lifestyle.

The existence of the foundations of public health in the Ukrainian lands is confirmed by the information about the introduction of sanitary culture and hygiene among the population of Kievan Rus. One of the traditions of the Ukrainian people is to keep the house, yard, body, linen and clothes clean.

Among the many regulations in the field of public health, the WHO Declaration on Public Health, adopted at the International Primary Health Care Conference (September 12, 1987, Almaty) is important. The declaration pointed to the need for implementation of measures to protect and promote the health of the

entire the world population by the governments of all states. In the document was stressed that health cannot be achieved without primary health care, which should be available to the entire population of the world.

The Health Promotion Charter was presented at the International Health Promotion Conference (November 21, 1986, Ottawa). The Charter admits that the formation of a healthy lifestyle is an effective system of action, among which the five areas became main: promoting the implementation of health policy; development of personal skills of a healthy lifestyle; creating a favorable natural and social environment; development of communities activity and health care issues organizations; reorientation of health system priorities [1].

Public health activities are based on a number of documents, among which are important: The International Health Regulations (IHR) were adopted in 2005. IHR is an agreement between 196 countries aimed at joint work for global health; The UN General Assembly Resolution (19–20.09.2011) on the prevention and control of noncommunicable diseases. European health and well-being policy is an action plan to strengthen public health potential and services. Commitments have been made to address the global threat posed by four «globally important» non-communicable diseases (cardiovascular, cancer, diabetes and chronic respiratory) and related risk factors: tobacco use, malnutrition, lack of physical activity alcohol abuse; The Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region for 2016–2025 was approved at the Global Health Promotion Conference (10–14 June 2013, Helsinki).

Ukraine, as a member of the United Nations, by signing an association agreement between Ukraine and the European Community has committed itself to develop cooperation in the field of health and has joined the Sustainable Development Goals through the development of relevant national strategic objectives, including public health.

The Concept of development of the public health system in Ukraine was approved by the order of the Ukraine Ministers Cabinet dated 30.11.2016 № 1002-r [2]. The Ukraine Health Ministry has established the Public Health Center – a health care institution responsible for maintaining and health promotion of the population, social and hygienic monitoring of diseases, epidemiological surveillance and biosafety, disease prevention, control of epidemics and strategic public health management.

Analyzing the public health documents, scientists see among the functions of public health institutions the main: epidemiological surveillance, assessment of the health and well-being of the population; monitoring and responding to health hazards and during health emergencies; health protection, including in the field of environmental safety, labor, food, etc; Health promotion, influencing social determinants and reducing health inequalities. They consider four main risk factors for noncommunicable diseases (tobacco, alcohol, nutrition and physical activity); Prevention of diseases, their early detection. This function includes the prevention of

diseases, their early detection and assistance to patients in diseases treatment and maintaining the maximum quality of life; providing strategic management for the interests of health; providing the public health sector with qualified personnel; ensuring the functioning and expediency of the organizational structures existence that must ensure the implementation of operational functions; outreach, communication and social mobilization for the interests of health are aimed at improving the level of health literacy; development promotion of health research to provide a scientific basis for relevant policies and practices [3, p. 25].

#### **References:**

1. Borisenko A.V. Public health in the world and in Ukraine. URL: [http://cgz.vn.ua/problematika-gromadskogo-zdorovya/problematika-gromadskogo-zdorovya\\_445.html](http://cgz.vn.ua/problematika-gromadskogo-zdorovya/problematika-gromadskogo-zdorovya_445.html) (access date: 30.10.2020).
2. Ognev V.A., Chukhno I.A. Public health: content and management aspect. Ukraine. *The health of the nation*. 2018. № 3. P. 58–60.
3. Slabky G.O., Mironyuk V.I., Kachala L.O. The public health system: the vision of the World Health Organization. Basic operational functions of public health and their content. Ukraine. *The health of the nation*. 2017. № 3. P. 24–31.

## ПЕРЕЛІК УЧАСНИКІВ

ІІІ науково-практичної конференції з міжнародною участю "Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення" – 05 листопада 2020 р.

