

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



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

Томілінські читання

Матеріали VI науково-практичної конференції
з міжнародною участю, присвяченої 100-річному ювілею
кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я
Харківського національного медичного університету

м. Харків, 02 листопада 2023 року



Харків – 2023

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

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

Томілінські читання

*Матеріали VI науково-практичної конференції
з міжнародною участю, присвяченої 100-річному ювілею
кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я
Харківського національного медичного університету*

м. Харків, 02 листопада 2023 року

Харків
ХНМУ
2023

УДК 614.2(477)

Г 87

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 11 від 23.11.2023 р.

Редакційна колегія: М'ясоєдов В.В., Огнев В.А.,
Нестеренко В.Г., Сокол К.М.,
Мельниченко О.А., Подпрядова А.А.

Г87 **Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення «Томілінські читання»:** матеріали VI науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 100-річному ювілею кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету, Харків, 02 листопада 2023 р. / ред. кол.: В.В. М'ясоєдов, В.А. Огнев, В.Г. Нестеренко та ін. Харків, 2023. 228 с. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10292543>

УДК 614.2(477)

© Харківський національний
медичний університет, 2023
© В.В. М'ясоєдов, В.А. Огнев,
В.Г. Нестеренко та ін., 2023

ЗМІСТ

Привітання ректора Харківського національного медичного університету професора В.А. Капустника	11
---	----

Секція 1. ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

Капустник В.А., Лісовий В.М., Огнєв В.А. До 100-річчя заснування кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я ХНМУ	13
М'ясоєдов В.В., Огнєв В.А., М'якіна О.В. Діяльність лікарів України кінця XVIII – початку XX століття	20
Марковський В.Д., Лещина І.В., М'якіна О.В. Наукова та викладацька спадщина професора Петра Гулака-Артемовського	23
Демочко Г.Л., Робак І.Ю. Медичне красзнавство на сучасному етапі: кросвер з Urban Health	26
Васильєв Ю.К. Арон Іосифович Бурштейн (1890–1965) – автор керівництв з методів санітарно- гігієнічних досліджень	28
Васильєв К.К. Історик медицини, кандидат медичних наук Микола Каленикович Бородій	30
Грузєва Т.С. 100 років на службі громадського здоров'я (до 100-річчя кафедри громадського здоров'я НМУ імені О.О. Богомольця)	31
Белєвцова Я.С., Рибинська Ю.Г. Вацлав Крашевський: випускник Харківської вищої медичної школи, відомий лікар, суспільний та політичний діяч Польщі (1872–1931)	35
Веремей М.І., Кудієвський Я.В., Таран Н.В. Досвід кафедри гігієни, безпеки праці та професійного здоров'я навчально- наукового інституту громадського здоров'я та профілактичної медицини НМУ імені О.О. Богомольця щодо вивчення і покращення стану здоров'я працюючого населення	37
Зайцев В.В., Семенова Л.С., Соколова Л.О. Професор Т.О. Бажан – історик медицини України (до 95-річчя з дня народження) ..	39
Мартиненко Н.М. Лікарня для бідних Харківського медичного товариства: пошуки фінансування	40
Машевич А.М. Діяльність та історія комунального некомерційного підприємства «Одеський регіональний клінічний протипухлинний центр» Одеської обласної ради	41
М'якіна О.В., Сокол К.М., М'якіна Д.О., Мельник К.О. Зіркове життя реформатора медицини – Йогана Петера Франка	43

М'якина О.В., Подпрядова А.А., Мельник К.О., М'якина Д.О. Соляні скарби України: випробування часом	46
Жидкова К.Г., Богачова О.С. Історичні аспекти профілактики туберкульозу	49
Устяк Н.В., Рябовол В.М., Брухно Р.П. Громадське здоров'я: історія та перспективи розвитку	51
Нікуліна Г.Л., Боровик І.Г., Багмут В.В. Короткий нарис про історію кафедри гігієни праці та професійних хвороб як складової частини кафедри гігієни, епідеміології, дезінфектології та професійних хвороб	53

Секція 2.

РОЗБУДОВА СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Медведовська Н.В., Стовбан І.В., Квач М.Д. Аналіз медико-демографічних передумов формування репродуктивного здоров'я населення в Україні.....	55
Децик О.З., Юкіш Г.Я., Ковальчук Р.Є. Аналіз якості життя людей з інвалідністю після травм опорно-рухового апарату.....	57
Кривенко І.П., Чалий К.О. Роль цифрової трансформації суспільства в дослідженнях громадського здоров'я.....	59
Хоменко І.М., Чешко Я.М. Перспективи цифрової стратегії розвитку системи громадського здоров'я України...	61
Бурдюг В.С., Сокол К.М. Громадське здоров'я в Україні	63
Peresipkina T.V. Some features of the state policy of Ukraine in ensuring Public Health	65
Yaremenko A.V. The importance of vaccination of children and the level of vaccination coverage against measles, rubella and mumps in the Cherkasy region	67

Секція 3.

ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА, СУЧАСНА ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА БІОЛОГІЧНА СТАТИСТИКА

Сіренко П.О., Стороженко І.П., Жіденс Я. Особливості статистичної обробки ІЕМГ даних перекриття міофіламентів у кінематичних ланках поясу нижніх кінцівок	69
Усенко С.Г., Бойко І.С., Дяченко М.С. Результати соціологічних досліджень щодо рівня щеплення серед дітей	71
Коренєва Є.М., Смоленко Н.П., Бречка Н.М. Експериментальне моделювання чоловічої гіпофертильності	72

Вашенко В.В., Сухарєва Л.П., Мирошниченко М.С. Доказова медицина у практичній діяльності лікаря.....	74
Ковальова О.М., Шапкін В.Є., Іванченко С.В. Доказова медицина у практиці сімейного лікаря.....	75
Зяць М.М. Сучасний менеджмент доказової фармакотерапії первинного болю голови	78
Pomohaibo K.G., Hussein Dergham Planning different types of experimental studies	80
Pomohaibo K.G., Hussein Dergham Basic clustering methods used to develop a typology or classification	82
Pomohaibo K.G., Hussein Dergham The development of clinical epidemiology and its importance for a modern specialist.....	84

Секція 4. ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Лехан В.М., Надутий К.О. Обґрунтування доопрацювання методики тарифікації діагностично-споріднених груп в Україні	87
Яворовський О.П., Паламар Б.І., Брухно Р.П. Ускладнення як індикатор безпеки лікарняного середовища.....	89
Коробчанський В.О., Олійник Ю.О. Концепція «Медицина граничних станів» – оптимальна складова реалізації детермінантів здоров'я людства.....	91
Калашникова Н.М., Грузєва Т.С. Нормативно-правове регулювання боротьби з раком в Україні, у т.ч. з раком шкіри.....	94
Подольський В.В., Подольський В.В., Медведовська Н.В., Стовбан І.В., Знак В.М. Вплив збройних конфліктів на стан здоров'я жінок: глибоке занурення у травматичний досвід та соціальні потрясіння.....	97
Литвинова Л.О., Артемчук Л.І., Орличенко К.В. Сирітство як медико-соціальна проблема сучасної України	101
Разумна А.Г. Детермінанти забезпечення психологічного здоров'я здобувачів медичної освіти в умовах воєнного часу	104
Коробко М.Ю. Вплив стоматологічної захворюваності на якість життя дітей.....	106
Завгородня Л.В., Стукалкіна Д.С. Психологічний стан лікарів-інфекціоністів під час пандемії (на прикладі COVID-19).....	108

Сімонян Л.С. Аналіз захворюваності на грип за регіонами країни	110
Сущенко Е.В., Меркулова Т.В. Запровадження технологій здоров'язбереження у вищій освіті крізь призму сучасних викликів.....	111
Александрова К.В., Лісова Є.М., Григоров М.М. Посттравматичий стресовий розлад в умовах сучасних викликів в Україні	113
Литвинова Л.О., Донік О.М., Гречишкіна Н.В. Фельдшерсько-акушерські пункти – осередок сільської медицини: минуле і сьогодення.....	114
Міщенко М.М., Міщенко О.М. Соціально-психологічні особливості хворих після перенесеного мозкового інсульту..	117
Міщенко М.М., Міщенко О.М. Структурні характеристики оптимізованої моделі раннього виявлення та первинної профілактики мозкових інсультів в сучасних умовах.....	118
Чумаченко І.В., Бондаренко А.В., Доценко Н.В., Бондаренко О.В. Agile-трансформація процесів управління людськими ресурсами в мультипроектному медичному середовищі.....	121
Якубінський М.В. Сучасний погляд на проблеми профілактики судинних захворювань нижніх кінцівок у системі громадського здоров'я.....	123
Vasheva A.O. Foreign experience of the organization of social and medical assistance to the elderly population	125
Nesterenko V.G., Krasnikova S.O., Shevchenko A.S. Media discussions about hospice and palliative care in Ukraine since beginning of the war.....	127
Bachir Almoghrabi, Nesterenko V.H., Nesterenko R.V. The effect of economic crisis on health system in Lebanon	129
Podpriadova A.A. Rejuvenation of cardiovascular diseases: causes and consequences.....	133
Orel O.V. Prevalence of pregnancy complications in the Kharkiv region.....	134
Orel O.V. Organization of medical assistance for pregnant women with hypertensive disorders	135
Yaremenko A.V. Procedure for carrying out preventive vaccinations among children in Ukraine	136
Yaser J.K. Alsaidi Healthcare in conditions of modern challenges	137

Секція 5.
ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я, ПРОФІЛАКТИЧНІ СТРАТЕГІЇ

Семидоцька Ж.Д., Чернякова І.О., Красовська К.О. Психосоціальні та духовні аспекти старіння людства у сучасному світі	139
Бабієнко В.В., Мокієнко А.В., Валькевич Д.В. Кліматичні загрози водопостачанню Півдня України.....	142
Григоров М.М., Огнєв В.А., Нестеренко В.Г. Особливості харчування осіб молодого віку.....	145
Сокол К.М., Подрігало Л.В., Подрігало О.О. Обґрунтування уніфікованого підходу до прогнозування донозологічних станів здоров'я у школярів	147
Крупеня В.І., Просолєнко Н.В., Каук О.І. Когнітивні розлади у осіб молодого та середнього віку та методи їх корекції....	149
Усенко С.Г., Малюкін І.Г., Усенко С.А. Особливості впливу факторів навколишнього середовища в умовах воєнного часу серед мешканців Харківської області.....	151
Дика Б.М., Громнадзкий О.В. Розлади психіки депресивного характеру серед молоді під час воєнного стану в Україні	153
Ткачук Н.В., Зелена Л.Б., Короїд М.Ю. Токсичність комплексу залишкових водонерозчинних та водорозчинних сполук одягу «Секонд-хенд» при його пранні синтетичними миючими засобами для дитячої білизни	154
Шаравара Л.П. Дослідження вмісту зважених частинок ультрадисперсного діапазону у атмосферному повітрі м. Запоріжжя	157
Міщенко М.М., Міщенко О.М. Тривожність у хворих після перенесеного мозкового інсульту як соціальна проблема.....	159
Севальєв А.І., Волкова Ю.В. Дрібні фракції пилу (PM ₁₀ та PM _{2,5}) як екологічна детермінанта здоров'я	161
Мирошниченко М.С., Бібіченко В.О., Кузнецова М.О. Профілактична стратегія попередження розвитку внутрішньогоспітальної інфекції в терапевтичних відділеннях лікарень м. Харкова	162

Секція 6.

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Мельниченко О.А.

10 років підготовки магістрів публічного управління та адміністрування на кафедрі громадського здоров'я та управління охороною здоров'я ХНМУ 165

Парій В.Д., Грищук С.М.

Роль лікарняних кас в покращенні доступності та якості медичної допомоги населенню на прикладі Житомирської області 168

Жданова Н.О.

Інституційне забезпечення публічного управління ринком стоматологічних послуг 170

Сєменко С.В.

Формування спроможної мережі як запорука підвищення якості первинної медичної допомоги 172

Овчарова Ж.М.

Необхідність переходу публічного управління розвитком до публічного реагування на виклики в сфері охорони здоров'я 174

Набока Л.В.

Формування стресостійкості публічних службовців в умовах воєнного стану ... 176

Шуфрич О.Н.

Реформування регіонального управління у сфері охорони здоров'я в умовах євроінтеграції 179

Секція 7.

МЕДИЧНА ОСВІТА, НАУКА ТА ПРАКТИКА

Грузєва Т.С.

Обґрунтування навчального контенту дисципліни «Політика та етика в громадському здоров'ї. Міжсекторальні стратегії» в курсі підготовки магістрів громадського здоров'я 181

Крячкова Л.В., Сімон К.І., Кий-Кокарева В.Г.

Аналіз задоволеності здобувачів вищої медичної освіти набутими цифровими компетенціями 183

Сердюк О.І., Просолєнко Н.В., Літвінов В.Г.

Окремі питання організації симуляційного навчання на етапі післядипломної медичної освіти 185

Чухно І.А., Литвиненко М.І. Підготовка здобувачів вищої освіти за спеціальністю 227 «Терапія та реабілітація» в системі громадського здоров'я.....	187
Іншакова Г.В., Грузєва Т.С., Замкевич В.Б. Імплементація європейських підходів до викладання біостатистики в курсі підготовки магістрів громадського здоров'я.....	190
Гладун Т.С., Філоненко М.М. Моделі навчальних технологій в підготовці здобувачів громадського здоров'я	192
Журавель Я.В. Актуальність набуття професійно-комунікативної компетенції у здобувачів вищої освіти медичних університетів	194
Паустовський Ю.О., Зенкіна В.І., Зінченко Т.О. Особливості викладання дисципліни «Безпека та гігієна праці» за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я»	195
Astapova I.V., Pristyuk K.D. Public health factors in inclusive education.....	197

Секція 8. СТУДЕНТСЬКА НАУКА

Савельєва І.М., Грищук С.М. Гігієнічна характеристика показників якості питної води централізованого водопостачання у Вінницькому регіоні	199
Мосійчук І.В., Грищук С.М. Трудова адаптація інвалідів: підтримка, можливості та виклики	201
Буката А.О., Грищук С.М. Використання статистичних даних для розробки стратегій здорового способу життя	203
Нечаєва Є.О., Вірчик М.В., Кудрявцева Т.О. Вивчення впливу деяких тератогенних чинників на виникнення вроджених вад розвитку у людини.....	205
Ніколаєнко К.О., Трегуб П.О. Антивакцинальний рух як проблема сучасності.....	207
Гасанова Г.Б., Гасанова Н.Б., Трегуб П.О. Основні аспекти біотероризму в Україні.....	209
Молоток В.В., Трегуб П.О. Вплив електронних медичних записів на якість надання медичних послуг	210

Кречківська Л.М., Трегуб П.О.	
Особливості зберігання та транспортування донорської крові в умовах війни ...	211
Овчаренко Н.М., Трегуб П.О.	
Обізнаність молоді щодо методів профілактики онкологічних захворювань	213
Чуніховська Е.С., Трегуб П.О.	
Рівень обізнаності молоді в питанні надання невідкладної допомоги при нападі бронхіальної астми	214
Стромило А.В., Трегуб П.О.	
Проблеми на шляху до раціонального застосування принципів доказової медицини в системі охорони здоров'я	216
Пригожева Т.Д., Фіщук С.М., Трегуб П.О.	
Значення системи «E-Health» для охорони здоров'я	218
Ромохаібо К.Г., Hussein Dergham	
Features of the use of a hypocaloric diet as the most effective way to reduce excess body weight	220
Ромохаібо К.Г., Hussein Dergham	
General principles of diet therapy used to treat obesity	222
Ромохаібо К.Г., Hussein Dergham	
Comparative characteristics of the main types of diet therapy with different methods of construction	224

ПРИВІТАННЯ
ректора Харківського національного медичного університету,
заслуженого працівника вищої освіти, д. мед. н.,
професора В.А. Капустника з нагоди 100-річчя кафедри
громадського здоров'я та управління охороною здоров'я

Шановні колеги,
здобувачі вищої освіти та випускники!

Звертаюся до всіх представників однієї з найшляхетніших та найгуманніших професій у світі, хто має честь бути причетним до славетної кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету, яка сьогодні перегортає величну сторінку вікової історії!

Свій творчий поступ вона розпочала як кафедра соціальної гігієни 23 жовтня 1923 року і за століття існування пройшла довгий, складний і гідний шлях, неодноразово змінюючи назву. Усі ці роки кафедра зберігала і передавала знання багатьом поколінням молоді, генерувала нові наукові й освітні ідеї, підготувала плеяду висококваліфікованих фахівців, які зробили величезний внесок у розвиток української медицини.

Із щирою подякою згадую всіх, хто брав участь у розбудові кафедри: співробітників, викладачів, випускників різних років, професорів і докторів наук, доцентів і кандидатів наук, видатних освітян, науковців, знаних у світі фахівців, членів національних та галузевих академій.

Столітня історія, творчий професорсько-викладацький колектив і впровадження інноваційних технологій у навчальний процес дозволили кафедрі посісти гідне місце серед провідних кафедр соціальної медицини України. Протягом багатьох років на кафедрі здійснюється підготовка не тільки вітчизняних фахівців, а й лікарів з понад 80 країн світу.

Кафедра робить значний внесок у розвиток університету, формує нове покоління її громадян, передаючи кожній молодій людині неоціненний скарб освіченості, духовності та прагнення змінювати на краще життя і долю своєї країни.

Багаторічна, напружена і плідна робота викладачів дозволила кафедрі бути однією з кращих та стати значущим надсучасним навчально-науковим підрозділом в університеті. За цим визнанням – професійність, згуртованість, дбайливе ставлення до традицій і прагнення до пошуку нових шляхів та векторів розвитку, нестримне бажання рухатися вперед до амбітних цілей, натхненна праця колективу, науково-педагогічних працівників, значні досягнення здобувачів вищої освіти й авторитет випускників, які успішно працюють не лише в країні, а й за її межами, втілюючи в життя набуті знання і генеруючи власні наукові думки.

Під керівництвом досвідчених педагогів виховані покоління кваліфікованих лікарських і науково-педагогічних кадрів, широко затребувані в практичній охороні здоров'я і які знайшли застосування своїм знанням в організації охорони здоров'я.

Вірність традиціям у поєднанні з умінням працювати в мінливих умовах сучасності дозволяє кафедрі зберігати і примножувати успіхи, динамічно розвиватися, мати досягнення в усіх сферах. Усе це дає підстави для оптимізму, впевненості у блискучих перспективах процвітання кафедри. Пишаюся кожним із вас, оскільки вам вдалося зберегти справжній дух «першої кафедри».

Дякую за те, що, попри важкі часи, співробітники кафедри продовжують працювати та надавати якісні освітні послуги. А складні умови сьогодення нехай створять стартові можливості для реалізації нових наукових перспектив та здобутків медичної науки.

Впевнений, що кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я гідно подолає виклики сьогодення, набуде нового досвіду, збагатиться вірними друзями та партнерами, а її новий історичний період проходитиме під гаслом відновлення і бурхливого розвитку.

Спільними зусиллями, повною мірою, реалізуємо мету – забезпечимо доступну та якісну профільну освіту кожному здобувачеві вищої освіти, створимо належні умови для самореалізації особистості.

Така надзвичайна єдність, відповідальність, енергійність і працелюбність, любов до народу і рідної alma mater є свідченням готовності кафедри до відбудови країни.

У переддень свята, від імені співробітників Харківського національного медичного університету щиро та сердечно вітаю кафедру громадського здоров'я та управління охороною здоров'я з цією знаменною датою: зі 100-річним ювілеєм!

Висловлюю кожному щиро вдячність за творчу, самовіддану працю, відповідальне ставлення до свого покликання, педагогічну майстерність, яку ви даруєте своїм вихованцям.

Зі словами подяки звертаюся також до здобувачів вищої освіти, які свої знання, досвід і теплоту свого серця віддадуть служінню людям.

Бажаю всім міцного здоров'я – базової умови розвитку країни, її процвітання та економічного зростання, запоруки благополуччя й успіху кожної людини, радісного настрою, оптимізму, наснаги і натхнення в щоденній праці, реалізації перспективних планів, добробуту та впевненості в майбутньому, творчих успіхів і нових звершень на благо вітчизняної охорони здоров'я та медичної науки!

Нехай здійснюються всі задуми та мрії, а віра й оптимізм допомагають долати життєві незгоди і досягати нових вершин, хай щедрою буде до вас доля, оминають повсякденні негаразди, а серця зігріває людська довіра та любов. Мудрості і терпіння в нелегкій справі навчання та виховання молодих майбутніх лікарів Батьківщини.

**Ректор університету
Валерій КАПУСТНИК**

Секція 1. ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

ДО 100-РІЧЧЯ ЗАСНУВАННЯ КАФЕДРИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я ХНМУ

*Капустник В.А., Лісовий В.М., Огнєв В.А.
Харківський національний медичний університет, м. Харків*

У передісторії освітлення подій початку ХХ ст. важливо відзначити, що у 1922–1923 рр. почали виникати кафедри соціальної гігієни. Україна першою відреагувала на нововведення, відкривши кафедру соціальної гігієни у тодішній столиці – Харкові. Виникненню її передувало обговорення питання на з'їздах та у наукових журналах: у червні 1920 р. на Першому Всеукраїнському з'їзді бактеріологів та епідеміологів (Харків) було висловлено ідею про необхідність розпочати у вищій школі викладання суспільної медицини, санітарної статистики та соціальної патології. На сторінках журналу «Лікарська справа» 1921 р. Е.М. Каган обстоював думку про нагальну потребу запровадження соціальної гігієни у вищій школі.

Відкриття кафедр соціальної гігієни потребувало розробки програмних питань і методичного забезпечення цього предмета. Було рекомендовано значно розширити обсяг годин на викладання гігієни, розподіливши матеріал на три частини – загальну гігієну, соціальну та професійну (останні дві були в пріоритеті). До програми курсу «Соціальна гігієна» пропонувалося включити історію її розвитку, демографію з медичною статистикою, вчення про соціальні хвороби, громадську організацію охорони здоров'я. Після підготовчого періоду кафедра соціальної гігієни в Харківському медичному інституті 27 жовтня 2023 року розпочала свою роботу.

Перша в Україні кафедра соціальної гігієни має вікову історію, яку умовно можна поділити на п'ять періодів, за яких змінювалась її назва, провідні напрямки наукової діяльності та головні питання викладання:

1. Створення, становлення та розвиток кафедри соціальної гігієни (1923–1941 рр.). Ініціатором створення кафедри соціальної гігієни в Харківському медичному інституті був Сергій Аркадійович Томілін. Він завідував статистичним відділом Народного комісаріату охорони здоров'я того часу. Сергій Аркадійович здобував медичну освіту, в тому числі, й у Німеччині, відвідуючи клініки Кенігсберзького та Гейдельберзького університетів. Саме там у нього зародилися ідеї щодо соціальної гігієни і цей досвід спонукав професора Томіліна С.А. запропонувати народному комісару охорони здоров'я України Мойсею Григоровичу Гуревичу створити профільну кафедру у Харківському медичному інституті.

Мойсей Григорович Гуревич очолив новостворену кафедру і керував нею майже два роки, до червня 1925 року, попри те, що він обіймав посаду народного комісара охорони здоров'я України. Святкуючи 10-річчя кафедри Харківського медичного інституту у 1933 році, народний комісаріат охорони здоров'я УСРР, зазначав, що М.Г. Гуревич мав велику вагу як організатор та перший керівник кафедри соціальної гігієни.

У червні 1925 р. кафедру очолив Сергій Аркадійович Томілін (1877–1952). Завдяки вагомому внеску вченого, цей семирічний період (до 1932 р.) для кафедри

був найбільш яскравим та плідним. У 1926 році, Томілін С.А. отримав звання професора, а у 1936-му – йому було присуджено ступінь доктора медицини *honoris causa* (за кількістю публікацій). Науковець був автором понад 100 праць, у тому числі 17 монографій. Вчений розвинув ідею про народногосподарську цінність людини, показав, яких втрат зазнає економіка через високий рівень дитячої смертності та низьку тривалість життя. На підставі статистичних даних С.А. Томілін прогнозував динаміку демографічних процесів.

Навколо С.А. Томіліна згуртувався колектив молодих науковців, які сформувались за його безпосередньої участі, і перетворившись на відомих вчених, очолили науково-дослідні інститути, керівні органи охорони здоров'я та працювали професорами у вищих країни, серед них: Йосип Олександрович Арнольд – став директором Донецького інституту гігієни праці; Аркадій Михайлович Мерков – завідував кафедрою санітарної статистики у Всесоюзному науково-дослідному інституті організації охорони здоров'я та історії медицини; Іван Іванович Овсієнко був народним комісаром охорони здоров'я України, і згодом – директором Харківського інституту удосконалення лікарів; Костянтин Федорович Дуепенко завідував кафедрою соціальної гігієни у Київському інституті удосконалення лікарів; Степан Зиновійович Ткаченко завідував кафедрою у Львівському медичному інституті та інші.

У 1933 році професор Томілін С.А. був переведений до Києва, де плідно працював, обіймаючи відповідальні посади у Всеукраїнському інституті соціалістичної охорони здоров'я, Інституті демографії та санітарної статистики, Українському НДІ туберкульозу, Українському інституті епідеміології та мікробіології.

Помер Сергій Аркадійович у 1952 році, у столиці України, місті Київ, де і похований.

Медична спільнота, Міністерство охорони здоров'я України високо оцінило діяльність Сергія Аркадійовича Томіліна. Починаючи з 2002 року, МОЗ провело низку конференцій на вшанування його пам'яті. У 2017 році кафедра провела науково-практичну конференцію присвячену 140-річчю від дня народження С.А. Томіліна (1877–1952) «Історична спадщина та сучасні аспекти забезпечення громадського здоров'я в Україні», основною метою якої було осмислення внеску С.А. Томіліна в розробку теоретичних основ охорони здоров'я населення, з тим, щоб використовувати їх на благо народу незалежної України.

При департаменті охорони здоров'я Київської міської ради було відкрито Музей статистики, де була представлена експозиція професора С.А.Томіліна. На жаль, дотепер музей не зберігся, а фонд професора Томіліна С.А. передано до музею історії медицини (нині Національний музей медицини України).

Харківський національний медичний університет пишається професором С.А. Томіліним – представником Харківської соціал-гігієнічної школи. Колектив кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я ухвалив рішення, починаючи з 2023 року проводити науково-практичні конференції кафедри «Томілінські читання».

У 1933 році кафедру соціальної гігієни Харківського медичного інституту очолив З.А. Гуревич (1898–1985). Після закінчення ХМІ (1924), Зиновій Анатолійович працював спочатку асистентом, згодом – доцентом, потім – професором. 50 років життя Зиновій Анатолійович присвятив цій кафедрі. Він став відомим соціал-гігієністом. Продовжуючи справу попередника (Сергія Аркадійовича Томіліна), він зміцнив наукову школу кадрами – підготувавши 5 докторів та 28 кандидатів медичних наук.

Професор З.А. Гуревич опублікував більше 100 наукових праць і 15 монографій та брошур. Своїми науковими працями він зробив значний внесок в розробку медико-соціальних проблем громадського здоров'я.

II. Кафедра організації охорони здоров'я у 1941–1966 рр. Перший період діяльності «кафедри соціальної гігієни» закінчився у травні 1941 р., коли наказом Наркомату охорони здоров'я вона була реорганізована у кафедру організації охорони здоров'я. Сталося це напередодні німецько-радянської війни та тимчасової окупації Харкова німецькими військами.

Перший і Другий Харківські медичні інститути були евакуйовані: Перший – до м. Чкалов (нині Оренбург, Росія), а Другий – до м. Фрунзе (м. Бішкек, Киргизстан). Після повернення до Харкова у 1943 році, виші були об'єднані і професор З.А. Гуревич був затверджений завідувачем об'єднаної кафедри організації охорони здоров'я Харківського медичного інституту.

Чільне місце, у науково-дослідній діяльності кафедри кінця 1950-х – початку 1960-х років, посідала тематика серцево-судинних захворювань. Вивченню та розробці соціально-гігієнічних проблем цієї патології були присвячені статті З.А. Гуревича та його монографія «Коронарна хвороба». На кафедрі були виконані і захищені кандидатські дисертації за цією тематикою: М.Л. Захарченко, Н.О. Галічевою, І.Д. Гапоненко. Вивчення захворюваності на виразкову хворобу та злоякісні новоутворення також входило до кола наукових інтересів кафедри: докторська дисертація Д.І. Маца; кандидатські дисертації О.А. Кривицького; І.Р. Лазарєва та В.М. Мезенцева.

III. Кафедра соціальної гігієни та організації охорони здоров'я у 1966–1991 рр. З відновленням соціальної гігієни як предмета викладання, у 1966 р., почався новий етап розвитку дисципліни. В середині 1960-х розгорнулася широка дискусія щодо соціальної гігієни, у якій українські вчені зайняли прогресивну позицію з питань відновлення її як науки і навчальної дисципліни.

Центральною темою наукових обговорень кафедри продовжували бути актуальні питання серцево-судинних захворювань. У 1972 р. вийшла друком монографія «Інфаркт міокарда», підготовлена соціал-гігієністами З.А. Гуревичем і Н.О. Галічевою у співпраці з клініцистами. З'явився і інший важливий напрямок наукових досліджень, розпочатий ще наприкінці попереднього періоду – вивчення захворюваності промислових робітників та організація боротьби за її зниження. Проблеми організації медичної допомоги населенню були висвітлені у докторській дисертації О.І. Корнілової (1971), та кандидатських дисертаціях М.Ю. Палфій (1967) і А.Я. Малоштана (1972). Згодом були захищені кандидатські дисертації Б.П. Криштопи та П.Л. Кириченка. У цей час професор З.А. Гуревич проводив значну роботу для залучення до наукової роботи керівників органів і закладів охорони здоров'я. За керівництва професора ступінь кандидата наук здобули М.Ю. Палфій, А.Я. Малоштан, Б.П. Криштопа, Г.Є. Торський, Є.С. Жердев і Д.Л. Сірак.

У 1974 році З.А. Гуревич вийшов на пенсію. Знаходячись на заслуженому відпочинку він активно займався громадсько-медичною діяльністю. Помер Зиновій Анатолійович у 1985 році на 87 році життя.

У 1974 році виконуючою обов'язки завідувача кафедри стала кандидатка медичних наук Н.О. Галічева. Ніна Олександрівна була випускницею Харківського медичного інституту, від 1960 р. працювала на кафедрі асистенткою, згодом доценткою, професоркою і завідувачкою (до 2002 р.). У 1965 р. захистила кандидатську дисертацію «Матеріали соціально-гігієнічного дослідження інфаркту міокарда

в м. Харкові», а у 1987 році – докторську «Інфаркт міокарда і його профілактика як соціально-гігієнічна проблема». В цей період під керівництвом Н.О. Галічевої були підготовлені і захищені кандидатські дисертації Я.Ф. Турецького, В.Д. Драч, В.А. Капустника, В.А. Огнева і докторська дисертація В.А. Огнева.

Ніна Олександрівна брала участь у наукових форумах, в тому числі у IX Міжнародному конгресі геронтологів, була делегаткою і доповідачкою на першому, другому та третьому (I, II і III) з'їздах соціал-гігієністів і організаторів охорони здоров'я України.

Вчену неодноразово обирали до правління Харківського товариства соціал-гігієністів і організаторів охорони здоров'я. Тривалий час вона очолювала методичну комісію медико-профілактичного факультету.

У 2002 році Ніна Олександрівна прийняла рішення щодо переходу на посаду професора кафедри. Працюючи в Харківському медичному університеті вона до останніх днів свого життя, брала активну участь у роботі Спеціалізованої вченої ради із захисту дисертацій, допомагала аспірантам порадами щодо викладання результатів досліджень, давала відгуки на автореферати, складала звіти про наукову роботу тощо. Ніна Олександрівна Галічева пішла з життя 4 липня 2017 року. Пропрацювавши на кафедрі майже 57 років, вона користувалася заслуженою повагою студентів, співробітників, керівників факультету та університету. Діяльність науковиці була високо оцінена країною – вона була нагороджена двома Почесними грамотами Міністерства охорони здоров'я України.

IV період. Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я у 1991–2017 рр. На II-му Всеукраїнському з'їзді соціал-гігієністів та організаторів охорони здоров'я, у 1990 р., було ухвалено рішення про зміну назви кафедри з метою наближення її до міжнародної термінології. Термін «соціальна гігієна» був трансформований у термін «соціальна медицина». Від 1991/92 навчального року кафедра отримала нову назву – кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я, а згодом долучили до назви і «економіку охорони здоров'я».

З лютого 2002 року кафедру соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я очолював професор Віктор Андрійович Огнев. У 1983 р., після закінчення ХМІ, він був рекомендований на наукову роботу і обійняв посаду асистента кафедри, у 1996 р. отримав звання доцента. Вчене звання професора науковець здобув у 2005 році. Протягом цього періоду предмет викладання розширився, додалися нові цілі, суттєво змінились завдання навчальної дисципліни.

У кінці третього, на початку четвертого періоду, в тематиці наукової роботи, з'явилась нова актуальна проблема – вивчення алергічних захворювань. Ця тематика кафедри «Вивчення алергічних захворювань у дітей» – дозволила кафедрі розвинути міжнародне співробітництво. Водночас був створений Національний координаційний центр міжнародної медичної програми «ISAAC» (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) з вивчення бронхіальної астми та алергії у дітей. Міжнародна медична програма «ISAAC» була сформована за рекомендацією Всесвітньої організації охорони здоров'я й об'єднала 105 країн світу та більш ніж двохсот дослідницьких центрів. Основною метою даної програми було максимальне використання міжнародно визнаних епідеміологічних методик при вивченні захворюваності серед дитячого населення.

Основним напрямком наукової діяльності кафедри в цей період було дослідження актуальних медико-соціальних проблем: обґрунтування епідеміологічних методів вивчення захворюваності; прогнозування ризику виникнення патології

у дітей; розробка перших вітчизняних методик оцінки якості життя дітей; обґрунтування систем моніторингу та управління захворюваннями. Результатом цієї роботи були докторська дисертація В.А. Огнева, 7 методичних рекомендації з грифом МОЗ України, 8 патентів України на винаходи, 5 нововведень по галузі, більше 25 наукових праць. Співробітництво в рамках міжнародної медичної програми «ISAAC» продовжується дотепер.

У період. Кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, 2017–2023. 1 вересня 2018 р. кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Харківського національного медичного університету отримала назву – кафедра «громадського здоров'я та управління охороною здоров'я». Саме в цей час, протягом 2017/2018 навчального року проходила апробацію нова навчальна програма «Соціальна медицина, громадське здоров'я», яка і була затверджена в червні 2018 року.

Здобутками заключного періоду діяльності колективу кафедри були суттєві перетворення в організації навчальної роботи, її методичному і матеріальному забезпеченні, науковій роботі та громадській діяльності. На початку 21 століття кафедра активно співпрацює з бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я в Україні. Кафедра організує і проводить цілу низку заходів за участі ВООЗ (семінари, круглі столи, прес-конференції), особливо в рамках підготовки до чемпіонату Європи з футболу Євро 2012.

Крім того, кафедра виконувала фрагмент міжнародного грантового проекту Європейського Союзу «Intas», на тему «Епідеміологічне вивчення репродуктивної функції населення України, що знаходиться під впливом біологічно стійких хлороорганічних з'єднань (діоксинів) навколишнього середовища». Від 2011 до жовтня 2013 року кафедра взяла участь у міжнародному науковому грантовому проекті Євросоюзу «Зміни клімату, забруднення навколишнього середовища і репродуктивне здоров'я». Науковим керівником обох грантів був професор Володимир Миколайович Лісовий.

У вересні 2012 року, у Харківському національному медичному університеті, на базі кафедри, була сформована і почала свою роботу спеціалізована вчена рада за спеціальностями 14.02.01 «Гігієна і професійна патологія» медичні науки та 14.02.03 «Соціальна медицина» медичні науки. Раду створили 26 вересня 2012 р. з ініціативи та за особистої участі ректора ХНМУ. Створення захисної ради за спеціальністю «Соціальна медицина», у нестоличному місті, мало важливе наукове, кадрове та педагогічне значення. Заснування ради сприяло активізації виконання дисертаційних робіт, на кафедрі було відкрито аспірантуру, співробітники кафедр соціальної медицини і гігієнічного профілю почали успішно виконувати дисертаційні дослідження. Від 2009 і дотепер на кафедрі виконано і захищено дев'ять дисертацій, з них вісім кандидатських і одна докторська. Сьогодні, за керівництва завідувача на кафедрі, виконуються 6 наукових робіт: одна докторська та 5 кандидатських дисертацій.

Першого вересня 2017 року кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я отримала нову назву, що відповідала потребам часу – кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я. Важливе значення для кафедри у цей період мала підготовка здобувачів вищої освіти за освітньо-кваліфікаційним рівнем «Магістр», який відповідає сьомому рівню Національної рамки кваліфікацій, затвердженому у 2011 році.

Протягом останніх років кафедра ініціювала відкриття 2-х спеціальностей «Публічне управління та адміністрування» (2012) і «Громадське здоров'я» (2020).

У 2014 році кафедра успішно пройшла процес акредитації та ліцензування спеціальності освітньо-кваліфікаційного рівня (ОКР) «Магістр» (Адміністративний менеджмент). У 2016 р. була затверджена освітньо-професійна програма (ОПП) «Управління у сфері охорони здоров'я» другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування», галузі знань 28 «Публічне управління та адміністрування». На спеціальності «Публічне управління та адміністрування» кафедра забезпечувала навчальний процес з 21 дисципліни (з 31-ої) відповідно до навчального плану.

У 2020 р. була затверджена нова ОПП «Громадське здоров'я» другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я», галузі знань 22 «Охорона здоров'я», з присвоєнням кваліфікації магістр громадського здоров'я. Кафедральними дисциплінами з цієї спеціальності є 9 обов'язкових та 5 вибіркових (з 43 предметів). Кафедра є випусковою для зазначених спеціальностей. У підготовці магістрів у закладі брали і беруть участь висококваліфіковані фахівці в сфері організації охорони здоров'я, практичні управлінці. Слухачі під час навчання згідно навчального плану виконують магістерські дослідження і захищають випускні кваліфікаційні роботи різної тематики.

Підвищення кваліфікації фахівців істотно впливало на процеси перетворень в системі практичної охорони здоров'я. Від 2013 року кафедра починає проводити тематичне удосконалення для лікарів на тему: «Основи сучасної епідеміології та доказової медицини». Згодом викладачі дещо розширили і скоригували тему, запропонувавши курс «Доказової медицини з основами сучасної епідеміології і біологічної статистики» (2015). З 2018 року кафедра розпочала читання ще одного курсу тематичного удосконалення на тему «Громадське здоров'я: сучасні проблеми та перспективи», що дозволило лікарям практичної охорони здоров'я і науково-педагогічним працівникам підвищувати кваліфікацію. Захід за даними темами проводиться протягом двох тижнів, перший цикл у листопаді, другий у квітні. Кожен період розрахований на 78 годин, з них 16 годин лекцій, 20 годин семінарських і 40 практичних занять.

Важливе місце у життєдіяльності кафедри посідає навчально-методична робота. В цілому, на місцях, проходять навчання здобувачі вищої освіти перших, третіх, четвертих та шостих курсів основних спеціальностей «Медицина» і «Педіатрія», а також перших, третіх та п'ятих курсів за спеціальністю «Стоматологія».

У зв'язку з відкриттям в університеті нових спеціальностей бакалаврського і магістерського рівня збільшилась кількість навчальних дисциплін, що викладались на кафедрі. На бакалаврському рівні були запроваджені такі спеціальності: «Лабораторна діагностика», «Сестринська справа», «Соціальна робота», «Фізична терапія та ерготерапія», а на магістерському – «Громадське здоров'я», «Педагогіка вищої школи», «Управління у сфері охорони здоров'я» та інші.

Кафедра активно використовує нові форми у забезпеченні навчального процесу, а саме: дискусії, дебати, робота в групах, ситуаційні завдання, ділові ігри, кейси та інші. Навчальний процес забезпечений методичними рекомендаціями, матеріалами до виконання самостійної позааудиторної роботи, тестами у друкованому вигляді та презентаційними матеріалами. У 2023 році було видано чотиритомний навчальний посібник з «Соціальної медицини та громадського здоров'я». Увесь цей матеріал дозволяє значно підняти якість підготовки здобувачів вищої освіти.

Враховуючи потреби викладачів і студентів, для засвоєння спеціальності та підготовки фахівців в університеті, кафедра активно комплектувала власну бібліотечну базу. Фонд кафедральної бібліотеки почав формуватись ще у 1930-х роках, і вже тоді включала близько 3000 друкованих видань. Але з плином часу кожен викладач почав створювати власні бібліотечки, що за 50 років потому, призвело до розпорощення загального фонду бібліотеки. На щастя, зберігся її каталог і до вікового ювілею кафедри у 2003 р., почалося відновлення кафедральної книжкової скарбниці. Нині у бібліотеці зберігається понад 3650 примірників. Гордістю її є розділ рідкісної книги, в фонді якого є багато унікальних друкованих праць: книги початку XIX і першої половини XX ст., публікації з дарчими написами, автографами авторів підручників, вчених-медиків, загалом більше 500 зібрань. До фонду книгозбірні долучили історичні екземпляри, передані доценткою З.П. Петровою, як з власної бібліотеки, так і з книг її батька – П.Т. Петрова.

Конференц-зал кафедри є одним з кращих залів засідань у ХНМУ. Він був відкритий у жовтні 2013 року, до святкування 90-річчя кафедри. Перша ідея про його створення зародилася ще у 2008 році, коли завідувач кафедри запропонував об'єднати невеликі кімнати допоміжних університетських підрозділів. Загалом об'єднана площа мала скласти близько 60 м². Було розроблено проєкт з детальним плануванням освітлення, акустики, встановлення мультимедійного обладнання. Були спроектовані меблі та запропоновано використати вбудовані ніші для музейних експонатів (друкарських машинок і обчислювальної техніки). Нині в цьому приміщенні на постійній основі проходять засідання захисної спеціалізованої вченої ради, науково-практичні конференції студентів та співробітників, наради, іноді засідання спеціалізованих рад за іншими спеціальностями, багато кафедр часто проводять конференції та круглі столи.

Навчально-виховна робота протягом всього періоду існування кафедри була і є важливим напрямом роботи. Колектив кафедри завжди з великим пієтетом ставився до своєї історії. У 2005 році був відкритий «Пам'ятний знак» наркомун охорони здоров'я України, першому завідувачу кафедри соціальної гігієни М.Г. Гуревичу. Цей символічний знак, виконує важливі навчально-виховні функції, здобувачі вищої освіти залюбки фотографуються біля нього. Фото пам'ятного знака фактично стало візитівкою кафедри, воно прикрашає усі друковані роботи кафедри: монографії, навчальні посібники, збірники наукових праць, методичні рекомендації та інше.

На кафедрі створені й активно функціонують два музеї: музей «Обчислювальної техніки» та музей «Друкарських машинок». Задум до їх створення з'явився у зв'язку з тим, що кафедра читає студентам курс біологічної статистики, і цей музей допомагає зрозуміти еволюцію обчислювальних машин, що обробляють статистичні дані в різні історичні періоди. При оформленні експозиції було дотримано хронологію розвитку обчислювальної техніки, а раритетне обладнання, якого фізично бракує у кафедральному фонді – представлено у вигляді світлин. Так і сформувався сучасний вигляд музею обчислювальної техніки.

До 100-річного ювілею колектив кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету видав монографію «Становлення та історична спадщина кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я ХНМУ (1923–2023)» і виданням чотиритомного навчального посібника «Соціальна медицина, громадське здоров'я». Колектив кафедри, спрямовуючи усі свої зусилля на вдосконалення навчальної, наукової

та методичної роботи, сповнений сил й ентузіазму працювати і надалі над розвитком та примноженням своїх досягнень.

Література:

1. Становлення та історична спадщина кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я ХНМУ: монографія / за ред. В.А. Огнева, З.П. Петрової. Харків: ХНМУ, 2023. 244 с.

2. Капустник В. А., Лісовий В. М., Огнев В. А. Професор, який переміг час. Пам'яті М. Г. Гуревича – Видатного організатора охорони здоров'я // Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення: матеріали V науково-практичної конференції з міжнародною участю на вшанування пам'яті М.Г. Гуревича (1891–1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті, Харків, 28 жовтня 2022 р. – Харків: ХНМУ, 2022. С. 9–13.

3. Галічева Н. О. Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я / Н. О. Галічева, З. П. Петрова // Історія Харківського державного медичного університету. 200 років. Харків, 2005. С. 341–350.

4. Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення: матеріали IV науково-практичної конференції з міжнародною участю з нагоди 90-річчя від дня народження Н.О. Галічевої (1931–2017), видатного соціал-гігієніста, завідувача кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського державного медичного університету. Харків, 27 жовтня 2021 р. / Харк. нац. мед. ун-т. Харків, 2021. 234 с.

5. Циганенко А. Я. Сторінки історії санітарно-гігієнічного факультету ХДМУ (1930–2005) / А. Я. Циганенко, З. П. Петрова, В. В. Мінухін. Харків, 2005. 124 с.

6. Петрова З. П., Огнев В. А. Харківський історик медицини П. Т. Петров (до 120-річчя від дня народження). Міжнародний медичний журнал. 2016. № 4. С. 94–96.

7. Ступак Ф. Я. З історії соціальної медицини як науки і предмета викладання / Ф. Я. Ступак // Життя і наукова діяльність С. А. Томіліна – служіння справі охорони здоров'я населення України. К., 2002. С. 131–133.

ДІЯЛЬНІСТЬ ЛІКАРІВ УКРАЇНИ КІНЦЯ XVIII – ПОЧАТКУ XX СТОЛІТТЯ

М'ясоєдов В.В., Огнев В.А., М'якіна О.В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Наприкінці XVIII століття землі сьогоденної України відносилися до двох різних імперій. Цей географічний розподіл потрапив під вплив двох відмінних, а де в чому – цілком протилежних як суспільно-політичних, так і культурно-освітніх систем. Різним був підхід й до розвитку медицини: на землі, що увійшли до складу Австро-Угорської імперії, лікарняна справа мала напрям нового європейського зразка і система медичного забезпечення працювала й удосконалювалась на основі указу імператриці Марії-Терезії від 14 вересня 1776 р. У документі визначались негайні завдання з уніфікації медичної та санітарної справи в імперії, де медициною займалися державні, приватні та народні лікарі і цирульники.

У XVIII – на початку XIX ст. у становленні медичної освіти, науки та системи лікарняної допомоги населенню на Україні роль українських лікарів була

значущою, а часом і вирішальною. Провідні спеціалісти у галузі теоретичної і клінічної медицини, які стали з часом засновниками у провідних галузях вітчизняної медицини – анатомії і гістології (Тереховський М., Карпинський Н., Загорський П.); фізіології та патології (Шумлянський О., Базилевич Г.); епідеміології (Самойлович Д., Ягельський К.); акушерстві та гінекології (Максимович-Амбодік Н.); педіатрії (Хотовицький С.), зробили вагомий внесок у розвиток хірургії (Андрієвський-Прокопович С., Саполович Я., Мухін Є. та інш.), терапії (Жаменецький Й., Політковський Ф.) та інших лікувальних спеціальностей. Лікарі також приділяли велику увагу і проблемам профілактики та гігієни, започаткували соціально-гігієнічні дослідження, були авторами медико-топографічних описів різних регіонів і міст. У медичній системі освіти та справи, першопрохідці ініціювали і виконували реформи, працювали в центральних і місцевих органах управління охороною здоров'я у різних імперських регіонах: Шумлянський П., Тереховський М., Тихорський Х., Ягельський К., Погорецький П., Карпинський Н., Базилевич Г., Андрієвський-Прокопович С., Саполович Я. та інші.