Астапова Яна Валеріївна	лаборант кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
Боброва Оксана В'ячеславівна	к.мед.н., доцент кафедри гігієни та соціальної медицини, Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Харків
Васильєв Костянтин Костянтинович	д.мед.н., проф., професор кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я і медичного права, Одеський національний медичний університет, Одеса
Васильєв Юрій Костянтинович	к.мед.н., доц., доцент кафедри громадського здоров'я, Медичний інститут Сумського державного університету, Суми
Вашев Олег Єгорович	к.мед.н., доц., доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
Вашева Анастасія Олегівна	асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
Власенко Ольга Володимирівна	студент, ІІІ медичний факультет, 6 курс, 3 група, ХНМУ, Харків
Волков Ігор Ігорович	студент, І медичний факультет, 4 курс, 7 група, ХНМУ, Харків
Голобородько Ірина Володимирівна	студент, ІІІ медичний факультет, 4 курс, 20 група, ХНМУ, Харків
Голубнича Галина Ігорівна	асистент, медичний факультет, ХНУ ім. В.Н. Каразіна, Харків
Голубнича Ольга Олександрівна	асистент кафедри гігієни та соціальної медицини медичного факультету, Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Харків
Даниленко Георгій Миколайович	д.мед.н., проф., директор, ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»; професор кафедри гігієни та соціальної медицини, Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Харків
Іващенко Роман Олегович	асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
Каднай Олексій Сергійович	студент, І медичний факультет, 4 курс, 07 група, ХНМУ, Харків
Капустник Валерій Андрійович	д.д.мед.н., проф., заслужений працівник освіти України, ректор, ХНМУ, Харків
Кателевська Наталія Миколаївна	доцент, кафедра гігієни та екології №1, ХНМУ, Харків

Кисляков Сергій Валерійович	голова медичної (військово-лікарської) комісії територіального медичного об'єднання МВС України по Сумській області, Суми
Ковтун Михайло Іванович	д.мед.н., доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ; головний лікар КНП «Харківська міська клінічна лікарня № 14 ім. проф. Л.Л. Гіршмана», Харків
Короп Олег Андрійович	д.мед.н., проф., професор кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ; професор кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я, ХМАПО, Харків
Косилова Ольга Юріївна	к.мед.н., асистент кафедри гігієни та екології № 1, ХНМУ, Харків
Кравченко Валерій Іванович	к.е.н., доц., доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
Кривонос Кристина Анатоліївна	директор КП «Санепідсервіс», Харків
Лантух Ігор Валерійович	д.психол.н., доц., доцент, Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Харків
Лещина Ірина Володимирівна	к.мед.н., доц., в.о. проректор з науково-педагогічної роботи, ХНМУ, Харків
Лісовий Володимир Михайлович	д.мед.н., проф., член-кореспондент Національної академії медичних наук України, заслужений лікар України, голова Вченої ради, ХНМУ, Харків
Літвінова Катерина Олександрівна	студент, І медичний факультет, 6 курс, 02 група, ХНМУ, Харків
Логвинова Олена Валентинівна	директор, КНП «Міська стоматологічна поліклініка № 7» Харківської міської ради, Харків
Любченко Анастасія Олександрівна	студент, стоматологічний факультет, 3 курс, 02 група, ХНМУ, Харків
Мазур Євгенія Василівна	лікар-офтальмолог, КНП «Закарпатська обласні клінічні лікарня» Закарпатської обласної ради, Мукачево
Марковський Володимир Дмитрович	д.мед.н., проф., проректор з науково-педагогічної роботи, ХНМУ, Харків
Мартиненко Наталія Миколаївна	к.і.н., доц., доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
Медведєва Маргарита Сергіївна	студент, стоматологічний факультет, 3 курс, 02 група, ХНМУ, Харків
Мельниченко Олександр Анатолійович	д.держ.упр., проф., професор кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків

Мельник Ксенія Олександрівна	лікар-геніколог, КНП «Міська клінічна лікарня № 31» Харківської міської ради, Харків
Міщенко Марина Михайлівна	аспірант кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
Міщенко Олександр Миколайович	к.мед.н., доц., Харківський регіональний інститут охорони здоров'я, Харків
Муратов Георгій Рафікович	к.мед.н., доц., директор, КНП «Обласна дитяча клінічна лікарня» Харківської обласної ради, Харків
М'якіна Олександр Володимирович	к.мед.н., доц., доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
М'якіна Денис Олександрович	лікар-рентгенолог, КНП «Міська поліклініка № 11» Харківської міської ради, Харків
М'якіна Дмитро Олександрович	лікар-суд-мед-експерт, Харківське обласне бюро судової медичної експертизи, Харків
М'ясоєдов Валерій Васильович	д.мед.н., проф., заслужений діяч науки і техніки України, проректор з наукової роботи, ХНМУ, Харків
Нагута Людмила Олександрівна	к.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології № 1, ХНМУ, Харків
Нартов Павло Вікторович	д.мед.н., проф., директор КНП «Обласна клінічна інфекційна лікарня» Харківської обласної ради, Харків
Нестеренко Валентина Геннадіївна	к.мед.н., асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
Огнєв Віктор Андрійович	д.мед.н., проф., завідувач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
Олійник Поліна Сергіївна	студент, III медичний факультет, 4 курс, 20 група, ХНМУ, Харків
Орел Ольга Володимирівна	асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
Пелих Іван Миколайович	студент, I медичний факультет, 4 курс, 7 група, ХНМУ, Харків
Пересипкіна Тетяна Валентинівна	к.мед.н., ст.наук.співроб., завідувач відділення наукової організації медичної допомоги школярам і підліткам, ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної академії медичних наук України», Харків
Подпрядова Анна Анатоліївна	асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
Подрігало Леонід Володимирович	д.мед.н., проф., завідувач кафедри гігієни та фізіології людини, Харківська державна академія фізичної культури, Харків
Подрігало Ольга Олександрівни	к.б.н., доц., доцент кафедри гігієни та фізіології людини, Харківська державна академія фізичної культури, Харків

Помогайбо Катерина Георгіївна	к.мед.н., старший викладач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
Прістюк Катерина Денисівна	студент, факультет соціально-гуманітарних технологій, 3 курс, група 210.8, Національний технічний університет «Харківський політехнічний інститут», Харків
Просоленко Наталія Василівна	к.мед.н., доц., доцент кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я, ХМАПО, Харків
Рогова Олена Сергіївна	студент, III медичний факультет, 4 курс, 19 група, ХНМУ, Харків
Рижова Дарина В'ячеславівна	студент, I медичний факультет, 6 курс, 02 група, ХНМУ, Харків
Романова Наталія Георгіївна	асистент кафедри гігієни та соціальної медицини медичного факультету, Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Харків
Рудаков Олександр Сергійович	студент, III медичний факультет, 4 курс, 19 група, ХНМУ, Харків
Савицький Руслан Едуардович	головний лікар, Оптіма-плюс, Харків
Сердюк Олександр Іванович	д.мед.н., проф., завідувач кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я, ХМАПО, Харків
Серашова Ірина Сергіївна	студент, медичний факультет, 6 курс, VI-604 група, ХНУ ім. В.Н. Каразіна, Харків
Сидоренко Тетяна Павлівна	к.мед.н., доцент кафедри гігієни та соціальної медицини медичного факультету, Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Харків
Сокол Костянтин Михайлович	к.мед.н., проф., професор кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
Соколова Ірина Вадимівна	студент, I медичний факультет, 4 курс, 07 група, ХНМУ, Харків
Сотнікова- Мелешкіна Жанна Владиславівна	к.мед.н., доц., завідувач кафедри гігієни та соціальної медицини медичного факультету, Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Харків
Стоян Анна Олегівна	студент, I медичний факультет, 5 курс, 2 група, ХНМУ, Харків
Удовиченко Наталія Миколаївна	к.держ.упр., доц., директор Центру інноваційних технологій «Планета стоматології»; доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків

Усенко Світлана Георгіївна	к.мед.н., доц., доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
Харченко Еліна Олександрівна	студент, III медичний факультет, 6 курс, 3 група, ХНМУ, Харків
Хворостінко Тетяна Богданівна	студент, I медичний факультет, 4 курс, 08 група, ХНМУ, Харків
Черненко Інна Іванівна	к.мед.н., старший викладач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
Шевченко Олександр Сергійович	директор, Харківський регіональний інститут охорони здоров'я, Харків
Штефан Людмила Володимирівна	д.пед.н., проф., професор кафедри педагогіки, методики та менеджменту освіти, Українська інженерно-педагогічна академія, Харків
Щербина Ірина Миколаївна	д.мед.н., проф., професор кафедри акушерства та гінекології № 1, ХНМУ, Харків
Яворський Вадим Володимирович	к.мед.н., доц., директор КНП ХОР «Обласний центр служби крові», доцент кафедри анестезіології, інтенсивної терапії, трансфузіології та гематології ХМАПО, Харків
Яременко Альона Володимирівна	асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
Mohanty Tanmaya	студент, VI медичний факультет, 3 курс, 4 група, ХНМУ, Харків
Rishu Kamboj	студент, VI медичний факультет, 4 курс, 24 група, ХНМУ, Харків