Українські вчені-лікарі зробили вирішальні кроки і у становленні перших медичних журналів та у розробці єдиного національного і найкращого в імперії наукового тижневика «Сучасна медицина» (Київ, 1860 р.). Пізніше, великою подією у національній культурі, був вихід у світ перших медичних журналів українською мовою, які висвітлювали статті різносторонньої тематики: це місячник «Здоров'є» (у 1912–1914 рр. видавало Українське лікарське товариство м. Львів) та популярний часопис «Життя і знання» (друкувався з 1913 р. на Наддніпрянщині та у Полтаві).

Вітчизняних науковців, які віддавали себе галузі профілактичної медицини, можна вважати предтечами *соціальної медицини*. Так дисертація Данилевського І.Л. «Про найкраще медичне управління», опубліковану Франком Й.П., і праця Шафонського О.Ф. – «Чернігівського намісництва топографічний опис з коротким географічним та історичним описом», справедливо вважається насиченою соціально-гігієнічною роботою, та першою енциклопедією українознавства.

Трибуною для подальшого розвитку гуманітарного напрямку стали наукові медичні товариства (НМТ). Вперше у країні такий науковий захід було створено у Херсоні (1784 р.) з ініціативи епідеміолога Данила Самойловича. Через пів століття запрацювало товариство «київських лікарів» (у 1840 р.), згодом «одеських» – 1849 р., Волинське, Подільське і Харківське – відповідно у 1859, 1860 і 1861 рр. Лікарі України завзято брали участь у засіданнях загальних об'єднань – товариств охорони народного здоров'я (з 1878 р.); військово-медичних товариств.

Попри заборони царським урядом організацію об'єднання земських лікарів, роль такого заходу взяли на себе з'їзди Пироговського товариства лікарів, у пам'ять М.І. Пирогова, організованого у 1881 р. З'їзди об'єднували усіх спеціалістів і склад їх був неоднорідним. ПТЛ почало виконувати своє завдання з консолідації зусиль медиків на основі загальних наукових і практичних інтересів, стало сполучною ланкою між столичними науковцями та земськими лікарями, що підтверджував діючий склад його учасників.

На форумах працювали секції, з яких найбільше значення мала секція *соціальної медицини*. Активну участь у роботі заходу брали українські обранці: Мечников І.І., Данилевський В.Я., Образцов В.П., Високович В.К., Волкович М.М., Діатроптов П.Н., Яковенко Є.І., Кащенко П.П., Бец В.А., Підвисоцький В.В., Троїцький І.В., Караваєв В.О., Яновський Ф.Г., Сікорський І.О., Скворцов І.П., Рейн Г.Є., Тезяков М.І. та інші. Для розвитку науки, працями комісії, у які входили

ці вчені, були розроблені основи санітарної статистики, найдосконаліша для тих часів номенклатура захворювань, визначено основні положення побудови і праці лікарської сільської дільниці, розроблено й перевірено на практиці основні принципи запобігання заразним хворобам і боротьби з ними, показано шляхи й засоби поширення гігієнічних знань в народних масах.

Основним джерелом становлення соціальної медицини як наукової дисципліни і предмета викладання є розвиток і диференціація гігієнічної науки. У цьому процесі вагому роль також відіграли українські вчені: професор Субботін В.А. – очолив першу самостійну кафедру гігієни в Київському університеті, на якій вперше на українських землях започатковано приват-доцентський курс соціальної гігієни; професори Харківського і Київського університетів Скворцов І.П. та Якобій А.І. – творці, носії і пропагандисти соціально-гігієнічних ідей у своїй науковій, педагогічній та практичній діяльності.

Великий внесок у становленні соціально-медичних питань зробили діячі української земської медицини, особливо працівники її санітарної організації – Ігумнов С.М., Тезяков М.І., Уваров М.С., Діатроптов П.М. та інші. З їхніх лав вийшли такі фундатори науки, як Корчак-Чепурковський О.В., який першим почав читати систематичний курс соціальної гігієни в Україні, Томілін С.А. – очолив першу кафедру соціальної гігієни у Харкові.

Національні діячі пліч-о-пліч напружували основний метод соціальної медицини – статистичний. Так, видатний вчений Журавський Д.П. – автор теорії збору, обробки та аналізу статистичних матеріалів, обгрунтовував необхідність соціального спрямування статистичних досліджень. Академік Ігуха М.В. став одним з провідних фахівців у галузі теоретичної та прикладної демографії і статистики.

Багато земляків, які належали до різних поколінь, працювали не тільки на батьківщині, але й за її межами та ставали відомими за рахунок своїх ґрунтовних праць у галузі демографії і санітарної статистики – Бедний М.С., Мерков А.М., Камінський Л.С. та інші.

Поширенню «соціально-гігієнічних ідей» сприяло залучення прогресивних українських лікарів різних спеціальностей до роботи в організації медичної допомоги, вдосконаленні медичної освіти і управлінні медичною справою, створенні державної системи охорони здоров'я. Так першим у світовій історії міністром охорони здоров'я у Австро-Угорщині (Галичина) став видатний український вчений-біохімік і громадський діяч Горбачевський І.Я., а ініціатором створення міністерства охорони здоров'я імперії того часу був відомий акушер-гінеколог Рейн Г.Є., який 17 років пропрацював професором Київського університету.

Результатом впровадження «нововведених ідей» у практику стало створення системи охорони громадського здоров'я в Україні. У цю роботу активно включились українські лікарі, з досвідом як у сфері медицини, так і у громадсько-політичній діяльності. Зусилля реформаторів спрямовувались на вирішенні головних на той час проблем – боротьбі з епідеміями, опікуванні постраждалих від війни, голоду, охороні материнства і дитинства, забезпеченні населення медичною і медикаментозною допомогою.

Виділення соціальної гігієни у самостійну науку відбулося в кінці XIX – на початку XX ст., коли для цього були створені відповідні історичні умови. У ліхні години випробувань українські фахівці змогли зберегти та реалізувати соціально-медичні програми, їх принципи та методи, набути величезного досвіду у організації лікувально-профілактичної допомоги військовому і мирному населенню в умовах

масових уражень, епідемій, голоду, руйнувань та інших негараздів. У складний і тяжкий повоєнний та постреволуційний час вони стали ініціаторами та організаторами нових форм і методів медико-соціальної допомоги – боротьби з наслідками голоду, створення державної санітарної служби та системи охорони материнства і дитинства, організації боротьби з соціальними хворобами, а потім узяли активну участь у формуванні системи охорони здоров'я, яка ґрунтувалася на принципах єдності наукової та практичної медицини, загальнодоступності, безоплатності, профілактичної спрямованості медичної допомоги як міському, так і сільському населенню.

Думка про необхідність заснування кафедр соціальної гігієни в українських ВНЗ з'явилася на початку 1920-х років. Перша в Україні кафедра соціальної гігієни була створена у Харківському медичному інституті 27 жовтня 1923 р. У тому ж році аналогічний заклад був відкритий у Одеському медичному інституті, потім – Київському та Катеринославському (Дніпропетровському). Їх організація гідно оцінена медичною громадськістю: змінено характер клінічного викладання – впроваджено поліклінічний та диспансерний методи; створена мережа наукових, навчальних і практичних соціально - медичних установ стала передумовою інтенсивного розвитку соціальної медицини в Україні у наступні роки.

Згідно викладеного матеріалу усвідомлено, що професійний рівень підготовки та практична значимість українських лікарів XVIII – початку XX ст., були на високому рівні: надана загальна характеристика значущої їх ролі у становленні загальних медичних наук, печатній та організаційній діяльності, вирішальних процесах розвитку окремої галузі – вітчизняної соціальної медицини.

Література:

1. Ганіткевич Я.В. Внесок українських лікарів у світову медицину // Український медичний часопис. – 2009. – № 7–8 (4/72). – С. 110–115.
2. Ганіткевич Я. В. Історія української медицини в датах та іменах / Я. В. Ганіткевич. – Львів, 2004. – 364 с.
3. Грандо О.А. Визначні імена у світовій медицині. – К.: Тріумф, 2001. – 320 с.
4. Голяченко О. М. Історія медицини / О. М. Голяченко, Я. В. Ганіткевич. – Тернопіль : Лілея, 2004. – 246 с.: іл.
5. Ціборовський О. М. Розвиток гігієнічної науки в Україні як основа становлення соціальної медицини / О. М. Ціборовський // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2008. – № 1. – С. 67–71.

НАУКОВА ТА ВИКЛАДАЦЬКА СПАДЩИНА ПРОФЕСОРА ПЕТРА ГУЛАКА-АРТЕМОВСЬКОГО

Марковський В.Д., Лецина І.В., М'якина О.В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Життя і творчість Петра Петровича Гулака-Артемівського більше півтора століття перебуває в центрі уваги дослідників національної історії. У сучасній науковій спадщині маловивченою є його викладацька й адміністративна діяльність на посадах декана історико-філологічного факультету і ректора Харківського імператорського університету. Відтворення кар'єрного шляху професора від студента Київської академії до керівника першого на українських землях імперії університету

й оцінка його як історика, географа та лектора з статистики є суттєвим доповненням до біографії видатного українського письменника, науковця, перекладача, поета та байкаря.

Петро Гулак-Артемівський народився 16 січня 1790 року в містечку Городищі (хутір Гулаківщина Черкаського повіту Київського воєводства, нині Черкаська область) у збіднілій родині сільського священника, сивою, найменшою дитиною. Генеалогічно походив із козацько-старшинської родини часів гетьмана Петра Дорошенка, яка згодом отримала дворянство. Знесилені дворянські роди – Гулаки та Гулаки - Артемівські є прямими нащадками генерального обозного Війська Запорізького, наказного полковника Івана Гулака. Дружиною православного богослужителя стала полячка Уляна Артемівська: аби жити у християнській любові та сімейній згоді, прізвище жінки чоловік додав до свого (щоб у коханні могли замиритися нащадки волелюбного козацтва і гонористої шляхти). Саме елітне походження й відіграло вирішальну роль у честолюбних прагненнях юнака до якісної освіти, титулів і посад.

Від батька Петро отримав ґрунтовну домашню освіту і в 11 років, став бурсаком. На початку XIX ст. навчався у Київській духовній академії. З дитинства залишився без батька, а в 12 років – і без матері, якої не стало у 54 роки. Підліток жив у родовій хаті, у сім'ї старшого брата Степана – священника місцевої церкви, тата майбутнього композитора і співака Семена Гулака-Артемівського.

Блискавка допитливості мчала надалі і вже у 1817-му їде до Харкова, де зараховується вільним слухачем словесного факультету Харківського імператорського університету. Незабаром Петро Петрович представив до факультетської Ради прохання призначити його лектором польської мови, де з такою ж ініціативою отримав погодження. Водночас П. Гулак-Артемівський викладав французьку мову у Харківському інституті благородних дівчат (з 1827 р. керував навчальною частиною Полтавського інституту шляхетних дівчат).

Після смерті ординарного професора-енциклопедиста Г.П. Успенського, 10 травня 1820 р., Рада Харківського університету, окрім польської мови, тимчасово доручила Петру Петровичу (який ще не мав атестата про закінчення повного курсу університетських наук) викладання студентам історії, географії та статистики.

Лекції з статистики професор читав за виданням «статиста» К.І. Арсен'єва («Коротка загальна географія») – кращого з тогочасних творинь, доповнюючи підручник новітніми даними щороку (Поширеною інформацією з статистики, запропонованою Арсен'євим, були сітки економічного районування, які засновані на статистичних даних та характеризували рівень розвитку сільського господарства у різних районах країни. Районування тоді називали найважливішим методом вивчення географії (статистики) тому, що без кордонів території було б неможливо зрозуміти, наприклад, де якоїсь національності живуть люди, де виробляють метал, а де ростуть соняшники. У світі панував би хаос).

У 31 рік Петро Петрович став офіційно викладачем Харківського імператорського університету і кар'єра його у слобожанському учбовому закладі складалася дуже успішно.

На лекції молодого викладача приходили усі бажаючі: місць не вистачало, тому слухали стоячи. Природжений оратор не читав з конспектів, а «без пихи, просто імпровізував прекрасною мовою, ділився історичними, філологічними істинами так, що хотілося слухати з ранку до вечора». Лектор не визнавав тодішніх канонів

і викладав матеріал з захопленням і темпераментом (при цьому перші 13 років працював, не отримуючи заробітної платні), лекції можна було слухати з користю та задоволенням. Саме викладання історії й статистики стало для його творчої натури полем реалізації навичок ораторського мистецтва й художніх прийомів. Для творчої молоді факультетів (в тому числі і медичного) він завжди залишався добросердим стоїком, самозреченим ідеалістом, часто заохочуючи студентів до наукових занять і до написання медальних творів (багато з яких викладач високо оцінював, за можливості намагався публікувати з метою зробити їх доступними широкому загалу).

Взагалі, за спогадами професорів та викладачів Харківського університету, вченого вважали талановитим оратором, хоч деякі його сучасники мали негативну думку з приводу його лекцій (через відсутність глибоких наукових праць глибоким вченим назвати його було складно). Молодому педагогу не завжди вдавалося дотримуватися об'єктивності й виваженості в оцінках. В уявленні вченого історія та статистика являла собою не так ґрунтовну науку, як зразок літературної творчості. Це дозволяло йому активно застосовувати у викладанні художні прийоми. Таке бачення цілком вкладалось в уявлення доби романтизму, але протирічило очікуванням багатьох студентів: заняття його нагадувало «виступ драматичного актора», і не завжди містили неупереджений науковий погляд.

У жовтні 1820 року кмітливий молодик склав два іспити – кандидатський і магістерський, а у 1821-му здобув ступінь магістра словесних наук, захистивши дисертацію на тему: «Про користь історії взагалі переважно вітчизняної та про спосіб викладання останньої». Через два роки, отримавши ступінь магістра, зайняв посаду ад'юнкта історії та статистики.

У січні 1823 р. Гулак-Артемівський очолив кафедру історії та статистики, якою керував до 1849 р. (26 років) як екстраординарний професор, а з 19 вересня 1828 р. став ординарним професором. Упродовж 1829–1841 рр. Петро Петрович тричі обирався деканом словесного факультету.

Незабаром (у 1836 р.) багатодітний батько придбав одноповерховий дерев'яний будинок із мезоніном: подвір'я вченого знаходилося майже у передмісті, на південно-західному кінці вулиці Садово-Куликовської (зараз – Дарвіна, де забудовані корпуси студентської поліклініки). Невелика садиба фасадом виходила на проїжджу частину, а вікнами дивилась у поле. Родина жила у споруді, до якої тулилися два флігелі.

З 1841 до 1849 року професор працював ректором Харківського імператорського університету (одночасно, до 1849 р., керуючи кафедрою історії та статистики). Отримавши 17 січня 1855 року звання почесного члена Харківського університету, де пропрацював понад чотири десятки років, Петро Петрович досягнув цивільного чину, що пріврівнювався до генеральського звання і надавав стан спадкового дворянина.

Науковий і творчий діяч був відомим в імперії, мав чимало високих державних нагород: титул Дійсного Статського радника, кавалер трьох орденів Святої Анни (III, II ступенів та II ступеня з імператорською короною), двох орденів Святого Володимира (IV та III ступенів) та ордену Святого Станіслава (III ступеня), які отримав у послідовному порядку.

Не стало Петра Петровича Гулак-Артемівського на 75-му році життя. Похований був у Харкові, на I-му міському кладовищі. Після смерті чоловіка, дружина написала на звороті фотографії: «Помер тихо 13 жовтня 1865 року під час ранкового богослужіння у церкві Покрови Пресвятої Богородиці, особливо люблячи

це свято». А на надмогильній плиті вибито: «Пам'яті дійсного статського радника П.П. Артемовського – Гулака. Помер 1-го (за старим стилем) жовтня 1865 року. Віддана дружина». Вчений і письменник й досі спочиває на старому цвинтарі, що перетворився тепер у Молодіжний парк – той, що між вулицями Пушкінською та Алчевських.

У 2017 році, у саду біля Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна, було відкрито пам'ятник (скульптор – О. Рідний) видатному українському письменнику, науковцю, перекладачу, поету та байкарю – Петру Петровичу Гулак-Артемовському, який започатковував і ідеї майбутньої невід'ємної від життя медичної дисципліни – статистики населення.

Література:

1. Домановська М.Є. «П.П. Гулак-Артемовський і Харківський університет» // Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. 2017. – Серія: Історія України. Краєзнавство: історичні та філософські науки. – Вип. 25. – 86–97 с.
2. Бакіров В.С., Безхутрий, Ю.М.; Бердуга, М.З. та ін. «Харківський університет і українська культура. До 210-річчя від часу заснування ХНУ імені В.Н. Каразіна». Харків: Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, 2015. 296 с.
3. Кадеєв В.І. «Гулак-Артемовський Петро Петрович» // Вихованці Харківського університету. Біобібліогр. довідник /Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна. – Харків.: Видавництво «Авто-Енергія», 2004. – С. 58–59.

МЕДИЧНЕ КРАЄЗНАВСТВО НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ: КРОСОВЕР З URBAN HEALTH

Демочко Г.Л.¹, Робак І.Ю.²

¹Харківський національний медичний університет, м. Харків

²Національний технічний університет

«Харківський політехнічний інститут», м. Харків

Медичне краєзнавство, яке 2014 року впевнено заявило про себе як галузь національного краєзнавства [1, с. 93], має широкий науково-дослідницький потенціал. На превеликий жаль, з бурхливим розвитком краєзнавчих досліджень у першій чверті ХХ століття саме медична складова так і не була виокремлена. Ба більше, дуже скоро такі дослідження стали стандартизованими, «калькованими» та звелися суто до опису того чи іншого населеного пункту: міста, селища села.

Проте Валентин Дмитрович Отамановський – відомий політичний діяч, краєзнавець, історик медицини та організатор науки, вперше наголосив на необхідності різнобічного студювання населеного пункту, змалювавши один з найперших прикладів в «Орієнтаційному плані праці Районового Краєзнавчого Товариства», який він вмістив у свою роботу «Краєзнавство на Поділлі, найближчі його завдання, потреба й роль в краєзн. праці кабінету виучування Поділля» [2]. По суті, ця праця В. Д. Отамановського стала дороговказом для багатьох істориків, які займалися краєзнавчою проблематикою, а також неоцінним скарбом для аматорів, надаючи інструментальні засади та приклади для студювання означених питань. Медичне краєзнавство так і не відзначилось на сторінках цього плану та не було виокремлено як галузь, проте вже 1926 року В. Отамановський зазначав таку важливу категорію, як «Дані про поширені хвороби й боротьба з ними» і включив її у напрям «Сучасне

населення». Але чи призвело це до методологічного вибуху? Вочевидь, що ні, адже багато аспектів на роки так і залишилися поза увагою дослідників, і медичне краєзнавство – одне з них.

Сьогодні з впевненістю можна сказати, що наукові обрії розширюються, а поняття горизонту як лінії відмежування, зокрема й в окремих галузях науки, вже перестає бути таким однозначним. Ми кожного дня спостерігаємо успішні приклади кооперації різних наук, галузей знань, які при вдалій співпраці дають принципово новий продукт на вимогу нашого суспільства. Україна ХХІ століття – це країна можливостей, але вже зараз ми маємо працювати над закладенням основ для успішних та продуктивних наукових досліджень, зокрема й в галузі медичного краєзнавства. Тим більше, що ця нива є дуже плідною, але несправедливо занедбаною.

Нинішні науковці мають усі інструментарії, щоб активізувати дослідження з означеної тематики, адже за словами Олександра Реєнта – голови Національної спілки краєзнавців України, краєзнавство має «міждисциплінарний характер, закладений історією, етнографією, геологією, археологією, природознавством, генеалогією, культурологією тощо» [3]. Саме ця міждисциплінарність відкриває двері до найнеочікуваніших точок дотику, про які годі було сподіватися ще декілька років тому.

Серед проблем, які стоять перед українським суспільством сьогодні, надзвичайно актуальною є проблема здорового міського середовища. Здоров'я містян – не тільки галасливі заклики владних структур, а й предмет студіювання медичного краєзнавства. Адже концептуально так склалося, що уся охороноздоровча мережа, яку досліджує медичне краєзнавство, впритул опікується саме здоров'ям кожного мешканця міста чи певної категорії містян. І тут на допомогу краєзнавцям приходить сучасна концепція розвитку міст Urban Health. Її головна мета – створення здорового міського середовища. Urban Health – це комплексний підхід до міського розвитку, орієнтований на громадське здоров'я. Концепція аналізує взаємозв'язок здоров'я і міського середовища.

За своєю сутністю сучасне «здорове місто» – це такий міський простір, який буде позитивно впливати на здоров'я, благополуччя і якість життя людей. Питання, що має вирішити «здорове місто», стосуються медицини, економіки, благоустрою житла і громадських місць, впорядкування довкілля, розвитку інфраструктури, інших соціальних детермінант здоров'я. А розв'язання цих питань неможливе без краєзнавчих розвідок.

Отже, концепція Urban Health як інструмент підходить для студіювання краєзнавчих питань, а краєзнавчі дослідження, в свою чергу, можуть базуватися на підходах УН. Адже чинники міського середовища, або характеристики міста, обопільно пов'язані з характеристиками громадського здоров'я населення.

Відновлення українських міст після Перемоги над агресором, з нашої точки зору, має базуватися зокрема на концепції Urban Health. Тому вважаємо за необхідне її всебічне поширення зокрема через застосування для краєзнавчих розвідок.

Література:

1. Історичне та медичне краєзнавство: проблеми ідентифікації та співвідношення / Г. Демочко // Краєзнавство. – 2014. – № 1. – С. 93–98;
2. Отамановський В. Краєзнавство на Поділлі, найближчій його завдання, потреба й ролі в краєзн. праці кабінету виучування Поділля / В. Отамановський. – Вінниця, 1926. – 30 с.;
3. Звіт Національної спілки краєзнавців України. Доповідь голови НСКУ члена-кореспондента НАН України Олександра Рента // Краєзнавство. – 2012. – № 1. – С. 13–22.

АРОН ІОСИФОВИЧ БУРШТЕЙН (1890-1965) – АВТОР КЕРІВНИЦТВ З МЕТОДІВ САНІТАРНО-ГІГІЄНИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Васильєв Ю.К.

Сумський державний університет, м. Суми

Професор-гігієніст Бурштейн народився на Київщині, та все своє життя прожив в Одесі. Тільки у роки Першої світової війни він був на фронті як військовий лікар, а в період Другої світової війни знаходився в евакуації. В Одесі здобуває вищу медичну освіту; з 1923 року працює на кафедрі гігієни Одеського медичного інституту (нині Одеський національний медичний університет); у 1933–1941 та 1944–1962 рр. – завідувач кафедри гігієни харчування в ньому ж.

Ще 1916 р. А.І. Бурштейн випустив короткий посібник: «Методика гігієнічних досліджень». Книгу розкупили, що дозволило автору підготувати друге видання цього посібника.

У 1920–1930-х роках в Україні набула розвитку гігієна праці. Маючи вже звичку складання книжки з методів санітарно-гігієнічних досліджень, А.І. Бурштейн взявся скласти посібник з методів дослідження запиленості. У 1934 р. київське державне медичне видавництво надрукувало його книгу «Методи досліджень аерозолів». У передмові автор зазначав, що у виданих книгах, присвячених пиловим проблемам, мало приділяється уваги методичним питанням. Це стосувалося як прекрасної книги лондонського хіміка В. Джиббса (іноді його прізвище перекладають як Гіббс; William Edward Gibbs, 1890–1934) «Clouds and Smokes. The properties of disperse systems in gases and their practical applications.» (1924), яка у перекладі побачила світ у 1929 р. – «Аерозолі: Дисперсні системи в газах та їх практичне використання». Так і іншим посібникам, як, наприклад, книзі берлінського інженера Р. Мельдау (Robert Julius Gustav Meldau, 1891–1978) «Der Industriestaub» (Berlin 1926), яка була перекладена та видана під заголовком «Пил у виробництві» (1931). Отже, книга А.І. Бурштейна заповнювала існуючу прогалину.

При цьому, викладаючи матеріал, він не обмежувався приведенням однієї лише методики того чи іншого дослідження, але й у кожному окремому випадку зупинявся на значенні викладеного методу, давав критичну оцінку його, намагаючись допомогти читачеві розібратися в розмаїтті існуючих методів для того, щоб у практичній роботі вибрати найбільш корисний. При написанні книги автор прагнув до того, щоб вона представляла цікавість для працівників у галузі промислової гігієни та санітарії та техніки безпеки; і водночас могла б бути посібником для учнів під час проходження відповідних курсів. У книзі три розділи: фізичне дослідження пилу; хімічне дослідження пилу; бактеріологічне дослідження пилу. Вона була видана у кількості 2000 екземплярів, автор присвятив її пам'яті Марії Федорівни Бурштейн. Ще будучи студентом, він у 1914 р. одружився з Малою Фроїмовною Хабад (нар. 1893 р.); таким чином, до випуску цього керівництва вона померла.

Через двадцять років, у тому ж видавництві, А.І. Бурштейн перевидав це керівництво, але під іншим заголовком – «Методи дослідження запиленості та задимленості повітря». За 20 років знання з цієї проблеми значно поглибилися, і автор переробив своє керівництво. Цю книгу він також присвятив світлій пам'яті Марії Федорівни Хабад-Бурштейн. Своє завдання автор бачив у тому, щоб дати керівництво з різних питань методики досліджень аерозолів. При цьому він не претендував на докладний виклад теорії питань, пов'язаних із вченням про аерозолі; ці питання

були викладені коротко лише у вступі, а далі розглядалися суто практичні питання: вивчення форм та будови аерозольних частинок, зміна їх, визначення часткової та вагової концентрації, дослідження хімічної природи аерозолів, їх бактеріологічного забруднення та інше. Наприкінці книги було наведено відомості про методи фізіологічних та біологічних досліджень у галузі аерозолів. Книга вийшла тиражом у 3000 екземплярів.

Після Другої світової війни проф. Бурштейн вирішив продовжити свій досвід підготовки посібника з виробництва гігієнічних аналізів. Він видав книгу під заголовком: «Методи санітарно-гігієнічних досліджень: Практичний посібник». Все нове і цінне, яке отримало апробацію в лабораторній практиці, автор намагався відобразити в книзі, а старі, віджили тоді методи були відкинуті. Безпосередньому викладу методичного матеріалу в книзі були присвячені два розділи, в яких наводилася класифікація методів, що застосовуються в санітарно-гігієнічних дослідженнях, і наводилось введення в лабораторну техніку. Інші глави були присвячені методиці дослідження повітря, питних та стічних вод, ґрунту, будівельних матеріалів та приміщень, одягу, дезінфекційних та дезінсекційних засобів. Цей матеріал не охоплював, однак, усіх питань, яким доводилося займатися санітарним працівникам у їхній повсякденній роботі. Залишалися незайманими методика дослідження їжі та харчування, визначення енергетичних витрат організму, дослідження реакцій організму на вплив довкілля, методика санітарно-статистичних досліджень тощо.

У 1963 р. було видано останнє керівництво одеського професора Бурштейна: «Методи дослідження харчових продуктів». Нагадаємо, що він завідував кафедрою гігієни харчування понад чверть століття, а до свого керівництва 1950 р. (див. вище), здається, спеціально не включив методи дослідження їжі. Солідне керівництво 1963 р. вийшло тиражом 7000 і на той час було найповніше по даній темі, а видані раніше книги значною мірою застаріли: Григорій Віталійович Хлопін. «Методи досліджень харчових продуктів та напоїв» (4 випуски; 1913–1923 рр.); довідник групи авторів «Супутник хіміка-харчовика за редакцією Ісідора Олександровича Обергарда» (1936); І. Гроссфельд. «Посібник з дослідження харчових продуктів» (1937); А. Бейтєн. «Лабораторна книга для хіміків харчової промисловості» (1937). А «Збірник офіційних матеріалів у лабораторній справі» (1961, кн.2) містив переважно витяги з ГОСТів і мав довідковий характер.

Книжка була написана А.І. Бурштейном як практичне керівництво, в якому систематично викладалися загальні методи органолептичних, фізичних, фізико-хімічних, хімічних і біохімічних лабораторних досліджень харчових продуктів. У вступі були дані вказівки щодо правильного відбору проб харчових продуктів для лабораторного дослідження, їх упаковки, документації, транспортування в лабораторію та інше. Більшість розділів автор надав вступні відомості, що сприяють розумінню та засвоєнню матеріалу, що викладається. Книга була ретельно ілюстрована і включала в себе велику кількість розрахункових прикладів, що сприяло засвоєнню матеріалу.

Таким чином, Арон Йосипович Бурштейн протягом усієї своєї наукової діяльності значну увагу приділяв написанню посібників з методів санітарно-гігієнічних досліджень. У 1916 р. в Одесі він видав короткий посібник з методів гігієнічних досліджень; 1918 р. там же перевидав цю книгу. У 1934 р. у Києві побачив світ посібник з методів дослідження аерозолів; 1954 р. там же випустив посібник з методів дослідження запиленості та задимленості повітря, яке фактично стало другим доповненим і розширеним книги 1934 р. У 1950 р. в Києві друкується посібник з методів

санітарно-гігієнічних досліджень. І, нарешті, 1963 р. у тому ж київському державному медичному видавництві, де побачили світ усі попередні його керівництва, видані у Києві проф. А.І. Бурштейн випустив посібник з методів дослідження харчових продуктів.

ІСТОРИК МЕДИЦИНИ, КАНДИДАТ МЕДИЧНИХ НАУК МИКОЛА КАЛЕНИКОВИЧ БОРОДІЙ

*Васильєв К.К.
м. Одеса*

Мені не довелося з М.К. Бородієм бути знайомим особисто та й не довелося бачити його на історико-медичних форумах, але, мабуть, він на них не приїжджав. Він працював у практичній охороні здоров'я, у 1980-ті та 1990-ті роки жив у містечку Боярка, що поряд з Києвом. Кияни пам'ятають, як він приходив до засідання Київського товариства істориків медицини. Якось я написав на вказану мені домашню адресу М.К. Бородія, але відповіді не отримав, а наступного – 2024 року йому виповнилося б 100 років.

Микола Бородій народився у селі Шершенці Кодимського району Одеської області (нині в Подільському районі тієї ж області) 9 квітня 1924 р. У 1932 р. він вступив до першого класу Вапнярської середньої школи (нині смт. Вапнярка, Тульчинський район Вінницької області), але закінчив вже Одеську школу трудової колонії № 3 у 1938 р. У тому ж році вступив на фельдшерське відділення Одеської фельдшерсько-акушерської школи. У 1941 р. закінчив повний курс, і рішенням кваліфікаційної комісії від 1 липня цього року йому було присвоєно кваліфікацію фельдшера. У серпні цього ж року, у зв'язку з війною, що почалася, був евакуйований з Одеси до Ростову-на-Дону; і того ж року вступив на перший курс лікувального факультету Ростовського медичного інституту, але перший курс не закінчив; опинився в окупаційній зоні та став працювати фельдшером при поліклініці у м. Горлівці. У 1942 р. перебрався до рідних місць і працював фельдшером у с. Будеї Кодимського району Одеської області (нині у Подільському районі Одеської обл.). Зрештою, у 1946 р. вступив на підготовчий курс Одеського медичного інституту (нині Одеський національний медичний університет), який закінчив у 1952 р.

Юний лікар за путівкою Одеського медичного інституту був направлений у розпорядження Львівської залізниці та 12 липня 1952 р. приступив до роботи як лікар-терапевт лінійної амбулаторії станції Підволочиськ, що в Тернопільській області; при амбулаторії йому було надано квартиру.

Надалі він продовжував працювати у системі залізничної медицини. Не випадково, що його кандидатська дисертація була присвячена медичній службі залізничників. Його науковим керівником був професор Семен Маркович Данюшевський.

У 1960-х роках він вже проживав у м. Знам'янка Кіровоградської області, був заступником головного лікаря Знам'янської центральної районної лікарні, а у 1980-х жив у м. Боярка. У 1980 р. він працював у Київській лікарні № 27 для персональних пенсіонерів республіканського значення.

Перша відома мені публікація М.К. Бородія 1965 р. Вона про Андрія Віталійовича Лисенка (1851–1910) – залізничного лікаря, брата композитора Миколи Віталійовича Лисенка. Наступні його статті присвячені іншим медичним працівникам (частіше вони були працівниками залізничного транспорту): Сергію Максиміліановичу Богоразу, Миколі Олександровичу Семашку, Миколі Миколайовичу Ісполатову, Володимирі Пантелеймоновичу Краснусі, Олександрі Тимофійовичу Філатову. Або це були статті під заголовками по типу: медичні працівники залізничного транспорту. Результатом усіх названих публікацій стала кандидатська дисертація, автореферат якої був опублікований у 1973 р.

У наступні роки були опубліковані інші роботи М.К. Бородія на його дисертаційну тему, але він уже вибрав нову область для своїх досліджень – історія медицини України XVIII ст. У 1979 р. він опублікував статтю про лікаря Петра Федоровича Чайковського (Чайка; †1818) – діда композитора. Ряд його енциклопедичних статей про лікарів був поміщений у другому виданні Української енциклопедії, яка вийшла у 12 томах (1977-1985 рр.). Ми знайшли наступні: Іван Петрович Каменський, Петро Павлович Пелехін, Петро Іванович Погорецький, Іван Андрійович Полетика, Данило Самійлович Самойлович, Мартин Матвійович Тереховський, Федір Степанович Цициурин, Опанас Філімонович Шафонський, Павло Михайлович Шумлянський. У 1985 р. та 1987 р. він видав монографії про Д. Самойловича, а у 1992 р. про Д. Велланського.

Отже, наукова спадщина М.К. Бородія розпадається на дві частини. Під час підготовки кандидатської дисертації він публікував роботи про медиків. Опанувавши історичний метод дослідження, у другий період своєї творчості, він працював над історією медицини України XVIII ст.

100 РОКІВ НА СЛУЖБІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я (ДО 100-РІЧЧЯ КАФЕДРИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НМУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ)

Грузєва Т.С.

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

Кафедра громадського здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця століття свого професійного життя присвятила підготовці фахівців громадського здоров'я, які здійснювали цю роботу у певні історичні періоди в різних організаційних структурах, на різних посадах. Історичними витоками кафедри громадського здоров'я НМУ імені О.О. Богомольця є створена у 1846 р. на медичному факультеті Київського університету Святого Володимира кафедра державного лікарства. Саме тоді було розпочато викладання основ громадської медицини та організації медичної справи поряд з судовою медициною, ветеринарною поліцією з епізоотичними хворобами. Тривалий час викладання медико-соціальних питань продовжувалося на мультидисциплінарних кафедрах. Так, з 1871 р. окремі аспекти громадського здоров'я викладалися на першій в Україні кафедрі гігієни, медичної поліції, медичної географії та статистики Київському університеті Святого Володимира. У 1903 р. приват-доцентом цієї кафедри Корчак-Чепурківським О.В. було розроблено окремих курс з епідеміології та санітарної статистики, а в 1906 р. – приват-доцентський курс «Основи соціальної гігієни

і громадської медицини», який заклав підвалини поступального розвитку громадського здоров'я в Україні.

У період відновлення української державності питання громадського здоров'я викладалися на кафедрі гігієни Державного Українського університету, з 1920 р. – на кафедрі загальної та соціальної гігієни Інституту охорони здоров'я, яку очолював Корчак-Чепурківський О.В. Після перейменування цього закладу у 1921 р. в Київську державну медичну академію, а в 1922 р. – в Київський медичний інститут (КМІ) основи громадського здоров'я продовжували викладатися на цій же кафедрі. І лише у 1923 р. тривале активне відстоювання Корчаком-Чепурківським О.В. необхідності вузької спеціалізації гігієнічних дисциплін завершилося розділенням кафедри загальної та соціальної гігієни на спеціалізовані.

На засідання Бюро Київського медичного інституту 7 грудня 1923 р. було прийнято Рішення про створення самостійної кафедри соціальної гігієни, яке було затверджене виборчою комісією 18 січня 1924 р. З цього часу веде свій облік кафедра громадського здоров'я як самостійна науково-освітня структура у складі Київського медичного інституту (КМІ). Освітній курс з соціальної гігієни включав лекції та практичні заняття з санітарної статистики, відвідування закладів охорони здоров'я для ознайомлення з організацією їх роботи, семінарські заняття. Наукові проблеми, над якими працював колектив кафедри, стосувалися формування служб охорони материнства та дитинства, санітарної справи. З врахуванням епідеміологічного контексту акцент у наукових дослідженнях зміщувався на медико-соціальні оцінки здоров'я та розробку оздоровчих заходів, проведення санітарно-демографічних обстежень.

Трагічний період репресій загальмував розвиток української школи громадського здоров'я, забрав життя багатьох її представників. Корчака-Чепурківського О.В. звинуватили в антирадянській діяльності, усунули від викладацької роботи, арештували, після серії допитів винесли вирок про тримання під вартою, який згодом було змінено на трирічне вислання.

Репресивна машина позначилася на освітньому процесі, назві і змісті навчальних дисциплін. У 1941 р. кафедру соціальної гігієни КМІ, як і однопрофільні кафедри інших закладів вищої освіти, було перейменовано в кафедри організації охорони здоров'я. Змінилося змістове наповнення навчальних програм з вилученням питань соціальної обумовленості здоров'я та соціальної спрямованості охорони здоров'я. Були заборонені медико-соціальні дослідження, які є основним джерелом даних для характеристик здоров'я населення та обґрунтування заходів з охорони здоров'я.

Під час Другої світової війни співробітники кафедри організації охорони здоров'я КМІ продовжували навчальний процес в умовах евакуації з 1941 по 1943 рр., працювали над науковим супроводом організації медико-санітарної служби тилу, поліпшенням медичного обслуговування населення.

У повоєнні роки наукова тематика суттєво розширилася за рахунок питань медико-санітарних наслідків війни, захворюваності різних груп населення, малокрової смертності, організації та планування медичної допомоги різним контингентам населення, формування здорового способу життя.

У 1953–1961 рр. кафедра під керівництвом доцента Пігіди І.П. зосередила наукову діяльність на вирішенні проблем здоров'я сільського населення, дослідженні захворюваності з тимчасовою втратою працездатності, удосконаленні організації медичного обслуговування дитячого населення, розробці основ

диспансеризації, вивченні стану здоров'я та організації диспансерного обслуговування робітників промислових підприємств, організації санаторно-курортної справи та діяльності Товариства Червоного Хреста, досліджувалися історичні аспекти розвитку охорони здоров'я.

З 1961 р. кафедру очолив професор Хорош І.Д., який мав величезний досвід організаційно-управлінської діяльності та науково-педагогічної роботи. У цей час на кафедрі з'явилася молода когорта викладачів-науковців, у т. ч. Грандо О.А., який прийшов на кафедру на посаду доцента, у 1968 р. захистив докторську дисертацію, а в подальшому очолив кафедру і заснував унікальний Музей медицини України, що з часом отримав статус національного. Знаковим був прихід на кафедру випускників КМІ Прус Л.О., Чуйко А.П., які збагатили навчальний процес новими методичними розробками та організаційними рішеннями.

У часи так званої відлиги, завершився процес стагнації соціально-гігієнічної науки. У 1966 р. кафедрам було повернуто їх соціально-гігієнічну спрямованість і перейменовано їх у кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. Науковий вектор розвитку кафедри КМУ спрямовувався на вирішення проблем здоров'я та медичного обслуговування дитячого, сільського населення, організації швидкої медичної допомоги при серцево-судинних захворюваннях, удосконаленні диспансерного методу обслуговування, історії розвитку охорони здоров'я. Нові напрями досліджень стосувалися вивчення здоров'я та удосконалення медичного обслуговування жінок, зайнятих на шкідливому виробництві, травматизму дитячого населення та організації надання швидкої медичної допомоги дітям, вивчення соціально-гігієнічних проблем здоров'я студентів, етичних та деонтологічних аспектів медичної допомоги тощо. Започаткування у 1969 р. комплексного вибіркового вивчення стану здоров'я населення у зв'язку з переписом населення 1970 р. визначило подальший науковий напрям досліджень.

Важливим новим напрямом роботи кафедри з 1968 р. стало підвищення кваліфікації викладачів соціальної гігієни та організації охорони здоров'я закладів вищої медичної освіти. В період 1968–1982 рр. на базі кафедри підвищили кваліфікацію понад 500 викладачів, у т. ч. 68 завідувачів і професорів, 154 доценти і 216 асистентів. У 1971 р. при кафедрі відкрилися постійно діючі Курси з підвищення кваліфікації керівних кадрів охорони здоров'я. Впродовж 1972–1982 рр. на них підвищили свою кваліфікацію 1435 керівників органів і закладів охорони здоров'я з усіх адміністративних територій України.

У 1972–1973 рр. кафедральний колектив поповнили к.м.н. Кухленко Г.В., к.м.н. Полянський О.А., які понад 40 років життя присвятили підготовці кадрів громадського здоров'я на рідній кафедрі. у 1973 р. до аспірантури за спеціальністю «соціальна гігієна» вступив випускник КМІ Вороненко Ю.В., який послідовно пройшов на кафедрі усі шаблі професійного зростання, захистив кандидатську (1978 р.) та докторську (1991 р.) дисертації і згодом очолював кафедру впродовж 14 років.

У різні роки на кафедрі працювали відомі особистості, у т. ч. професори Мінцер О.П., Криштопа Б.П., доценти Дмитрієва З.Д., Скларенко І.С., Ціборовський О.М. та інші.

У 1980-х роках колектив кафедри зосереджував увагу на вирішенні наукових проблем управління медичною допомогою із застосуванням автоматичних систем управління, надання амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги хворим, гастроентерологічного, комбустіологічного профілів медичної допомоги, розроблялися і впроваджувалися в практичну діяльність організаційні заходи, спрямовані

на підвищення якості та ефективності медичної допомоги, розвитку реабілітаційної служби.

З 1991 р. державотворчі процеси в країні дали новий поштовх для розвитку соціально-гігієнічної наукової школи. Колектив кафедри під керівництвом професора Вороненка Ю.В. зосередився на науковому обґрунтуванні нової національної системи охорони здоров'я, підготовки для неї сучасних спеціалістів, оптимізації організації та управління медичними службами, розвитку системи громадського здоров'я тощо. Співробітники долучилися до виконання низки міжнародних проєктів під егідою ВООЗ з вивчення здоров'я жінок і дітей. Навчальний процес на кафедрі суттєво розширився з диференціацією медико-соціального, економічного, управлінського, історичного напрямів. Було підготовлено низку підручників, навчальних посібників, збірників тестових завдань, типових навчальних програм з дисциплін.

Київський медичний інститут став Національним медичним університетом імені О.О. Богомольця, а кафедра впродовж наступних років декілька разів перейменовувалася, але незмінно залишилася її спрямованість на вирішення актуальних питань громадського здоров'я.

На базі кафедри функціонувала апробаційна рада з розгляду дисертаційних робіт за фахом «соціальна гігієна» єдиної на той час спеціалізованої вченої ради по захисту дисертацій цього наукового напрямку. Колектив кафедри став фаховим експертним середовищем в процесі підготовки наукових кадрів вищої кваліфікації, через яке пройшов великий загін соціальних гігієністів.

Впродовж 2000-2023 рр. співробітники кафедри стали розробниками низки важливих стратегічних та програмних документів з розбудови галузі, у т. ч. концепцій, державних програм, національних планів, активно працювали над формуванням нормативно-правової бази охорони здоров'я. Велася активна підготовка нових кадрів соціальних гігієністів для науково-освітніх установ та закладів, практичної охорони здоров'я. Потужного розвитку набуло міжнародне співробітництво, співпраця представників школи з ВООЗ, ЄРБ ВООЗ, іншими міжнародними організаціями в охороні здоров'я.

За освітнім напрямом здійснювалася розробка нових сучасних освітніх програм з соціальної медицини, громадського здоров'я та їх навчально-методичного забезпечення. Співробітники кафедри є розробниками освітніх стандартів та примірних навчальних програм. Педагогічний персонал кафедри очолив роботу з написання та видання низки нових національних підручників та навчальних посібників для забезпечення викладання профільних дисциплін.

Сьогодні кафедра працює над формуванням нової сучасної когорти спеціалістів охорони здоров'я за низкою спеціальностей, насамперед «Громадське здоров'я», «Медицина», «Педіатрія», «Стоматологія», «Медична психологія», а також «Терапія та реабілітація», «Технології медичної діагностики та лікування». Науковий вектор охоплює питання розвитку системи охорони здоров'я в умовах її реформування з урахуванням євроінтеграційних процесів, багатокладності охорони здоров'я, пріоритетної розбудови системи громадського здоров'я. У науковому плані співробітники кафедри зосереджуються на обґрунтуванні сучасних стратегій боротьби з неінфекційною патологією, удосконаленні профілактичних технологій в первинній ланці охорони здоров'я, розвитку спеціалізованих служб медичної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я та розбудови системи громадського здоров'я, вирішенні проблем кадрового забезпечення медичних служб та служби громадського здоров'я, обґрунтуванні освітніх програм з громадського здоров'я.

Впроваджуючи принципи інтернаціоналізації освіти кафедра розвиває партнерські зв'язки з низкою європейських освітніх та наукових інституцій, зокрема з Польським товариством громадського здоров'я (Варшава, Польща), Інститутом громадського здоров'я Ягелонського університету (Краків, Польща), Вроцлавським медичним університетом (Вроцлав, Польща), Варшавською школою економіки (Варшава, Польща), Школою громадського здоров'я та громадської медицини Гетеборгського університету (Гетеборг, Швеція) та Каролінським інститутом (Стокгольм, Швеція).

Міжнародне співробітництво реалізується в рамках організації та проведення міжнародних наукових форумів, у т. ч. щорічних науково-практичних конференцій до Всесвітнього дня здоров'я, підготовки наукових видань, стажувань викладачів та студентів у зарубіжних закладах освіти, у т. ч. в рамках Програми Erasmus+.

Колектив кафедри гордиться своєю славною історією і активно продовжує розвиток науково-освітнього та науково-практичного напрямку, розширюючи горизонти педагогічної та науково-дослідницької роботи відповідно до сучасних пріоритетів національної системи охорони здоров'я, завдань з формування людських ресурсів та наукового супроводу розбудови громадського здоров'я в Україні.