## ЗМІСТ

<b>Секція 1. ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я</b>	<b>3</b>
<b>Капустник В.А., Лісовий В.М., Огнєв В.А.</b> Європейські ініціативи щодо забезпечення промоції здоров'я .....	3
<b>М'ясоєдов В.В., Марковський В.Д., Лещина І.В., Огнєв В.А.</b> Скринінгові технології в сучасній системі охорони здоров'я .....	10
<b>Даниленко Г.М., Сотнікова-Мелешкіна Ж.В., Романова Н.Г.</b> Формування навичок здорового способу життя у школярів із різним ставленням до освітнього закладу .....	22
<b>Лантух І.В.</b> Суїцид як показник громадського здоров'я: іноземний досвід .....	24
<b>Івашенко Р.О., Власенко О.В., Харченко Е.О.</b> Синдром емоційного вигорання як проблема сьогодення у медичних працівників .....	26
<b>Щербина І.М., Нагута Л.О.</b> Покращення здоров'я в умовах жіночої консультації .....	28
<b>Стоян А.О., Кателевська Н.М.</b> Утилізація промислових відходів як еколого-гігієнічний спосіб впливу на параметри громадського здоров'я .....	29
<b>Pomohaibo K.G., Rishu Kamboj.</b> Factors conditioning the implementation of preventive measures for overweight and obesity at the individual and population level .....	30
<b>Pomohaibo K.G., Rishu Kamboj.</b> The importance of an integrated approach in the fight against overweight and obesity .....	32
<b>Kadnai O., Orel O.</b> Stress and pregnancy .....	33
<b>Sokolova I., Orel O.</b> Arterial hypertension as a risk of termination of pregnancy .....	34
<b>Yaremenko A., Volkov I.</b> Problems of vaccination in Ukraine .....	36
<b>Секція 2. ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19</b> .....	<b>38</b>
<b>Огнєв В.А., Ковтун М.І., Нестеренко В.Г.</b> Особливості формування інформаційної політики з протидії COVID-19 на міжнародному та національному рівнях .....	38
<b>Муратов Г.Р., Мельниченко О.А.</b> Особливості функціонування підприємств сфери охорони здоров'я України в умовах COVID-19 ...	42
<b>Боброва О.В., Нартов П.В., Кривонос К.А.</b> Лабораторні та клінічні предиктори прогнозування тяжкості перебігу коронавірусної хвороби .....	44
<b>Усенко С.Г., Рогова О.С., Рудаков О.С.</b> Збереження здоров'я в умовах пандемії COVID-19 .....	48