ВАЦЛАВ КРАШЕВСЬКИЙ: ВИПУСКНИК ХАРКІВСЬКОЇ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ШКОЛИ, ВІДОМИЙ ЛІКАР, СУСПІЛЬНИЙ ТА ПОЛІТИЧНИЙ ДІЯЧ ПОЛЬЩІ (1872-1931)

Бєлєзцова Я.С.¹, Рибинська Ю.Г.²

¹Харківський національний медичний університет, м. Харків

²Благодійний фонд «Renovations Found», м. Харків

Вацлав Крашевський народився 22 вересня 1872 р. в м. Пйотркув (Польща) в сім'ї Олександра, збіднілого дворянина. У 1893 р. він закінчив гімназію в Пйотркуві і вступив на медичний факультет Варшавського університету. Активна політична позиція Вацлава Крашевського сформувалася ще коли він навчався у гімназії, а під час навчання в університеті він вже активно висловлює свої думки, вступає до національно-демократичного об'єднання молоді, бере участь в антицарських виступах та приймає участь в акції проти польських професорів. За участь у святкуванні сотої річниці повстання Кілінського (патріотична маніфестація), яка відбулась 17 квітня 1894 р. його заарештували на три місяці і він перебував у тюрмі Паяк (м. Варшава). Ці події призвели до виключення його з університету та заслання на два роки до м. Борисоглібськ (Тамбовська губернія), де він працював у земській лікарні під керівництвом доктора Масловського [1, 2].

У 1895 р. Вацлава Крашевського звільняють за амністією, але із заборонаю навчатись у Польщі, продовжити отримувати освіту він міг лише у внутрішніх районах Російської Імперії, тому обирає прогресивний навчальний заклад тих часів Харківський Імператорський університет [3] та у 1895 р. вступає на медичний факультет. Прогресивні погляди молоді того часу дозволяють Вацлаву продовжити висловлювати свої політичні думки та приймати участь у національно-демократичній організації молоді. У 1900 р. В. Крашевський закінчує навчання та працює асистентом професора Ф.М. Опенховського поляка за походженням [3, с. 10, 4].

Незважаючи на пропозицію залишитися у Харкові назавжди, він повертається на батьківщину до своєї коханої нареченої Яніни Машатовської, родом з Пйотркува, з сім'ї залізничників, весілля з якою відбулося 7 січня 1902 р. Увесь час розлуки вона чекала на нього, листи, які вони надсилали один одному пронизані глибоким коханням та розумінням один одно. У їх листування Вацлав ретельно описує своє перебування у м. Харкові та навчання в університеті, наприклад, він у деталях розповідає про одну з лекцій професора І.Р. Тарханова «Про вплив музики на організм людини» [1, с. 211], або про лекцію з гістології та підготовку до іспиту [1, с. 89].

Після повернення до Польщі в 1904 р. Вацлав Крашевський з родиною оселяється у м. Влоцлавек, де стає другим асистентом, а потім директором окружної лікарні. Незважаючи на родинне щастя та кар'єру лікаря він продовжує політичну діяльність та приєднується до «Національної демократії» та стає її комісаром у Влоцлавецькому та Нешавському повітах. У 1905 р., розчарований позицією своєї партії, особливо її ворожістю до революційного повстання, він вступає до Польської соціалістичної партії, а у подальшому очолює її у Влоцлавеку та в окрузі. 2 грудня 1905 р. Вацлава Крашевського арештовують, звинувачують у революційній діяльності та відправляють у заслання до Чернігівської губернії, але завдяки втручання повітового начальника Давидова, доньку якого лікував доктор Крашевський, його було звільнено [1], а рішенням від 12 березня 1906 р. слідство в його справі було припинено. Через справу визволення з в'язниці Влоцлавека бійця Польської соціалістичної партії Владислава Влосковича, якому загрожувала смертна кара, Вацлава Крашевського знову заарештовують, але йому вдається втекти від жандармів і через кілька днів дістатися Кракова. Доктор Крашевський деякий час практикує у Кракові в клініці відомого хірурга професора Броніслава Кадера [1, 2]. Потім він переїжджає до Гуцульщини та стає лікарем у популярному серед тодішньої еліти Польщі центрі природної медицини в м. Косів, яку відкрив доктор Аполінарій Тарнавський [5, с. 223].

Наступний етап кар'єри Вацлава Крашевського розпочинається у м. Львів у клініці професора Антонія Глузинського, чому перешкодила вимога російської влади видати його. У листопаді 1906 р. доктора Крашевського заарештовують у Львові, але завдяки зусиллям професора А. Глузинського його визнають політичним в'язнем і звільняють з в'язниці, а пізніше нострифікують його диплом та він отримує австрійське громадянство. Після усіх цих подій доктор Крашевський повертається до Польщі та стає курортним лікарем у с. Висова [1, 2].

У вересні 1907 р. В. Крашевський назавжди переїжджає до м. Закопане, де розпочинає співпрацю з фракцією PPS-Rewolucyjna, читає лекції в партійній школі агітаторів, організованій у 1909 р. Юзефом Квятеком. Кілька років працює у місцевих управах Товариства народної школи та народних університетів ім. Адама Міцкевича. Він ініціює численні громадські заходи. Серед яких це, призначення організаційного комітету приватної молодшої середньої школи, заснування сільсько-господарський гурток Райффайзен у Закопаному. Деякий час працює санінструктором Татранського товариства швидкої медичної допомоги. У 1914 р. пан Вацлав організовує товариство допомоги жінкам-легіонерам і допомоги сім'ям лікарів, призваних до армії. Його також мобілізують – як лікаря запасу – і до кінця війни він служив у Червоному Хресті в Закопаному [1, 2].

Після 1918 р. Вацлав Крашевський завершив свою діяльність у Польській соціалістичній партії та стає спочатку директором «Будинку здоров'я», а потім засновником і до кінця свого життя головним лікарем зразкового санаторію

Польської асоціації вчителів народних шкіл у Закопаному, а також членом-засновником Асоціації директорів протитуберкульозних санаторіїв. У 1923 р. бере участь у створенні відділення Товариства народних університетів та очолює його. Завдяки своїм діям на батьківщині доктор Вацлав Крашевський здобув великої пошани та до кінця свого життя був відданий інтересам своєї країни [1, 2].

Незважаючи на активну суспільну, політичну та лікувальну роботу пан Вацлав був щасливим сім'янином та батьком двох синів та двох доньок. Помер Вацлав Крашевський 1 жовтня 1931 р. в м. Закопане, а у 1933 р. його помертню нагороджено хрестом Незалежності [2].

У наші часи в домі, який Вацлав Крашевський купив для своєї родини в 1910 р. в м. Закопане його онука художниця Магдалена Крашевська заснувала культурний салон, галерею сучасного мистецтва та приватний музей, так званий «Дім Доктора» де продовжує прославляти ім'я свого відомого діда [4]. Пані Магдалена відомий культурний та просвітницький діяч Польщі, надає допомогу багатьом художникам в «Домі Доктора», в якому постійно проводяться виставки та мистецькі заходи, в т.ч. де вона надала можливість благодійному фонду Charity found «Renovations» організувати творчий проєкт «Виставка дитячих малюнків з харківського метро».

Література:

1. Waclaw Kraszewski, Janina Kraszewska (lekarz) Miłosne listy medyczne i polityczne: korespondencja doktora Waclawa Kraszewskiego i Janiny z Maszатовskich Kraszewskiej z lat 1894-1927. Krakov. Dom Doktora Galeria Sztuki.

2. S. p. Dr. Waclaw Kraszewski / Echo Podhalańskich Zdrojowisk. – 1931. – № 12. – P. 10–11.

3. Історія Харківської вищої медичної школи в експозиціях музею історії ХНМУ. В.М. Лісовий, Ж.М. Перцева, В.А. Капустник, О.В. Семененко, Д.П. Перцев. – Харків : ХНМУ, 2019. – 216 с.: іл.

4. <https://www.zakopane.pl/strefa-turystyczna/kultura/miejsca/galerie/galeria-sztuki-wspolczesnej-dom-doktora/>

5. Тарковська Н. Доктор Аполінарій Тарнавський – популяризатор Гуцульщини. Intermarum. 2014. № 1. С. 222–232.

ДОСВІД КАФЕДРИ ГІГІЄНИ, БЕЗПЕКИ ПРАЦІ ТА ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я НАВЧАЛЬНО-НАУКОВОГО ІНСТИТУТУ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ НМУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ ЩОДО ВИВЧЕННЯ І ПОКРАЩЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ПРАЦЮЮЧОГО НАСЕЛЕННЯ

Веремей М.І., Таран Н.В., Кудієвський Я.В.

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

У 2023 році кафедрі гігієни, безпеки праці та професійного здоров'я навчально-наукового інституту громадського здоров'я та профілактичної медицини НМУ імені О.О. Богомольця виповнилось 100 років від часу її заснування. Вона була створена у Київському медичному інституті у 1923 році професором В.Я. Підгаєцьким під назвою кафедра професійної гігієни і на початку 20-го сторіччя являлась однією

з перших профільних гігієнічних кафедр в Україні. За час 100-річного існування кафедри назва її декілька разів змінювалась. У 1930 році після створення в Київському медичному інституті санітарно-гігієнічного факультету вона отримала назву – кафедра гігієни праці. У 1961 році в зв'язку з приєднанням до складу кафедри клініки професійних хвороб кафедра стала називатися кафедрою гігієни праці і професійних захворювань. У 1993 році внаслідок реформування медичної освіти в Україні і запровадження концепції підготовки лікаря загальної практики – сімейного лікаря кафедра отримала нову назву - кафедра загальної гігієни, гігієни праці і професійних захворювань, а у 2017 році після того як відбулась реорганізація державної санітарно-епідеміологічної служби і переорієнтація медичної освіти на підготовку бакалаврів і магістрів громадського здоров'я кафедра була перейменована на кафедру гігієни та екології № 2. В той же час клініка професійних хвороб, яка до цього була в складі кафедри, була відокремлена від неї і приєднана до кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб № 2. В поточному 2023 році в зв'язку з створенням навчально-наукового інституту Громадського здоров'я та профілактичної медицини НМУ імені О.О. Богомольця, до складу якого ввійшла кафедра, вона отримала назву – кафедра гігієни, безпеки праці та професійного здоров'я.

Треба відмітити, що на всіх етапах свого існування поряд з дослідженням і гігієнічною оцінкою умов праці робітників різних галузей промисловості співробітники кафедри завжди приділяли велику увагу вивченню стану здоров'я працівників за результатами проведення медичних оглядів та аналізу захворюваності з тимчасовою втратою працездатності. Це давало можливість встановити характер і виразність негативного впливу умов праці на організм працюючих і на основі аналізу отриманих даних розробляти і впроваджувати у виробництва, на яких проводились такі дослідження, науково-обґрунтовані заходи щодо приведення умов праці у відповідність з гігієнічними нормативами і вимогами. Головним критерієм оцінки ефективності впроваджених у виробництва оздоровчих заходів при цьому були попередження виникнення у працівників професійних захворювань та зниження рівня виробничо-зумовленої захворюваності.

На сучасному етапі кафедра у відповідності з існуючою концепцією розбудови та завдань громадського здоров'я, вимог європейської та світової медичної освіти і науки приділяє багато уваги шляхам забезпечення належного рівня громадського здоров'я. Ці питання широко висвітлюються на кафедрі при навчанні студентів на додипломному рівні – на медичних факультетах при викладанні студентам обов'язкових дисциплін: гігієни та екології, охорони праці в галузі; на факультеті громадського здоров'я – при викладанні гігієни та безпеки праці. Окрім того, на медичних факультетах також приділяється цьому питанню значна увага при викладанні вибіркових дисциплін: госпітальної гігієни, екологічної медицини; на стоматологічному факультеті – гігієни та безпеки праці лікарів-стоматологів.

Забезпечення вивчення професійного здоров'я та розробка на основі аналізу одержаних при цьому результатів науково обґрунтованих заходів профілактики виникнення професійних захворювань і зниження виробничо-зумовленої захворюваності при виконанні науково-дослідних робіт завжди було і залишається пріоритетним напрямком наукових досліджень кафедри.

Таким чином можна констатувати, що на усіх етапах свого історичного розвитку кафедра приділяла значну увагу вирішенню проблеми забезпечення високого рівня громадського здоров'я, перш за все працюючого населення. В подальшому ця увага буде тільки підсилюватися і поширюватися також і на інші верстви населення України.

**ПРОФЕСОР Т.О. БАЖАН –
ІСТОРИК МЕДИЦИНИ УКРАЇНИ
(ДО 95-РІЧЧЯ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ)**

Зайцев В.В.¹, Семенова Л.С.², Соколова Л.О.²

¹*Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро*

²*Дніпровський державний хіміко-технологічний університет, м. Дніпро*

У 2023 році виповнюється 95 років з дня народження Тамари Олександрівни Бажан – відомого історика медицини, доктора медичних наук, професора.

Під час історичних описових досліджень вивчено матеріали біографії Т.О. Бажан (1928–2005) та зміст її наукових праць, зокрема дисертацій, монографій, збірників матеріалів наукових конференцій, серед останніх «Про культурні зв'язки та наукові контакти Д. Самойловича у період його перебування за кордоном» (праці наукової конференції «Медицина і українська культура», 1993 рік; «Роль історії медицини у формуванні загальної культури студентів», праці науково-методичної конференції «Сучасні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах...», 1999 рік; «Актуальні аспекти страхової медицини на сучасному етапі в Україні (праці 8-го конгресу Світової федерації українських лікарів, 2000 рік; «Історичні витоки формування поняття «Сімейний лікар» (праці 3-ї Міжнародної конференції «Наука і освіта», 2000 рік).

Тамара Бажан з'явилася на світ 14 грудня 1928 року у сім'ї вчителів у місті Новогорішівськ, нині Світловодськ, Кіровоградської області. Після отримання середньої освіти поступила до Дніпропетровського медичного інституту (ДМІ), який у 1954 році успішно закінчила та була запрошена на кафедру соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. Разом з викладацькою діяльністю вона активно займалася наукою. Під керівництвом професора Галини Федорівни Емельянової у 1960 році захистила кандидатську дисертацію на тему «Досвід організації боротьби з захворюваністю на ангіну та гострі катарі верхніх дихальних шляхів на металургійному заводі», а у 1982 році - докторську дисертацію на тему «Розвиток охорони праці і медико-санітарної допомоги робітникам промислових підприємств в Українській РСР» [1]. З 1984 року Тамара Олександрівна професор кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я ДМІ, де очолювала курс історії медицини. За її ініціативою на кафедрі у 1965 році було створено кабінет історії медицини, який щорічно поповнюється новими експонатами її учнями. Науковим напрямком робіт Т. О. Бажан було дослідження питань історії охорони праці здоров'я промислових робітників України [2]. Т.О. Бажан автор понад 200 наукових праць, у тому числі 3 монографій. Зокрема, у монографії «Етика і деонтологія санітарного лікаря» вона показала роль належної етичної поведінки лікарів профілактичного профілю [3]. Професор Т. О. Бажан була учасником і організатором з'їздів, міжнародних наукових симпозіумів і конференцій з історії медицини. Вона брала участь у створенні народного музею історії ДМІ, який відкрився у 1970 році та став навчальною та науковою базою курсу історії медицини. Студенти I курсу, вивчаючи історію медицини, проводили заняття на базі музею, знайомились з найкращими традиціями рідного ВМНЗ [4]. Т.О. Бажан довгі роки очолювала обласне правління наукового товариства істориків медицини. За видатні досягнення в роботі її було нагороджено знаком «Відмінник охорони здоров'я», грамотами МОЗ України, ДДМУ.

Висновки. Доведена видатна роль професора Бажан Т.О. у становленні та розбудові історії медицини України.

Література:

1. Вірність Гіппократу: Альманах Дніпропетровського медичного інституту (1916-1991). За ред. Л.В.Новицької-Усенко. Дніпропетровськ: *Січ*, 1991. С. 78.

2. Професори: біографічний довідник професорів Дніпропетровської державної медичної академії (1916-2001). Дніпропетровськ: *Пороги*, 2002. С. 20–21.

3. Професори Дніпропетровської медичної академії 1916–2019 роки. Бібліографічний довідник професорів ДМА. За загальною редакцією Т.О. Перцевої, В.Й. Мамчура. Дніпро: *Пороги*, 2020. С. 27.

4. Історія кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я ДДМУ <http://302.dmu.dp.ua/home/istoria-kafedri>

**ЛІКАРНЯ ДЛЯ БІДНИХ
ХАРКІВСЬКОГО МЕДИЧНОГО ТОВАРИСТВА:
ПОШУКИ ФІНАНСУВАННЯ**

Мартиненко Н.М.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

У 1862 році (7.06.1862) Міністерство внутрішніх справ затвердило Статут безкоштовної лікарні для бідних у складі Харківського Медичного Товариства.

Від початку існування і практично протягом тривалого періоду існування цієї лікарні фінансове питання потребувало вирішення. Джерелами надходження коштів були пожертви окремих осіб, збори від благодійних вистав, вечорів, костюмованих балів, концертів. Від 1863 року Миська Дума виділяла 1000 рублів щорічно (від 1863 до 1917 року – більш ніж 54,0 тисячі рублів). У 1863 році пані Шабельська зробила пожертву 1115 рублів відсотковими паперами. Від 1864 року Д.А. Захаржевський щороку робив внески на рахунок лікарні (100 рублів), а після його смерті у 1872 році Харківське Медичне Товариство отримало 50 000 рублів для облаштування лікарні на 10 ліжок. За 15 тисяч рублів для облаштування лікарні ХМТ було придбано місце і будинок на вулиці Пушкінській, 14, в якому і було відкрито лікарню. Капітал 34 000 тисячі рублів розмістили під 7% річних у Миському Банку. Кількість пацієнтів, які відвідували лікарню була значною (і сягало в окремі роки 11 тисяч) і вже у 1878 році Миська Дума виділила 6 000 рублів на ремонт і перебування лікарні.

У 1899 році Харківське повітове земство затвердило асигнування на утримання лікарні з миського бюджету 200 рублів на рік. Згідно Статуту лікарня мала бути безкоштовною для відвідувачів, проте, від 29.11.1869 року ХМТ вирішило змінити цей пункт і встановило плату за відвідування лікарні у 20 копійок на рік.

Істотну фінансову допомогу лікарні надавали аптекарі. За даними секретаря ХМТ, завідувачі аптеками Шмальцен, Єгор'єв, Кирилов, Кох пожертвували по 50 рублів власних коштів і встановили 50% знижку на ліки за рецептами цієї лікарні.

Члени ХМТ шляхом прямої підписки збирали певну кількість коштів. Окрім того, представник ХМТ (Ковальчук) брав участь в торгах, оскільки товариство отримало цінні папери, за якими ХМТ могло розраховувати на 1/3 доходів з 5 лавок.

Секретар товариства доповідав на зборах 18.05.1868 про пожертву від пана Єфремова, який за заповітом члена-кореспондента, лікаря Анненського вніс 1700 рублів на рахунок лікарні.

Щодо режиму роботи, у доповіді лікаря-розпорядника лікарні В.П. Бобіна, присвяченій 25-річному ювілею лікарні є відомості про те, що спочатку було встановлено для кожного лікаря, який приймав хворих 2 години роботи на день, згодом, коли кількість пацієнтів зросла – встановили години роботи від 8 до 16. Винагороду для лікарів-розпорядників встановили 300 рублів на рік (за умови проживання в лікарні) і 400 рублів на рік (якщо лікар мешкав в іншому будинку).

Отже, проблема фінансування лікарні для бідних Харківського Медичного Товариства протягом усієї історії існування потребувала ретельної уваги і винахідливості членів ХМТ у пошуку джерел і варіантів забезпечення медичною допомогою бідних верств населення.

Література:

1. Бобіна І.В., Кравцова В.І. В.П. Бобін – лікар-розпорядник безкоштовних лікарень Харківського медичного товариства // Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини, 2020, № 1. С. 52–57.

2. Бобін В.П. З історії лікарні Харківського медичного товариства (1863–1888): Доповідь лікаря-розпорядника В.П. Бобіна // Матеріали сімейного архіву родини Бобіних. С. 1–16.

3. Реміняк В.І., Реміняк І.В. До питання про господарсько-фінансову діяльність Харківського медичного товариства у 1861–1917 рр. [Електронний ресурс] // Актуальні питання сучасної психіатрії і наркології: Збірник наукових робіт Інституту неврології, психіатрії і наркології АМН України і Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3 (Сабурової дачі), присвячений 210-річчю Сабурової дачі / За заг. ред. П. Т. Петрюка, А. М. Бачерикова. Київ–Харків, 2010. Т. 5. Режим доступу: <http://www.psychiatry.ua/books/actual/paper090.htm>

ДІЯЛЬНІСТЬ ТА ІСТОРІЯ КНП «ОДЕСЬКИЙ РЕГІОНАЛЬНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТИПУХЛИННИЙ ЦЕНТР» ОДЕСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

Машиевич А.М.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Історія розвитку Коомунального некомерційного підприємства «Одеський регіональний клінічний протираухлінний центр» Одеської обласної ради (далі КНП «ОРКПЦ»ООР») розпочинається ще з 17 лютого 1948 року. Центр був утворений, як Одеський обласний онкологічний диспансер рішенням Одеського облвиконкому, на базі обласної поліклініки №6 та розміщувався в непристосованому приміщенні і мав лише 50 ліжок. Першим головним лікарем була Ніна Олександрівна Новікова. Станом на кінець 1955 року в області нараховується 335 онкологічних ліжок і працює 18 онкологічних кабінетів. У 1959–1966 роках в Одесі будується новий типовий онкологічний диспансер на 240 ліжок з радіологічним корпусом. У диспансері утворено чотири відділення (хірургічне на 60 ліжок, гінекологічне на 60 ліжок, радіологічне на 60 ліжок, і вперше онкоурологічне на 40 ліжок), поліклініка та лабораторії.

До кінця 1966 року в області нараховується 440 онколіжок, у тому числі в КНП «ОРКПЦ»ООР» 220 ліжок. У 1978–1979 роках на території центру будуються нові лікувальні корпуси та відкривається самостійне радіологічне відділення та працюють такі відомі професори-онкологи, як Гешелін Сергій Олександрович, Дробков Лев Захарович, Великанов Кирило Антонович. У 1986 році онкослужби області очолив досвідчений організатор охорони здоров'я, заслужений лікар України, професор Степула В.В. З огляду на високу захворюваність населення області на злоякісні новоутворення, вирішується питання про будівництво нових лікувальних корпусів. За короткий чотирирічний період було побудовано пансіонат на 50ліжок та 2 двоповерхових корпуси на 100 ліжок. У 1921 році розпочато будівництво 240-ліжкового лікувального корпусу, який згодом розширили до 480 ліжок.

На сьогоднішній день КНП «ОРКПЦ» ООР являється спеціалізованим онкологічним медичним закладом третього рівня зі стаціонаром потужністю 480 ліжок та консультативною поліклінікою, в якому надається медична допомога хворим з підозрою на онкологічні захворювання та онкологічним хворим.

Щороку в КНП «ОРКПЦ» ООР проходять обстеження більше 110 тисяч та лікування більше 29,5 тисяч жителів м. Одеси, Одеської області, інших регіонів України та деяких іноземних держав. У закладі працює більше 1000 співробітників, 9 заслужених лікарів України, 2 Доктора наук, 14 Кандидатів медичних наук, 77 лікарів, що мають вищу кваліфікаційну категорію.

Не можливо не відмітити заступника головного лікаря з хірургічної роботи – Луріна Анатолія Григоровича, заслуженого лікаря України, хірурга-онколога вищої категорії, члена-кореспондента Академії технологічних наук України (військово-медичні технології), генерал-майора військово-медичної служби України.

Лурін А.Г. навчався у Вінницькому національному медичному університеті ім. Н.И. Пирогова. В 1974 році закінчив Військово-медичну академію ім. С.М. Кірова. Під його керівництвом удосконалювалась діагностична та лікувальна база КНП «ОРКПЦ» ООР. Його комплексний підхід до лікування хворих із залученням сучасних методів діагностики дозволили активізувати лікувальну роботу, скоротив при цьому термін перебування хворих в стаціонарі. У 2005 році Анатолій Григорович був нагороджений почесним знаком Міністерства оборони України «Доблесть і честь».

Структура КНП «ОРКПЦ» ООР складається з 20 відділень, а саме:

- Поліклінічне консультативно-діагностичне відділення;
- Онкомамологічне відділення;
- Відділення абдомінальної онкохірургії;
- Відділення анестезіології з ліжками інтенсивної терапії;
- Радіологічне відділення;
- Онкогінекологічне відділення;
- Онкологічне відділення торакальної хірургії та пухлин голови-шиї;
- Відділення реконструктивної та пластичної хірургії;
- Патологоанатомічне відділення;
- Онкохірургічне урологічне відділення;
- Відділення хіміотерапії;
- Відділення хірургії одного дня з інтервенційною радіологією;
- Ендоскопічне відділення;
- Відділення виїзної консультативно-методичної допомоги та супроводу скринінгових програм;

- Паліативне відділення;
- Інформаційно-аналітичний відділ та канцер-реєстр;
- Діагностичний комплекс клінічної лабораторної діагностики;
- Операційний блок;
- Відділ інфекційного контролю;
- Шкірно-венерологічний підрозділ.

Висока професійна підготовка співробітників центру, а також застосування комплексного та комбінованого лікування, чуйне та уважне відношення медичного персоналу до пацієнтів, дозволяє значно поліпшити якість та довготривалість життя онкологічних хворих.

Література:

1. Журнал «Одеський обласний онкологічний диспансер» (внутрішнє видання до 55-річчя).
2. З джерел сайту КНП «ОРКПЦ»ООР».

ЗІРКОВЕ ЖИТТЯ РЕФОРМАТОРА МЕДИЦИНИ – ЙОГАНА ПЕТЕРА ФРАНКА

М'якина О.В.¹, Сокол К.М.¹, М'якина Д.О.², Мельник К.О.³

*¹Харківський національний медичний університет, м. Харків
²КЗОЗ Харківське БСМЕ*

³КНП «Міська клінічна лікарня №31» ХМР

У Світовій історії початковий період Нового часу позначився і запам'ятовується «Епохою просвітництва та розуму». В цей час формується новий раціональний світогляд, який відбився в новій філософії, у становленні цілої системи нових наукових знань, у культурі, у тому числі й у медицині.

Видатні мислителі-реформатори медицини кінця XVIII, середини XIX століття, дивилися на світ з іншим уявленням. Серед них – майстер організаційних перетворень у медицині, «батько соціальної гігієни» – Й.П. Франк. Його наукові і практичні ідеї на століття визначили розвиток медицини. Видатна заслуга Йогана Франка полягала у тому, що вчений виділив суспільну гігієну у самостійну наукову дисципліну, зарекомендував себе, показавши світу VI-томну капітальну працю «Системи загальної медичної поліції» – пам'ятка колосальної ерудиції, чіткості та ясності думки, де вперше були виділені та розроблені проблеми суспільного здоров'я, санітарії та гігієни, плодючості населення. У жилах неординарного професора та керівника текла змішана кров, що позначилось на його характері, де рішуча воля і дисциплінована німецька думка поєднувались із жвавістю французького розуму і здатністю до творчого осмислення того, що відбувається.

Австрієць німецького походження, лікар-клініцист та науковець Йоган Петер Франк, народився 19 березня 1745 року у сім'ї службовця, у невеликому містечку південної Німеччини Родальбене, молодшим із тринадцятьох дітей бакалійника. Обдарований юнак спочатку вивчав філософію у Мецці – священному місті, і згодом, у 1763 р., захистив дисертацію на ступінь доктора філософії. У Страсбурзькому університеті опановував медицину, а медичний факультет Гайдельберзького університету закінчив у 1776 році. Захистивши докторську дисертацію «Дієтика раннього дитячого віку», отримав звання лікаря.

Закінчивши навчання, молодий спеціаліст оселився у невеликому лотарингському містечку Біч, що у Франції, і став займатися приватною практикою, яка приносила йому мізерний заробіток. Рано одружившись, зазнав трагічний наслідок – через рік дружина померла від пологової гарячки: місцевий лікар зробив їй кровопускання, яке закінчилося зупинкою серця. У ті часи тиранія кровопускання була настільки сильною, що навіть відомі лікарі XVII та XVIII століть не могли від неї звільнитися. Авторитетні заклики до помірності у проблемному методі лікування вперше пролунали з боку обуреного Йогана Франка. Через півроку від віспи померла і єдина дитина. Пригнічений втратою сім'ї, вдівець кілька місяців вів аскетичний спосіб життя. У пошуках життєвого благополуччя він переїхав до Бадену (Німеччина), де став працювати окружним лікарем. Морова епідемія, що раптово спалахнула у графстві, змусила лікаря взяти участь у боротьбі з нею і на мить відволіктися від думок, що пригнічували стан. Тут, на південному заході Німеччини, Франка осяяла муза, надихнувши на написання початкового тому геніальної праці – про «медичну поліцію» (у XVIII ст. на медичних факультетах університетів «медичну поліцію» починають вперше включати, як окремих розділ, до складу інших дисциплін, частіше до «судової медицини»). У своїй першій праці Й. Франк виклав цілу систему обов'язкових заходів, яких повинна була дотримуватися влада для збереження здоров'я своїх громадян. Значну увагу автор приділив законодавству, в якому передбачалися ефективні заходи боротьби з масовими захворюваннями, порядок організації лікувально-профілактичної та акушерської допомоги, пропаганда санітарно-гігієнічних знань та навичок серед усіх верств населення. Відправивши робочий екземпляр для публікації, Йоган зразу отримав від експертів редактора негативний висновок. Знервований черговою невдачею, він розірвав свій рукопис і спалив залишки.

Згодом, у Раштатті, у 1769 році, Франк отримав місце окружного лікаря. Нові умови праці змусили його звернутися до місцевого уряду з пропозицією запланувати школи з підготовки акушерок. Відійшовши від шлюбної невдачі лікар вдруге одружується і невдовзі у подружжя народжується хлопчик (майбутній професор медицини). Водночас, через деякий час, голос Й. Франка почули чиновники і лікар отримав дозвіл на відкриття акушерської школи з правом навчати їх. На позитивних емоціях він започатковує ще й школу з хірургії для фельдшерів, які до того навчались у досвідчених медиків.

Наполеглива праця Франка дає плоди і в іншій сфері – один за одним, з 1779 року, виходить у Мангейме (Німеччина) I-й том «медичної поліції», у 1780 р. – II-й, а через три роки – III-й том твору. У своїй роботі, обговорюючи питання плодочості населення, Й. Франк висловлювався проти обітничі безшлюбності, що накладалася католицькою церквою на священників. Такі погляди викликали жорстоке цькування лікаря, що позначилось на його подальшій долі – змушений прийняти пропозицію Геттінгенського університету і став викладати «загальну теологію, медичну поліцію та судову медицину». Так як у цьому навчальному закладі ще не було клінік, навчання зі студентами-медиками велося через відвідування збудованих вихорів у їхніх помешканнях.

Але, через навантаження від колосальної кількості роботи та неможливості звикнути до суворого клімату Німеччини, Франк переїжджає до Павії (Північна Італія, Ломбардія), куди його також давно запрошували. Незабаром він отримує призначення «директора шпиталу» – завідує усією медичною службою Ломбардії. Невдовзі вчений прочитав першу вступну лекцію у Павіанському університеті на

тему «Положення лікаря у державі та його обов'язки перед законом». У 1788 році виходить IV-й том «медичної поліції». За період перебування у Ломбардії Франк ретельно реформує викладання медицини на факультетах: вводить 5-й додатковий рік навчання до чотирьох існуючих раніше, сприяє покращенню підготовки до патологічної анатомії та прогнозує об'єднання викладання хірургії та медицини на одному факультеті. Згодом (1792 р.) публікує працю «De curandis hominum morbis eripite», яка відрізняється ясною і стислою формою викладеного матеріалу і служить введучим посібником для лікарів-практиків. Широку гласність і практичність започаткував і його черговий підручник з «судової медицини».

У 1795 році Й. Франка запрошують до Віденського університету, де науковець обіймає посаду професора клінічної медицини та директора загальної Віденської міської лікарні і клініки внутрішніх хвороб (на 700 ліжок). Новий керівник і тут зробив значні реформи, починаючи з технічних: заборонив стайні, що містились на першому поверсі, виділив із лікарняних приміщень спеціальні палати для клінічного викладання тощо. Але проведені професором зміни у госпітальній справі знову породили багато недоброзичливих поглядів.

Втомившись від непорозуміння, у 1804 р., після відпрацювання директорського терміну у міській лікарні Відня, вчений погоджується на пропозицію уряду перевестись до Віденського університету (Литва). Сімейство Франків переїздить до Вільно і оселяється у будинку, що належав університету (тепер відомий у Вільно як «дім Франка»). Невдовзі вчений розпочав читати лекції у якості професора кафедри клінічної медицини. Ознайомившись із постановкою питання про освіту у вищому навчальному закладі, ним був складений проект з поліпшення викладання медичних наук, який прийняли на засіданні професорів університету. Тепер, за проектом вченого, загальна кількість додаткових курсів становила 9 («гігієна, або наука про збереження здоров'я», «лікарська поліція та судова медицина», «з'ясування патології хворих у шпиталі під час розтину тіл» та ін.).

Через рік, у 1805 р., Й.П. Франк прибув до Санкт-Петербургу, де зайняв посаду ректора та керівника кафедри Медико-хірургічної академії. Професор вдихнув нове життя у академію і започаткував виділення суспільної гігієни у самостійну наукову дисципліну. Незабаром було відкрито терапевтичну та хірургічну клініки. У Північній столиці академік працював деканом медичної ради, членом Головного училища управління, також отримав звання лейб-медика імператора та чин дійсного штатського радника, ще раніше він став членом академії наук.

Певну протидію у спрямованій роботі Франка надав баронет Я. Вілліє, лейб-хірург Олександра I, який злякався за свій вплив і не побажав мати у себе конкурента. У зв'язку з цим подальше перебування вченого в академії стало скрутним, і у 1808 році він був «звільнений за проханням від служби з наданням пенсії».

Професор був змушений повернутися до столиці Австрії, де працював ще 13 років: V-й том «медичної поліції» вийшов у 1811 році, а у 1817 – останній VI-й.

Завдяки ерудиції, розуму та наполегливості Й. Франка, у Європі почали приділяти багато уваги *соціальної гігієни*, викладати її як самостійну наукову дисципліну у вищих навчальних закладах.

Помер Йоган Петер Франк 24 квітня 1821 р. у Відні (проживши 76 років), де й похований.

Література:

1. М. С. Шойфет. Франк (1745-1821) // 100 видатних лікарів. – М.: Вече, 2008. – 528 с.

2. Білоус В.І., Білоус В.В. «Історія медицини і лікувального мистецтва». Навчально-популярне видання. Чернівці, ІВЦ «Місто», 2019. 284 с.

3. Голяченко О.М. Історія медицини: підруч.[Електронний ресурс] / Олександр Голяченко, Ярослав Ганіткевич. – Тернопіль: Лілея, 2004. – 248 с.

СОЛЯНІ СКАРБИ УКРАЇНИ: ВИПРОБУВАННЯ ЧАСОМ

М'якина О.В.¹, Подпрядова А.А.¹, Мельник К.О.², М'якина Д.О.³

¹Харківський національний медичний університет, м. Харків

²КНП «Міська клінічна лікарня №31» ХМР

³КНП «Міська поліклініка №11» ХМР

Ресурси солі у світі складають мінерально-сировинний скарб соляних родовищ, запаси якого невичерпні. Ці корисні копалини видобувають близько 100 країн, центрами видобування яких виступають Північна Америка, Євросоюз і держава Азіатсько-Тихоокеанського регіону. Наша країна також має великі та унікальні за якістю поклади кам'яної солі, котра присутня вздовж всього українського ландшафту та в усіх формах. За хімічною чистотою сировину можна вважати найкращою у світі. Скупчення її зосереджені у Донбасі, Дніпровсько-Донецькій западині, на Передкарпатті, Закарпатті та в озерах і лиманах Чорного і Азовського морів. Найбільшим є Бахмутське родовище кам'яної солі.

«Білі розсипи» є товаром, який має більше 14 000 областей застосування: велика частина використовується в хімічній, шкіряній та харчовій промисловості; хлорид натрію є важливою речовиною, що забезпечує життєдіяльність людини, тваринного і рослинного світу; сіль широко застосовується в медицині. Існує безліч варіантів, які користуються популярністю і сприяють оздоровленню багатьох недугів із застосуванням кам'яної солі. Підземні виробки стали дивним відкриттям Новітнього часу здатним надавати цілючі дії на організм людини зі своїми лікувальними властивостями.

Заглянемо в історичне минуле українського соляного промислу. Ще з доби Стародавнього Світу грецькі колоністи експортували сіль з Криму і чорноморських лиманів. Солевидобуток на Мармарощині (історична область у Карпатах) сягав римських часів. За княжого періоду найбільше значення мало видобування виварної солі на Передкарпатті (м. Галич дістало назву від кореня «гал» («сіль»)). Знаходячись під владою Польщі соляна промисловість була власністю корони. Незначним стало використання чорноморської солі. У XVII-XVIII ст. чималу роль відіграло виварювання солі на Слобожанщині (Донеччині) в околицях Тора й Бахмута. Після опанування земель на Галичині Австрією, промисловість на Передкарпатті занепадала. Але вже на початку XX ст. виробництво галицької солі становило близько 50000 тон/рік. Таку саму продукцію добувала і єдина копальня в Солотвині (Солотвинське родовище), що на Закарпатті. Водночас збільшилась соляна промисловість на Наддніпр'янщині (самоосадна сіль у Причорномор'ї і в Таврійській губернії – Одеська і кримська). Зміну в соляній промисловості спричинило виявлення великих покладів кам'яної солі і її видобуток з кінця 70-х років XIX ст. у Бахмуті. Розвиток солепромисловості з 20-тих по 30-ті роки XX ст. на галицькому Передкарпатті далі зменшувалося, натомість збільшилося у Солотвині. Надалі притаманна тенденція

переходу від виварювання солі до копальної продукції. За радянських часів концентрація соляної промисловості на 74,5 % припадала на Артемівське (Бахмутське) родовище (8,6 – на Солотвинське), де видобували і переробляли сіль 16 підприємств тресту «Головсіль» Міністерства Харчової промисловості УРСР, у тому числі 6 соляних шахт, 4 солезаводи та 4 солепромисли над Чорним і Азовським морями. Питаннями соляної промисловості досліджував Всесоюзний НДІ Соляної Промисловості (Артемівськ, Донецька область).

Ще стародавнім ченцям було відомо, що сіль володіє цілющими властивостями: хворих, які мали проблеми з диханням, монахи поміщали не у шпиталі, а у соляні печери, де ті зцілюлися від своїх недуг, вдихаючи пил соляних розсіпів. У Європі аналогічне лікування вперше почали застосовувати у Польщі. Вже в середині XIX століття промисловий терапевт Ф. Бочковський зробив відкриття: помітив, що шахтарі, які працюють у соляній шахті (поблизу Кракова), зовсім не хворіють на астму.

Розгортання подій сучасної терапії (спелеотерапії) бере початок з 50-х років XX століття, коли виникли профільні лікарні у ряді країн Східної та Центральної Європи (Польща, м. Величка біля Кракова – зараз головний європейський центр, відкритий у 1958 р.; спелеоцентр у Німеччині, Баварія, м. Берхтесгаден; курорти у Румунії та інш.).

Шалений темп життя, постійні стреси, погіршення екологічної ситуації та інші чинники, змусили і Україну, на прикладі закордонних колег, використати у Закарпатській казковій місцевості поклади природної сировини (а пізніше і в Донбасі) для оздоровлення населення. У 1960 році західні шахти відвідали вчені і чиновники з Закарпаття, що привело до відкриття у 1968 році, на базі Солотвинської міської лікарні, алергологічного відділення, де вперше став використовуватись немедикаментозний спосіб лікування. Закарпатський лікувальний заклад був найбільшим у світі: на глибині 206 м діяв перший у Союзі унікальний підземний алергологічний комплекс на 320 ліжкомісць. Базою для заходу послужила головна шахта (8-ма). А оскільки результат перевершив всі сподівання, то перегляду зазнало і друге, сусіднє, родовище. Нове підземне відділення почало роботу у 1976 році, глибина її становила 300 м. Корпус лікарні являв собою довгу галерею, в стінах якої були прорубані ніші – палати.

Підземелля «солотвинського ермітажу», яке експлуатувалось понад 220 років, це чистий хлорид натрію, тобто звичайної кухонної солі, що означає 97 % стерильності, де міститься у 10 разів менше мікроорганізмів, ніж у приміщенні операційної. Зконцентроване іонами повітря, буквально винищувало всі мікроби й алергени. Специфічний печерний тиск легко насичував таким повітрям легені. Цьому допомагала і стабільна температура: до +22 градусів – найкомфортніша для людини та відсутність елетромагнітного випромінювання і особливий радіаційний фон. Такі умови – рай для хворих астмою та алергіями. Повний лікувальний цикл тривав 24 доби. Донедавна тут щодня проходили лікування близько 600 хворих.

Пам'ятка давнього закарпацького гірництва, а пізніше – підземна оздоровниця, сьогодні переживає занепад внаслідок сильних повеней 1998 і 2001 рр.: активізувалися процеси розмиву соляних відкладень і ґрунт у деяких місцях просів. У 2005 р. дали знати зсувні та карстові провалля. Гірничі копалини, які пережили розпад імперій, колонізацію, революції і війни, почало затопляти. Видобуток кам'яної солі в Солотвині було припинено у 2007 році і через рік підземні алергологічні лікарні закрили.

Вітчизняні спеціалісти, разом із їх закордонними колегами, намагалися врятувати унікальний заклад. Наразі ж, враховуючи і сьогоденні обставини, неможливо

передбачити майбутню долю соленосного басейну. Зараз тут працюють лише наземні лікарні – КНП «Солотвинська обласна алергологічна лікарня» Закарпатської ОР на 80 ліжок та «Українська алергологічна лікарня» Солотвино – на 280 ліжок.

Несподіване лихо зруйнувало плани й ще однієї соляної оздоровниці – не спроможні лікуватися люди і на сході країни. Ще на початку 90-х у м. Соледарі (Карло-Лібкнехтівськ) Артемівського району Донецької області, на глибині 300 метрів, також діяв лікувальний комплекс санаторію «Донбас», який пізніше перейменували на «Соляну симфонію». Тут теж лікували бронхіальну астму, хронічні бронхіти, запалення легень, алергію, шкірні та неврологічні захворювання. Специфіка лікування у Соледарі ґрунтувалась також на тривалому перебуванні у унікальній соляній шахті. Спелеосанаторій проіснував недовго – з 1993 по 2002 рік. Через 5 років робота його була відновлена, але припинялась на час активних бойових дій. На сьогодні, враховуючи ситуацію на Донбасі, говорити про перспективи даного закладу не доводиться.

В цілому порятунок соляного промислу та попередження надзвичайних екологічних ситуацій потребує швидкого вжиття радикальних заходів. Розвиток процесів соляного карсту призводить до незворотніх змін гірничо-геологічних умов і повернути гірські виробки у нормальний безпечний стан неможливо. Вирішувати накопичені екологічні проблеми можливо в мирний час і лише за умови розробки державної програми, забезпеченої регулярним та повним фінансуванням. Україна, як декларуюча власний європейський вибір держава, зобов'язана формувати свою політику розвитку мінерально-сировинного комплексу. Позитивним кроком у цьому напрямку слід відзначити прийняття «Загальнодержавної програми розвитку мінерально-сировинної бази України на період до 2030 р.». Алгоритм комплексної оцінки підземних об'єктів, що можуть використовуватись з лікувальною метою, уже розроблено (передбачає вирішення комплексу, перш за все технічних, а згодом і медичних завдань). Загибель же соляної промисловості може призвести до того, що Україна залишиться без «золотого фонду» – хліба та солі. Залишається схилити голову перед силою природних процесів, спрогнозувати їх наслідки та раціонально запровадити в медичній справі.

У жовтні 2023 р. ми відзначатимемо 55-річчя початку спелеотерапевтичного лікування в Україні. Будемо сподіватись, що найближчим часом, питання його відновлення зрушиться з місця.

Література:

1. Рудько Г.І., Петришин В.Ю. Соляні ресурси Передкарпаття та перспективи їх використання / За ред. Г.І. Рудька. – Київ–Чернівці: Букрек, 2017. – 472 с.
2. Кобаль Й. В. Солотвино // Енциклопедія історії України : у 10 т. / редкол.: В: Наукова думка, 2012. – Т. 9 : Прил – С. – С. 707. – 944 с.
3. Мала гірнича енциклопедія: у 3 т. / за ред. В. С. Білецького. – Д. : Східний видавничий дім, 2013. – Т. 3 : С – Я. – 644 с.
4. Гайко Г. І., Білецький В. С. Історія гірництва: Підручник. – Київ–Алчевськ: Видавничий дім «Києво-Могилянська академія», видавництво «ЛАДО» ДонДТУ, 2013. – 542 с
5. Гайко Г., Білецький В., Мікось Т., Хмура Я. Гірництво й підземні споруди в Україні та Польщі (нариси з історії). – Донецьк: УКЦентр, Донецьке відділення НТШ, Редакція гірничої енциклопедії, 2009. – 296 с.
6. Географія мінеральних ресурсів України : монографія / Мирослав Сивий, Ігор Паранько, Євген Іванов. – Львів: Простір М, 2013. – 684 с.

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ ПРОФІЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Жидкова К.Г., Богачова О.С.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Туберкульоз – інфекційне захворювання, поширене по всьому світові, викликане специфічним збудником з групи *Mycobacterium tuberculosis*. В 2014 році Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я з метою якнайшвидшого подолання перешкод в боротьбі з цією недугою, мультирезистентними її формами, ко-інфікуванням ВІЛ з туберкульозом, а також для підбиття підсумків з реалізації попередньо прийнятого у 2005–2015 рр. Глобального плану «Зупинити туберкульоз», розробленого окремою робочою групою ВООЗ за погодженням всіх членів даної організації була схвалена Глобальна стратегія «Покласти край туберкульозу» на період 2016–2035 рр, головним завданням якої стало повне звільнення світу досягнення нульової захворюваності від цієї хвороби [1].

Водночас, протидія та боротьба з туберкульозом не тільки один з пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку в Україні, а й предмет зобов'язань перед іншими країнами. Статистика в нашій країні, на жаль, не втішна, про це говорить той факт, що у 2014 р. ми вперше вийшли до п'ятірки країн світу за показником мультирезистентності туберкульозу, тому вкрай необхідно застосування комплексного підходу – створення єдиної системи протидії, шляхом поєднання як профілактичних, так і лікувальних заходів на різних рівнях.

Метою даної роботи є ознайомлення з історією відкриття методів профілактики туберкульозу, їх поступового осучаснення та застосування у наш час.

XIX століття – час величних королівських балів, вишуканих дуелей та вдумливих віршів. Він окутаний романтикою, яка пронизує його в усіх аспектах. Це період, коли містилося багато світла й сподівань. Але разом із цим, воно мало й іншу, темну сторону. Бруд та злидні попереднього середньовіччя залишали свої сліди, а жорстока реальність виробництва наповнювала повітря пилом і вологістю. Це була епоха, коли смертельні хвороби стали загрозою для мільйонів. Одна із них – туберкульоз. Ця хвороба забрала життя чверті населення Європи у XIX столітті та 100 мільйонів у XX столітті. Навіть сьогодні, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щорічно вмирає 2 мільйони людей через туберкульоз. Багато людей може нести мікробактерії туберкульозу без симптомів, і лише при слабкому імунітеті ця хвороба виявляється. Навіть після винайдення антибіотиків, туберкульоз залишається загрозою через зростаючий рівень стійкості до ліків. Щоб запобігти поширенню захворювання, нам слід розуміти, як попереджувати виникнення нових випадків, і що становить собою профілактика.