<b>Іващенко Р.О., Голобородько І.В., Олійник П.С.</b> Емоційне вигорання медичних працівників в умовах пандемії COVID-19 .....	49
<b>Черненко І.І., Каднай О.С.</b> Визначення добового вмісту вітаміну С у раціоні студентів ХНМУ як фактору профілактики ГРВІ .....	51
<b>Yaremenko A., Kadnai O.</b> Assessment of the state of vaccination of Kharkiv students to measles virus .....	52
<b>Yaremenko A., Pelykh I.</b> Assessment of the level of Ukrainian refusal of vaccination and main determinants which affect vaccine reduction .....	54
<b>Секція 3. ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА, СУЧАСНА ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА БІОЛОГІЧНА СТАТИСТИКА .....</b>	<b>56</b>
<b>Огнєв В.А.</b> Конфаундинг або змішування в медико-соціальних дослідженнях .....	56
<b>Подрігало О.О., Подрігало Л.В., Сокол К.М.</b> Використання кваліметричного методу при аналізі особливостей способу життя дітей, підлітків і молоді .....	60
<b>Усенко С.Г., Хворостінко Т.Б.</b> Соціальні мережі як інструмент для дослідження здоров'я населення .....	62
<b>Пересипкіна Т.В., Нестеренко В.Г.</b> SWOT-аналіз в організації медичного забезпечення дітей шкільного віку .....	64
<b>Міщенко М.М., Міщенко О.М.</b> Фактори ризику розвитку серцево-судинних захворювань .....	65
<b>Podpriadova A.</b> Methods for predicting the risk of myocardial infarction in the adult population .....	68
<b>Pelikh I., Orel O.</b> Toxoplasmosis as a factor of congenital developmental developments .....	70
<b>Pomohaibo K.G., Rishu Kamboj.</b> Analysis of the main and concomitant risk factors of the growing obesity epidemic worldwide .....	71
<b>Секція 4. ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....</b>	<b>73</b>
<b>Вашева А.О., Вашев О.Є.</b> Національна система охорони здоров'я Великобри-танії: досвід для України .....	73
<b>Короп О.А., Кисляков С.В.</b> Організація роботи та основні показники діяльності медичних (військово-лікарських) комісій .....	76
<b>Подпрядова А.А.</b> Організація медичної допомоги хворим на інфаркт міокарда .....	78
<b>Короп О.А., Мазур Є.В.</b> Аналіз показників госпітальної захворюваності та лікувальних технологій при очному травматизмі в Закарпатському регіоні .....	80
<b>Яворський В.В., Короп О.А.</b> Шляхи удосконалення служби крові на регіональному рівні .....	81
<b>Вашева А.О., Любченко А.О., Медведєва М.С.</b> Ятрогенія і безпека медичної допомоги як найважливіші аспекти сучасного лікування ...	83

<b>Podpriadova A.</b> Scientific substantiation of the quality of life management model of patients with myocardial infarction .....	86
<b>Секція 5. ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....</b>	<b>88</b>
<b>Мельниченко О.А., Косилова О.Ю., Нестеренко В.Г.</b> Полеміка щодо сутності поняття «механізми публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я» .....	88
<b>Удовиченко Н.М., Логвинова О.В., Савицький Р.Е.</b> Огляд полеміки науковців щодо ролі держави у забезпеченні здоров'я населення .....	89
<b>Секція 6. ОСВІТНЯ ДІЯЛЬНІСТЬ В СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я .....</b>	<b>92</b>
<b>Сердюк О.І., Короп О.А., Просоленко Н.В.</b> Якісні зміни післядипломної медичної освіти як складова державної політики з охорони громадського здоров'я .....	92
<b>Сотнікова-Мелешкіна Ж.В., Сидоренко Т.П., Голубнича О.О.</b> Трансфер результатів дослідницьких пошуків у навчальний процес на кафедрі гігієни та соціальної медицини медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна .....	93
<b>Голубнича О.О., Сєрашова І.С., Голубнича Г.І.</b> Емоційні та професійні аспекти діяльності як фактор ризику формування синдрому вигорання вчителів .....	95
<b>Melnychenko O., Litvinova K., Ryzhova D.</b> Readiness of medical graduates for employment abroad .....	96
<b>Shevchenko O., Shtefan L., Mishchenko M.</b> Preliminary results of the study of motivation and readiness of medical workers with pedagogical education to teach valeological disciplines .....	98
<b>Секція 7. ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ .....</b>	<b>100</b>
<b>Васильєв К.К., Васильєв Ю.К.</b> До біографії соціального гігієніста Пантелеймона Наумовича Чорноброва (1910–1996) .....	100
<b>М'якина О.В., Мельник К.О.</b> Посади та положення лікарів за імперської доби .....	101
<b>М'якина О.В., М'якина Д.О.</b> Реформування клінік у Харкові наприкінці ІХ ст. – на початку ХХ ст. ....	104
<b>М'якина О.В., М'якина Д.О.</b> Наукові медичні товариства імперської доби на теренах сучасної України .....	107
<b>Martynenko N., Mohanty Tanmaya.</b> Medicine of ancient India .....	109
<b>Martynenko N.</b> Peculiarities of traditional Chinese medicine .....	111
<b>Kravchenko V., Astapova Ya., Pristyuk K.</b> From the history of public health .....	112