Профілактика туберкульозу може бути розділена на два періоди: до відкриття мікробактерії туберкульозу 24 березня 1882 року та після цієї події, коли була відкрита паличка Коха.

Незважаючи на відомості, які ми маємо, вже з 20–30-х років XVIII століття, коли було встановлено, що туберкульоз передається через інфекцію, профілактичні заходи того часу були далекими від сучасних підходів. У цей період вірували в те, що здоров'я людини залежить від її темпераменту і рівноваги чотирьох рідин: крові, жовтої жовчі, чорної жовчі і флегми. Тому для підтримки цієї рівноваги рекомендували збалансоване харчування, регулярний сон, уникання стресів та прогулянки на свіжому повітрі, вважаючи, що це допоможе уберегтись від захворювань.

З часом до цього переліку рекомендацій додали морські подорожі, перебування в горах та милування краєвидами як способи зміцнення здоров'я. Лікарі рекомендували відвідувати санаторії, де створювали атмосферу абсолютного спокою. В деяких випадках з цим навіть перебільшували, змушуючи людей цілий день лежати на свіжому повітрі, забороняючи робити будь-що, як, наприклад, читати й розмовляти. Навіть для людей того часу, то було справжнім пеклом й випробуванням і багато хто з жахом згадував про це. Також існувала спеціальна дієта, що вимагала відмовитися від алкоголю і їжі з різкими смаками та запахами, а також збільшити споживання молока, хоча це не завжди допомагало.

Однак важливо зауважити, що ці методи були спробами запобігти туберкульозу, не розуміючи повністю його механізму передачі та ефективних способів лікування.

Пізніше, після відкриття 24 березня 1882 року Робертом Кохом цієї бактерії, стало зрозуміло, які органи атакує ця бацила, та як відбувається передача інфекції, і медицина координально почала змінюватися.

Додатково, в 1885 році стало відомо, що туберкульоз може передаватися не лише від людини до людини, а також від тварини до людини через харчові продукти. Молоко та м'ясо від захворілих тварин стали потенційно небезпечними для споживачів, що відкрило очі багатьом. Це обернулося необхідністю введення методу пастеризації як запобіжного заходу для іншої передачі патогену.

У 1890 році Роберту Коху пощастило виділити туберкулін, цінний компонент, який виробляли палички Коха. Ця відкрита речовина незабаром, в 1907 році, стала основою для розробки туберкулінової проби Клеменсом Пирке. Педіатр, використовуючи спеціальний інструмент, створював невеличку подряпину на передпліччі, а потім наносив туберкулін. За результатами реакції шкіри він визначав, чи був пацієнт заражений цим захворюванням. Цей метод дозволив ранньо виявляти хворобу і робити відповідні висновки щодо стану пацієнта.

З плином років, пробу Клеменса замінили на метод, який вигадав Шарль Манту, де туберкулін вводили під шкіру. З часом цей метод був вдосконалений Феліксом Менделем і отримав назву «тест Манту» на честь свого винахідника. Цей метод, який майже не зазнав змін, використовується і донині і залишається найпоширенішим способом виявлення туберкульозу. Паралельно з тестом Манту, зараз також застосовують Діаскінтест і IGRA (Interferon-Gamma Release Assays) для діагностики цього захворювання.

Далі, вже в 1908 році, французи Альбер Кальмет та Каміль Герен вдосконалили метод культивування бацили Коха, що стало важливим моментом у розвитку науки. Цей покращений метод дозволив виростити новий ослаблений штам мікобактерії, який пізніше послужив основою для розробки вакцини БЦЖ (Бацил Кальмета-Герена). Ця вакцина стала важливим інструментом у боротьбі з туберкульозом і залишається ефективною до сьогоднішнього дня.

Останнім кроком у профілактиці став впроваджений у Сполучених Штатах Америки метод флюорографії. Бостонський медичний фахівець Френсіс Вільям відкрив, що інфекцію в легенях можна виявити за допомогою рентгенівських променів. Пошкоджена частина органу чітко відображалася на знімку у вигляді затемнень, що дозволяло вчасно встановлювати діагноз на ранніх стадіях, коли інші симптоми ще не виявлялися, що було дуже важливо для успішного лікування та подолання хвороби.

Профілактика даної інфекції в нашій країні, особливо під час військових дій, потребує уваги. Необхідно запровадження нової нормативної бази, підвищення доступності кваліфікованої медичної допомоги та охоплення медико-санітарними

послугами населення, застосування сучасних швидких методів діагностики, режимів лікування; обов'язково поширювати інформацію серед спеціалістів та широких верств населення через телебачення, радіо, рекламні ролики з посиланням на пости, брошури та інше.

Отже, туберкульоз – це хвороба, яка виявляється особливо тяжкою та підступною. Вона розвивається повільно і тривалий час може залишатися непоміченою, ускладнюючи своєчасне лікування. Насамперед, розвиток сучасних технологій надає нам надію на те, що колись ми зможемо впоратися з цією хворобою, але зараз головний акцент повинен бути зроблений на профілактиці. Незважаючи на те, що багато способів боротьби з цим захворюванням були розроблені ще в XVIII–XX століттях, ми впевнені, що більшість з них залишається дієвими і актуальними і в сучасному світі.

Література:

1. Global strategy for tuberculosis research and innovation. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336076/9789240010017-eng.pdf?sequence=1>.

2. Фещенко Ю.І., Мельник В.М., Зайков С.В. та ін. Особливості сучасної ситуації з туберкульозу в Україні. *Український пульмонологічний журнал*. 2016. № 1. С. 5–9.

3. Tuberculosis: textbook for students of the medical higher educational establishments of III–IV accreditation levels / general editorship Pyatnochka I.T. Ternopil: «Ukrmedknyha». 2005. 248 p.

4. Профілактика туберкульозу. Навчальний посібник для студентів і лікарів-вінтернів ВНМЗ IV рівня акредитації та лікарів / В.І. Петренко, М.Г. Долинська, А.В. Александрін, В.В. Петренко. К. 2Print, 2017. 88 с.

ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я: ІСТОРІЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

Устяк Н.В., Рябовол В.М., Брухно Р.П.

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

Основними двома факторами, які сформували сучасну систему громадського здоров'я є: зростання наукових знань про причини, джерела та засоби боротьби з хворобами; сприйняття громадськістю боротьби з хворобами як можливості та суспільної відповідальності за зміцнення та збереження здоров'я.

Нині на ресурсах ВООЗ ми знаходимо визначення поняття «громадське здоров'я» – це наука та мистецтво запобігання захворюванням, подовження тривалості життя та сприяння здоровому способу життя через організовані зусилля суспільства [1].

Епідеміологія наводить згадки про моровицю, ще у Стародавньому Єгипті та Римі, Малій Азії, зокрема у трактатах «Здоров'я та громада у греко-римському світі». Римські лікарі досягали високоповажної ролі в суспільстві та зробили важливий внесок у розвиток медицини в цілому. Завдяки благодійності та релігійним традиціям медичні заклади надавали допомогу та підтримку бідним, докладали зусиль у боротьбі з епідеміями та ендемічними захворюваннями.

Європа сповнена спогадів про історію медицини і витоків громадського здоров'я. Протягом усієї історії такі епідемії як чума, холера та віспа, спричиняли виклики для суспільства дбати про захист громадян від страшної хвороби. Хоча і часто вважалося, що епідемічне захворювання є ознакою незадовільного морального та духовного стану, посередником якого були молитви та благочестя, громадськість докладала певних зусиль, щоб стримати поширення епідемії конкретного захворювання шляхом ізоляції і ввела карантин для мандрівників.

Розвиток гігієни на території Київської Русі пов'язаний із зародженням української гігієни та санітарії у Трипільській культурі, зокрема є згадки про медичну працю.

Найпоширеніші хвороби Середньовіччя: трахонома, англійська пітниця, ревматична хорея, проказа, чума. Першими громадськими заходами і головним методом боротьби з чумою або Чорною смертю в Європі була ізоляція хворих та виявлення хворих осіб й тих, які контактували з ними на 14-денний карантин. Сполошені державні службовці вводили санітарний контроль, запроваджували процедури дезінфекції, відкрили станції спостереження, інфекційні лікарні. Основні профілактичні заходи, які проводилися в містах: поліпшення санітарних умов, очистка систем водопостачання, інспекція харчових продуктів, прибирання сміття, очищення стічних вод.

Періоди Пізнього Відродження і Просвітництва характеризуються вимогами державних політичних і економічних сил від населення підтримки гарного стану здоров'я. Однак для реалізації цієї мети бракувало знань державних органів у сфері громадського здоров'я, а адміністративні механізми не змогли досягти цілей.

Початок XIX ст. згадують в історії суспільства як «Індустріалізм і санітарний рух» або «Велике санітарне пробудження». Саме у цей період була створена і нині відзначає своє 100-річчя кафедра гігієни, безпеки праці та профілактичної медицини Навчально наукового-інституту громадського здоров'я та профілактичної медицини НМУ імені О.О. Богомольця, розвиток і історію якої ми подали у окремих тезах.

У 2019 році людство зіштовхнулося з новими викликами пандемією Covid-19 або SARS-Cov-2. Таким чином, громадське здоров'я отримує постійно нові виклики, а наукові дослідження завжди актуальні.

Іноді минуле дає нам навчальний досвід, що має безпосереднє відношення до практики охорони здоров'я сьогодні. Історія громадського здоров'я слугує меті, яку висловив Джордж Розен у своїй праці «A History of Public Health» (1958). Він вказав на те, що історія виконує соціальне завдання, а також її можна розглядати як колективну пам'ять про людину, яка допомагає сформуванню її колективну свідомість. Змістовне розуміння проблем власного суспільства та здатність реагування і формування нашої цивілізації [3].

Література:

1. World Health Organization URL: <https://www.who.int> (10.10.2023)
2. S. Solomon, Bulletin of History Medicine, Johns Hopkins University Press,
3. European Journal of Public Health Vol. 1 6.1996 No. 2.
4. Vol. 83. Number 3, Fall 2009. p. 632–633.

КОРОТКИЙ НАРИС ПРО ІСТОРІЮ КАФЕДРИ ГІГІЄНИ ПРАЦІ ТА ПРОФЕСІЙНИХ ХВОРОБ ЯК СКЛАДОВОЇ ЧАСТИНИ КАФЕДРИ ГІГІЄНИ, ЕПІДЕМІОЛОГІЇ, ДЕЗИНФЕКТОЛОГІЇ ТА ПРОФЕСІЙНИХ ХВОРОБ

Нікуліна Г.Л., Боровик І.Г., Багмут В.В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Кафедру гігієни, епідеміології, дезінфектології та професійних хвороб створено у грудні 2022 року шляхом об'єднання кафедри гігієни, епідеміології та професійних хвороб (зав. кафедри – професор Карабан О.М.) і кафедри дезінфектології та профілактики інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги (зав. кафедри – професор Морозова Н.С.) після входу ХМАПО до складу ХНМУ. Наразі кафедру очолює д.мед.н., професор Подаваленко Алла Павлівна.

Кафедра об'єднує чотири спеціальності: гігієна, епідеміологія, дезінфектологія та професійна патологія.

Історично такі складові, як гігієна праці і професійна патологія були одним цілим, оскільки займалися однією справою – оцінкою і профілактикою шкідливої дії факторів виробничого середовища і трудового процесу на організм працюючої людини.

Кафедра гігієни праці і професійних хвороб бере свій початок з 1928 року, коли на базі першого в Україні Інституту робочої медицини розпочали підготовку лікарів з промислової санітарії. Індустріалізація, яка відбувалась на теренах УРСР, потребувала санітарних лікарів саме такого фаху.

Першим завідувачем кафедри у 1928-1934 рр. був доктор медичних наук, директор Інституту робочої медицини професор Каган Е.М. З 1934 до 1941 року кафедру очолював професор Міллер С.В. Протягом наступних 28 років, з 1944 до 1972 року, кафедрою керував дійсний член АМН СРСР, заслужений діяч науки УРСР, професор Навроцький В.К.

У довоєнні роки на кафедрі проходили спеціалізацію та удосконалення лікарі за спеціальністю промислового санітарія. З ініціативи професора Навроцького В.К. на кафедрі стали регулярно проводитись цикли удосконалення з гігієни праці, професійної патології та для лікарів здоров'я пунктів, медико-санітарних частин промислових підприємств. Надалі профіль підготовки лікарів розширювався. На кафедрі стали підвищувати кваліфікацію цехові терапевти, санітарні лікарі з гігієни праці у хімічній та машинобудівній промисловості, токсикологи тощо.

Було придбано сучасне обладнання для науково-дослідної та навчальної роботи. Це забезпечило проведення фізико-хімічних, біохімічних, імунологічних та інших досліджень у межах наукових досліджень. У 1972 році кафедру очолила професор Макотченко В.М., спеціаліст з професійної патології, яка завідувала кафедрою гігієни праці та профзахворювань до 1980 року.

У 1980 році кафедру розділили на 2 складові, які очолили, відповідно, доцент Кашин Л.М – кафедру гігієни праці; професор Макотченко В.М. – кафедру професійних захворювань.

У 1993 році кафедри знову були об'єднані в єдине ціле під керівництвом професора Макотченко В.М. У 1994–2003 рр. кафедру очолював професор Кашин Л.М., у 2004–2017 роках. – професор Ніколенко Є.Я.; у 2017–2022 рр. – професор Карабан О.М.

У 90-ті роки за завданням МОЗ України співробітниками кафедри Кашиним Л.М., Ткач С.І., Шестаковим В.Г., Кольцовим В.А., Черновою С.Д. були підготовлені навчальні плани та програми передатестаційних циклів та циклів спеціалізації, комп'ютерні тестові програми за спеціальностями «гігієна праці» та «професійна патологія». У зв'язку з чим з 2000-х років кафедра була призначена «опорною» з дисциплін «гігієна праці» та «професійна патологія», а її співробітники очолювали методичну роботу в цьому напрямку на державному рівні майже 30 років до моменту, коли вищим навчальним закладам було надано самостійність в розробці освітніх програм післядипломного рівня.

На всіх етапах розвитку кафедра готувала до видання навчальну та наукову літературу. Під керівництвом академіка Навроцького В.К. було видано керівництво «Методи дослідження з гігієни праці на виробництві (1953), яке перевидавалася і за кордоном. У 1967 році побачив світ підручник професора Навроцького В.К. «Гігієна праці». Під керівництвом професора Макотчєнко В.М. 1979 року було видано навчальний посібник «Гігієна праці та профілактика професійних хвороб у металообробній промисловості» тощо.

У 2002–2004 р. проф. Кашиним Л.М. був розроблений та виданий навчальний посібник з гігієни праці «Гигиена труда в машиностроительной промышленности» у VII частинах, а також у 2005 р. розпочата серія навчальних посібників «Вредные и опасные факторы производственной среды», з яких на жаль при житті автора побачили світ тільки три частини (2005–2006 р.).

За ініціативи та при безпосередній участі професора Ткач С.І. протягом 2010–2020 рр. видано більше 20 навчальних посібників як для профпатологів, так і для лікарів-гігієністів, у тому числі 6 – для самостійної роботи слухачів.

Секція 2.
РОЗБУДОВА СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

**АНАЛІЗ МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНИХ ПЕРЕДУМОВ
ФОРМУВАННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я
НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ**

Медведовська Н.В.¹, Стовбан І.В.², Квач М.Д.³

*¹Національна академія медичних наук України, м. Київ
²Івано-Франківський Національний медичний університет,*

м. Івано-Франківськ

³Клініка «Гармонія здоров'я», м. Київ

Не дивлячись на те, що ведення бойових дій на території України спричиняють колосальні моральні, матеріальні, демографічні втрати, наслідки яких відчуватимуться набагато років вперед, вітчизняні медики та науковці в своїй повсякденній діяльності продовжують дотримуватися головних пріоритетів, визначених державною для медичної сфери, як на національному, так і на регіональному рівнях. Серед них важливим залишається пріоритет збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я населення, охорони здоров'я матерів та дітей. На скільки це можливо в сучасних реаліях, продовжують працювати сформовані моральні цінності збереження життя і зміцнення здоров'я дітей, збереження сімей, забезпечення соціальної справедливості та права на гідний розвиток особистості в суспільстві. Реалізація означених пріоритетів відбувається в рамках ратифікованих Україною міжнародних конвенцій (Конвенція про права людини, Конвенція про права дитини, Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації жінок, тощо).

Демографічні втрати від безпосереднього ведення бойових дій, а також за результатами вимушеного переміщення осіб, як по території країни, так і за її межі, будуть відомі після завершення цього збройного конфлікту, але ми зробили спробу проаналізувати потенційні можливості збереження репродуктивного потенціалу країни, виходячи із попередньо сформованих медико-демографічних передумов. Так, станом на 1 січня 2022 року чисельність постійного населення в Україні (за даними Державної служби статистики України) складала 40997,7 тис. осіб. В структурі розподілу постійного населення за статтю традиційно переважала питома вага жінок 53,6 % (21990,7 тис. жінок) проти 46,4 % чоловіків (19007 тис. чоловіків) [1–3].

Водночас, питома вага дитячого населення (0–17 років) станом на 1 січня 2022 року у віковій структурі населення України складала 17,9 % (або 7348,5 тис. осіб). Серед всіх народжених в 2021 році 51,5% складали хлопчики, 48,5 % – дівчатка. Практично кожна п'ята дитина в Україні (20,5 %) народжується поза шлюбом, особливо коли мова йде про сільську місцевість (22,5 %). Із 272 тис. народжених дітей 1 971 дитина померла у віці до 1-го року. Смертність хлопчиків у віці до 1-го року (8,0 померлих на 1000 живонароджених) традиційно перевищує смертність дівчаток (6,4 на 1000 живонароджених). Серед основних причин смертності дітей до 1-го року 21,3 % складали вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії, більшу половину (57,4 %) складала окремі стани, що виникають у перинатальному періоді.

Ретроспективний аналіз чисельності населення в Україні свідчить про формування тенденцій до постійного його скорочення, починаючи з 1991 року, із щорічними темпами втрач близько 700 тис. осіб, третина з яких помирає передчасно в працездатному віці. Численні публікації вітчизняних демографів описували зростаючу демографічну кризу із ризиками загрози втрати можливості до самовідтворення нації, ще починаючи з 2010–2015 рр. [4–6]. Так, за даними порівняння коефіцієнтів смертності в 2015 р., Україна (із значенням коефіцієнту 15,0) значно програвала країнам ЄС (значення коефіцієнту не перевищувало 10,0), посідаючи місце між Південною Африкою (17,49) та Лесото (14,91 на 1000 населення).

За даними на 1 січня 2022 року середня очікувана тривалість життя при народженні в Україні склала 69,77 роки з різницею між чоловіками (65,16 років) та жінками (74,36 роки) в 9,2 роки на користь останніх. Особливо вираженим переважання кількості жінок в порівнянні з чоловіками стає вираженим у віковій групі 65 років і старше, де кількість жінок вдвічі переважає кількість чоловіків цього ж віку. Аналіз показника в динаміці характеризувався його зниженням з 72,01 роки в 2019 р. до 71,35 років у 2020 р. та до 69,77 років в 2021 р. Регіональні особливості очікуваної тривалості життя при народженні проявилися традиційно найвищими її значеннями в західній частині України, – Тернопільській (73,69 роки в 2019 р., 73,05 роки в 2020 р., 72,11 роки в 2021 р.), Івано-Франківській (73,59 роки в 2019 р., 72,83 роки в 2020 р., 72,03 роки в 2021 р.) та Львівській (73,45 роки в 2019 р., 72,42 роки в 2020 р., 71,51 роки в 2021 р.). Найменшою середня очікувана тривалість життя при народженні виявлена в Київській області (станом на 2021 р. 68,10 років).

Аналіз результатів обстеження умов життя домогосподарств України на початок 2022 року виявив, що більшість (81,3 %) сімей з дітьми мають одну дитину в складі родини (82,7 % в міській місцевості та 77,4 % в сільській місцевості), ще 16,1 % мають двох дітей (15,0 % в міській місцевості та 19,0 % в сільській місцевості), лише 2,2 % сімей мають трьох дітей (1,8 % в міській місцевості та 3,3 % в сільській місцевості) та 0,4 % – 4-х і більше дітей (0,5 % в міській місцевості та 0,3 % в сільській місцевості).

Кількість народжених живими дітей в Україні щорічно зменшувалася (2019 р. – 308,8 тис. осіб; 2020 р. – 293,5 тис. осіб; 2021 р. – 272,0 тис. осіб). Сумарний коефіцієнт народжуваності в Україні, який свідчить про те, скільки в середньому дітей народила б жінка при існуючому рівні народжуваності ледве перевищував одиницю, що є свідченням того, що більшість шлюбних пар в області обмежуються однією дитиною. Встановлено, що найбільш активною дітородною групою у 2021 році були жінки у віці 25–29 років (30,15 %) та 30–34 років (27,5 %), ще 19,8 % дітей було народжено жінками у віці 20–24 роки. Регіональні особливості коефіцієнту народжуваності проявилися найнижчими її значеннями в Чернігівській (2019 р. – 6,1; 2020 р. – 5,9; 2021 р. – 5,3 живонароджених на 1000 осіб) та Сумській (2019 р. – 6,5; 2020 р. – 6,0; 2021 р. – 5,5 живонароджених на 1000 осіб) областях проти найвищих значень показника в м. Києві (2019 р. – 32,5; 2020 р. – 30,7; 2021 р. – 29,6 живонароджених на 1000 осіб) та Дніпропетровській області (2019 р. – 22,5; 2020 р. – 21,3; 2021 р. – 19,5 живонароджених на 1000 осіб).

Таким чином, ми дійшли висновку, що формування негативних процесів депопуляції було характерним для території України і до початку збройного конфлікту. Ведення бойових дій на території країни, зумовило різноплановий за причинами додатковий колосальний відтік населення, результати якого зможуть бути підрахованими лише після остаточного завершення бойових дій. Вищенаведене

дозволяє обґрунтовано стверджувати про загострення умов для поглиблення демографічної кризи відтворення населення України, які загрожують втратою можливостей до його самовідтворення. За таких умов, на етапі відбудови країни, питання охорони здоров'я матері та дитини, репродуктивного здоров'я населення мають ставати пріоритетним завданням державної ваги, а розбудова системи громадського здоров'я має враховувати регіональні особливості медико-демографічної ситуації стану здоров'я населення.

Література:

1. Діти, жінки та сім'я в Україні. Державна служба статистики України, 2022. 236 с.
2. Соціальний захист населення України. Державна служба статистики України, 2022. 129 с.
3. Жінки і чоловіки в Україні. Державна служба статистики України, 2021. 104 с.
4. Чепелевська Л. А. Тенденції медико-демографічних показників України у XXI столітті / Л. А. Чепелевська // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – № 1. – С. 48–52. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2018_1_8.
5. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи, 2014 рік / Л. А. Чепелевська ; за ред. В. В. Лазоришинця, Н. О. Лісневської, Л. Я. Ковальчук [та ін.]. – Київ, 2014. – С. 7–9.
6. Сучасні та прогнозні тенденції смертності населення України [Текст] : монографія / Г. О. Слабкий, О. М. Орда, Л. А. Чепелевська, О. В. Любінець. – К., 2010. – 178 с.

АНАЛІЗ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ ПІСЛЯ ТРАВМ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Децик О.З., Юкіш Г.Я., Ковальчук Р.Є.

*Івано-Франківський національний медичний університет,
м. Івано-Франківськ*

Якість життя (ЯЖ) є важливою проблемою системи охорони здоров'я і тісно пов'язана з інвалідністю, оскільки відображає рівень задоволення людських потреб (фізичних, психічних, духовних, соціальних тощо), обмежених при ній [1–4].

Міжнародна класифікація функціонування (МКФ) розглядає інвалідність, в першу чергу, як результат взаємодії стану здоров'я людини та індивідуальних особливостей з соціальними факторами [5]. Тобто, спектр модифікаторів погіршення ЯЖ при інвалідності дуже широкий. По-перше, це фактори, пов'язані зі станом здоров'я – тип та тривалість інвалідності; по-друге, індивідуальні біологічні та соціально-економічні особливості – стать, освіта, фінансова забезпеченість, характер зайнятості; по-третє, результати психосоціальної взаємодії – стигматизація та дискримінація осіб з інвалідністю, соціальна ізоляція, якість стосунків з близькими та рідними [3].

Мета. Вивчити якість життя осіб з інвалідністю внаслідок травм опорно-рухового апарату у взаємозв'язку із екзо-та ендогенними чинниками, які на неї впливають.

Матеріали і методи. Провели медико-соціальне дослідження якості та стилю життя 151 особи із повторно підтвердженою інвалідністю внаслідок травм опорно-рухового апарату на базі Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи. Розроблена анкета містила питання щодо основних

соціально-економічних, соціально-психологічних, поведінкових, біологічних параметрів якості та стилю життя контингенту вивчення. Зокрема, для оцінки ЯЖ в авторський опитувальник включили питання стандартизованого опитувальника EQ-5D (EuroQol). Кожна з п'яти його складових (рухомість, самообслуговування, повсякденна активність, біль/дискомфорт, тривога/депресія) оцінювалась за трьома рівнями: без проблем – 0 балів, помірні проблеми – 1 бал і виражені проблеми – 2 бали. За результатами оцінки ЯЖ були сформовані дві групи порівняння: 54 особи (35,8 %) з незадовільною (5 балів і більше) та 97 осіб (64,2 %) – із задовільною ЯЖ (менше 5 балів). Для виявлення потенційних чинників ризику незадовільної ЯЖ застосували методіку розрахунку показника відношення шансів (OR) та його 95 % довірчого інтервалу (95 % CI).

Результати. Розподіл обстежених за групами інвалідності становив: 114 осіб (75,5 %) – з III-ю, 34 (22,5 %) – з II-ю і три особи (2,0 %) – з I-ю групою інвалідності, що відповідає розподілу таких осіб за даними бази даних бюро МСЕК. За основними демографічними ознаками склад вибірки також в цілому відповідав аналогічним пропорціям досліджуваної популяції як за місцем проживання: міські (35,1 %) і сільські (64,9 %) мешканці; так і статтю: чоловіки (69,3 %), жінки (30,5 %) та віком: до 30 років (7,3 %), 30–39 років (31,1 %), 40–49 років (30,5 %) та 50–59 років (30,5 %), 60 років і старші (0,7 %).

У третини осіб з інвалідністю внаслідок травм опорно-рухового апарату (35,8±3,9 %) якість життя незадовільна. При цьому встановлено, що приналежність до жіночої статі в 1,3–5,6 разів збільшує імовірність незадовільної ЯЖ: OR=2,73; 95 % CI: 1,33–5,59.

Також доведено, що факторами, асоційованими із незадовільною ЯЖ є важкість групи інвалідності (2,77; 1,29–5,92) і травми (2,73; 1,11–5,63), тривале стаціонарне лікування (6,36; 2,55–15,86) та наявність потреби у спеціальних засобах реабілітації (2,42; 1,20–4,92).

З'ясовано, що ЯЖ осіб з інвалідністю погіршується при їх незайнятості (4,44; 2,13–9,23) і вимушеному зниженні соціальної активності (2,67; 1,33–5,39).

Важливою для соціальної реабілітації є родина та підтримка з боку близьких. У дослідженні встановлено, що ЯЖ людей з інвалідністю після травм опорно-рухового апарату погіршується на тлі спільного проживання з дітьми (3,04; 1,50–6,16), ускладнення стосунків (5,28; 2,54–10,97) та відсутності підтримки з боку родини (3,25; 1,62–6,50). Це супроводжується зростанням потреби в психологічній допомозі (4,07; 2,10–8,24), ризикованим вживанням алкоголю (3,29; 1,19–9,07) і седативних засобів (2,97; 1,35–6,50).

Медико-організаційними детермінантами незадовільної якості життя є неналежна поінформованість осіб з інвалідністю щодо їх індивідуальної програми реабілітації (3,85; 1,69–8,76), недостатнє забезпечення потреб у спеціальних засобах (3,41; 1,67–6,96) і невдоволення результатами реабілітації (3,79; 1,55–9,28).

Висновки. Необхідно удосконалити систему реабілітації осіб з інвалідністю внаслідок травм опорно-рухового апарату з урахуванням детермінантів їх якості життя.

Література:

1. Milner A., Kavanagh A., McAllister A., Aitken Z. The impact of the disability support pension on mental health: evidence from 14 years of an Australian cohort. Australian and New Zealand Journal of Public Health. 2020. № 44 (4). P. 307–312.
2. Aitken Z., Simpson J.A., Bentley R., Milner A., LaMontagne A.D., Kavanagh A.M. Does the effect of disability acquisition on mental health differ by

employment characteristics? A longitudinal fixed-effects analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2020. № 55. P. 1031–1039.

3. Tough H., Siegrist J., Fekete C. Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review. *BMC Public Health.* 2017. № 17. P. 414.

4. Kagan M., Itzick M., Tal-Katz P. Demographic, psychosocial, and health- and disability-related factors associated with psychological distress among people with physical disabilities. *Rehabil Psychol.* 2018. № 63 (3). P. 392–399.

5. World Health Organization (2001) The international classification of functioning, disability and health. WHO, Geneva.

РОЛЬ ЦИФРОВОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ СУСПІЛЬСТВА В ДОСЛІДЖЕННЯХ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Кривенко І.П., Чалий К.О.

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

Активні процеси цифрової трансформації суспільства сприяють новим можливостям в організації досліджень громадського здоров'я, що пов'язані із застосуванням цифрових технологій для ефективного збирання, аналізу та опрацювання великих масивів даних щодо показників здоров'я населення. Цифрова трансформація охорони здоров'я є багатогранним процесом і охоплює набір технологічних рішень [1, 2]. Такі запровадження як багатофункціональні медичні інформаційні системи, що є компонентом електронної системи охорони здоров'я для комплексної діджиталізації інформаційних процесів у закладах охорони здоров'я, запис на прийом онлайн, телемедицина, медичні пристрої на основі штучного інтелекту, інтернет речей, віртуальна і доповнена реальність є одними з визначальних напрямів цифрової трансформації галузі охорони здоров'я.

Метою дослідження є розгляд концептуальних складових цифрової трансформації охорони здоров'я, які сприяють вдосконаленню організації досліджень у галузі громадського здоров'я та формують комплексний цифровий інструментарій для аналізу стану системи охорони здоров'я.

У сучасних медичних інформаційних системах інтегруються дієві технології для структурованого ведення та централізованого зберігання компонент електронних медичних записів, які формуються в процесі надання фахової допомоги пацієнтам в медичних закладах, що підключені до електронної системи охорони здоров'я країни. Розбудова цифрових екосистем охорони здоров'я створює перспективи для розширеного та вдосконаленого моніторингу показників здоров'я в режимі 24/7, що забезпечується застосуванням різноманітних програм Mobile Health та Інтернету медичних речей для догляду за здоров'ям пацієнтів [3]. Такі технологічні інновації дозволяють за необхідності постійно збирати і опрацьовувати дані про здоров'я пацієнтів із застосуванням медичних носимих пристроїв як персональних датчиків контролю фізіологічних показників.

Запровадження цифрової трансформації є суспільно-важливим процесом, який відкриває широкі нові можливості для фахівців громадського здоров'я при проведенні профільних наукових досліджень. Внаслідок таких технологічних змін стають доступними зростаючі обсяги даних, які отримані з різних цифрових екосистем, що дозволяє реалізувати міждисциплінарну інтеграцію у дослідженнях

громадського здоров'я. Результати численних досліджень засвідчують, що зазначені технології покращують різноманітні аспекти медичної допомоги населенню, підвищують ефективність у процесах безперервного моніторингу показників здоров'я та забезпечують отримання змістовних та цінних масивів даних, щоб ґрунтовно вивчати показники здоров'я населення та застосовувати інструменти сучасної аналітики у дослідженнях громадського здоров'я.

Прикладом успішного впровадження новітніх цифрових технологій в дослідження громадського здоров'я є застосування штучного інтелекту для вивчення епідемій, прогнозування та попередження потенційних спалахів вірусних захворювань. Рішення на основі штучного інтелекту (Microsoft AI, Google Machine Learning тощо) дало можливість швидко збирати актуальну інформацію в глобальному масштабі щодо COVID-19 та проводити постійний моніторинг поширення вірусу. Штучний інтелект відіграв вирішальну роль в аналізі даних про структуру вірусу та його вплив на здоров'я, що забезпечило розробку нових методів точної діагностики, лікування та створення ефективних і безпечних вакцин. Дієвим було застосування технологій штучного інтелекту для відстеження контактів хворих на COVID-19, що допомогло вживати дієві заходи для запобігання поширення вірусу.

Сучасні цифрові рішення дозволяють фахівцям громадського здоров'я ефективно досліджувати різноманітні дані щодо здоров'я населення, комплексно обирати цифрові інструменти для аналізу стану системи охорони здоров'я та запроваджувати кращі практики для організації заходів щодо покращення громадського здоров'я, засновані на об'єктивних даних і доказовій ідеології. Розробка та впровадження технологічних рішень для цифрової трансформації у громадському здоров'ї є одним з пріоритетних напрямків, що дозволяє в перспективі більш ефективно протидіяти захворюванням, будувати стійкі і прогресивні моделі реалізації заходів охорони здоров'я, запроваджувати інновації у дослідженнях, оптимізувати та автоматизувати робочі процеси, прискорити проведення мультидисциплінарних комплексних досліджень з вивчення різних аспектів здоров'я населення.

Література:

1. Iyamu I, Xu AXT, Gómez-Ramírez O, Ablona A, Chang HJ, Mckee G, Gilbert M. Defining Digital Public Health and the Role of Digitization, Digitalization, and Digital Transformation: Scoping Review. *JMIR Public Health Surveill.* 2021 Nov 26; 7 (11).
2. Yeung AWK, Torkamani A, Butte AJ, Glicksberg BS, Schuller B, Rodriguez B, Ting DSW, Bates D, Schaden E, Peng H, Willschke H, van der Laak J, Car J, Rahimi K, Celi LA, Banach M, Kletecka-Pulker M, Kimberger O, Eils R, Islam SMS, Wong ST, Wong TY, Gao W, Brunak S, Atanasov AG. The promise of digital healthcare technologies. *Front Public Health.* 2023 Sep 26; 11: 1196596.
3. Kryvenko I., Hrynzovskyi A., Chalyy K. The Internet of medical things in the patient-oriented digital clinic ecosystem. *Lecture Notes on Data Engineering and Communications Technologies.* Springer. 2023 Jun 178 (31): 515–529.

ПЕРСПЕКТИВИ ЦИФРОВОЇ СТРАТЕГІЇ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Хоменко І.М., Чешко Я.М.

*Національний університет охорони здоров'я України
імені П.Л. Шупика, м. Київ*

Інтенсивний розвиток інформаційних технологій у світовому просторі, євроінтеграційні процеси, міжнародні зв'язки України спонукають до збільшення масштабів діджиталізації системи громадського здоров'я України, зважаючи на її державну місію із забезпечення максимально високих показників здоров'я та санітарно-епідеміологічного благополуччя в країні.

Державна політика в системі громадського здоров'я України регулюється Законом України від 06.09.2022 року № 2573-IX «Про систему громадського здоров'я». Законом визначено, що Головна експертна установа у сфері громадського здоров'я є інформаційно-аналітичною базою, яка забезпечує протидію небезпечним біологічним, фізико-хімічним та соціальним факторам впливу на людину, визначає епідеміологічні аспекти здоров'я населення, пов'язані з довкіллям та умовами середовища життєдіяльності.

Україна перебуває в умовах війни, що змістило акценти держави на захист життя і здоров'я населення, забезпечення охорони навколишнього природного середовища, біологічну та радіаційно-хімічну безпеку в усіх сферах життя країни (атмосферне повітря, водні джерела, харчові продукти, утримання територій, умови виховання, навчання та праці, медична допомога).

Реалізація основних оперативних функцій в системі громадського здоров'я щодо збору, оцінки та аналізу показників здоров'я населення та стану середовища життєдіяльності; прогнозування, розробки та реалізації необхідних медико-санітарних заходів потребує комунікації з широким колом суб'єктів господарської діяльності різних відомств підпорядкування, владними структурами, що підкреслює необхідність впровадження цифрових інновацій.

Наслідки військової агресії РФ вимагають постійного моніторингу, контролю ризиків, своєчасної розробки коригувальних дій та прийняття управлінських рішень з врахуванням усіх детермінант здоров'я, які лежать у площині політики, відмінних від Міністерства охорони здоров'я. Розбудова цифрового суспільства в Україні у розрізі спільного використання даних з різних центральних органів виконавчої влади, які є розпорядником відповідної інформації, представляє інтерес для сфери громадського здоров'я. Епідеміологічний нагляд в системі громадського здоров'я України здійснюється за 13 напрямками, тому інформаційний фонд сфери формується за даними моніторингу довкілля, безпечності та якості харчових продуктів, непродовольчих товарів та інших визначених законом сферах, заходів щодо зміцнення здоров'я в межах міжсекторальної та міжвідомчої взаємодії на основі комплексного підходу «Здоров'я у всіх політиках».

Децентралізація державної влади в Україні торкнулася і системи громадського здоров'я. З 01.07.2021 року сформовані регіональні ДУ «Центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» (ЦКПХ), мережа яких є складовою епідеміологічного нагляду та реагування на надзвичайні ситуації в сфері громадського здоров'я, що закріплено у ст. 9 Розділу I Закону, та сприяє переходу до комплексного управління територіальними соціально-економічними системами сумісно

з органами державної влади та місцевого самоврядування, в межах їх компетенцій, щодо здійснення міжгалузевих оздоровчих заходів для свого регіону.

Підготовка Центром громадського здоров'я щорічного звіту про стан здоров'я населення України та епідемічну ситуацію, подання його до центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику в сфері охорони здоров'я, оприлюднення на загальнодержавному рівні передбачено наказом МОЗ України № 45 від 10.01. 2023 року «Про подання установами і закладами охорони здоров'я України статистичних звітів за 2022 рік» (Із змінами, внесеними згідно з наказом МОЗ № 236 від 08.02. 2023). Це підкреслює високу відповідальність сфери громадського здоров'я за об'єктивність та доказовість інформації, яка подається на державному рівні. Враховуючи таку важливу місію системи громадського здоров'я, виникає нагальна потреба у використанні нового цифрового методу - аналізу великого масиву даних для оперативного вирішення значного спектру питань у міжвідомчому та міжсекторальному плані діяльності сфери, створення постійно діючого централізованого стандартизованого функціоналу для збору й аналізу статистичних показників здоров'я та соціально значимих умов життєдіяльності населення країни.

Постановою КМ України від 04.12.2019 р. № 1137 (у редакції постанови КМУ від 16.08.2022 р. № 937) «Положення про єдиний державний веб-портал послуг», прийнятий «Портал Дія», який призначений для реалізації права кожного на доступ до електронних послуг та інформації про адміністративні та інші публічні послуги, звернення до органів виконавчої влади, інших державних органів, органів місцевого самоврядування, отримання інформації з національних електронних інформаційних ресурсів, яка необхідна для надання послуг, а також для проведення моніторингу та оцінки якості їх реалізації у випадках, визначених цим Положенням. Портал Дія (diia.gov.ua) введено в практику з 01.01.2022 року і виконує функції Єдиного державного порталу адміністративних послуг. Власником Порталу Дія та виключних майнових прав на його програмне забезпечення є держава в особі Мініцифри.

В Україні розпорядженням КМ від 28 грудня 2020 року № 1671-р «Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я» (із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ України № 100 від 09.02. 2022 року) передбачено її реалізацію протягом 2020-2025 рр. На 2023-2025 рр. заплановано поглиблення інформаційної взаємодії між інформаційно-комунікаційними системами в Україні шляхом організаційно-управлінського, технічного забезпечення якості та доступності е-здоров'я; дотримання пріоритетів з удосконалення законодавства щодо розвитку е-здоров'я; модернізації існуючих інструментів е-здоров'я та запровадження механізму формування нових стандартів в Україні для подальшої інтеграції із світовим інформаційним простором; забезпечення місцевими органами виконавчої влади розвитку е-здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в межах їх повноважень. Цифровізація системи охорони здоров'я, системи громадського здоров'я України дасть можливість оперативно вирішувати проблемні завдання, що не завжди доступно в сучасній ситуації без відповідного використання нових форм взаємодії у міжвідомчому полі.

У звіті ЄС за 2020–2021 рр. про імплементацію Угоди про асоціацію була дана позитивна оцінка цифровізації в Україні, як однієї із найпрогресивніших. У період пандемії COVID-19, воєнний час було реалізовано цілу низку послуг в охороні здоров'я, громадському здоров'ї, адміністративному вирішенні господарських та юридичних питань. Але реальна ситуація та відновлення країни

в післявоєнний період потребує внесення інноваційних змін до системи цифрової трансформації. Наслідки війни вимагають постійного моніторингу, контролю та аналізу ризиків, розробки та впровадження коригувальних дій для прийняття управлінських рішень. Виконання міжнародних правових зобов'язань України у сфері європейської інтеграції, програмних документів, Указів Президента України, інших законодавчих актів, адаптації законодавства України до положень права Європейського Союзу вимагає модернізації національної системи громадського здоров'я у післявоєнний період до 2030 року в трьох взаємопов'язаних стратегічних пріоритетних завданнях, викладених у документі ВООЗ «Європейська програма роботи на 2020-2025 роки: Спільні дії для міцнішого здоров'я». Здійснення міжгалузевих заходів щодо зміцнення здоров'я, регулювання та реалізації заходів зі створення економічних, оздоровчих, правових та інших умов, права на здорове та безпечне харчування, оздоровчу рухову активність, психічне, статеве та репродуктивне здоров'я неможливе без цифрової міжвідомчої співпраці в системі громадського здоров'я. Приведення її у відповідність до сучасних світових тенденцій, європейських трансформаційних процесів є одним із першочергових завдань держави. Проведення інформаційно-просвітницьких заходів з питань громадського здоров'я для суб'єктів відносин у системі та населення, розроблення та впровадження комунікаційних компаній щодо здорового способу життя та протидії факторам ризику для здоров'я людини потребує залучення саме нових цифрових технологій. Проблемам електронного урядування з надання адміністративних послуг була присвячена міжнародна науково-практична конференція «Європейські орієнтири розвитку України в умовах війни та глобальних викликів XXI століття: синергія наукових, освітніх та технологічних рішень» (Одеса, 19 травня 2023 року), на якій розглянуті правові питання щодо впровадження нових підходів до трансформації інформаційних технологій.

Подана інформація ставить перед Україною стратегічну ціль – активне залучення прогресивних інформаційних технологій та розвиток цифрового напрямку в національній системі громадського здоров'я, що сприятиме реалізації нової Програми з розбудови цифрової країни, підтримці пріоритетів плану дій Європейського регіонального бюро ВООЗ на 2023-2030 роки, підвищенню ефективності функціонування всіх сфер господарювання в державі та рівня здоров'я і якості життя населення.

ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Бурдюг В.С., Сокол К.М. (керівник роботи)

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Однією з найважливіших цінностей для суспільства є здоров'я нації. Без належного рівня здоров'я неможливий ефективний соціально-економічний розвиток країни. Тому збереження здоров'я, його поліпшення, збільшення тривалості життя, розуміння та поширення ідеї профілактичної медицини і зменшення показників смертності населення є основним завданням держави. Питання громадського здоров'я як об'єкта державної політики не є новим для України, але є надзвичайно актуальним, особливо у контексті реформування системи охорони здоров'я та інших сфер, що почалося з 2015 року. Сьогодні проблеми, пов'язані з розробкою державної політики в сфері громадського здоров'я, вимагають практичних рішень [2].

Постійна загроза здоров'ю населення від різних факторів, таких як епідемії, інфекційні захворювання, біотероризм, поширення неінфекційних захворювань, вплив соціально-економічних чинників та інші, підкреслює важливість глибокого вивчення питань громадського здоров'я та ролі інформаційно-аналітичного супроводу діяльності державних органів у галузі громадського здоров'я.

В основі управління громадським здоров'ям лежить концепція покращення загального стану здоров'я та благополуччя всього населення, а не лише ліквідація окремих хвороб. Наразі сфера громадського здоров'я в Україні перебуває в хаосі. В різних правових та технічних документах мало враховується питання «громадське здоров'я». Система охорони здоров'я в Україні надто застаріла, заклади охорони здоров'я мало орієнтовані на потреби пацієнтів та не можуть надавати якісні послуги. При цьому існує значна розбіжність між обіцянками держави та її реальними можливостями. Хоча на папері всі верстви населення мають отримувати необмежену медичну допомогу безкоштовно в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, насправді громадяни протягом багатьох років залишаються без захисту від фінансових труднощів у разі захворювання. Витрати з державних коштів (4,4 % ВВП) покривають лише 57 % загального обсягу витрат.

Однією з серйозних проблем громадського здоров'я, не лише в Україні, але й по всьому світу, є неінфекційні захворювання (НІЗ). В Україні понад 80 % усіх смертей відзначаються як результат НІЗ з передчасною смертю та інвалідністю. До них відносяться серцево-судинні захворювання, діабет, онкологічні захворювання та хронічні захворювання легень. Відомі фактори ризику НІЗ, такі як куріння, вживання алкоголю, неправильне харчування, вища вага, несвоєчасна діагностика та неконтрольований артеріальний тиск. Ці хвороби скорочують тривалість життя громадян та стають великим соціальним і економічним навантаженням на державу.

Зменшення рівня щеплень у контексті військового конфлікту в Україні стало додатковим викликом для системи громадського здоров'я. В разі втрати контролю над інфекційними хворобами через низький рівень щеплень можуть виникнути спалахи та епідемії, що піднімуть навантаження на вже перевантажену систему охорони здоров'я, спричинять тяжкі та смертельні наслідки для дітей і дорослих.

Недостатнє фінансування та відсутність використання сучасних практик, які успішно застосовуються в розвинених країнах, ускладнюють здатність системи громадського здоров'я в Україні реагувати на потреби в умовах кризи здоров'я населення.

Для розвитку системи охорони здоров'я в Україні урядом була прийнята Концепція розвитку системи громадського здоров'я, затверджена розпорядженням № 1002-р від 30 листопада 2016 року [1]. Це допоможе створити єдину систему профілактичної медицини. Пріоритетом розвитку такої системи є принцип, при якому інтереси здоров'я мають враховуватися в усіх сферах державної політики. Концепція визначає засади, напрями, завдання, механізми і строки розбудови системи громадського здоров'я з метою формування та реалізації ефективної державної політики для збереження та зміцнення здоров'я населення.

Висновки. Аналіз наукової літератури за напрямком дослідження дозволяє нам сформулювати такі висновки і припущення. Існуюча виконавча та законодавча гілка влади в Україні спадкували систему охорони здоров'я, яка була спадковою від радянського періоду – так звану «модель Семашка», але змістили її з первинного курсу. У цій системі усі медичні заклади є власністю держави та спрямовані головним чином на надання лікувальних послуг, з мінімальним акцентом на профілактику. Ця система не відповідає реальним потребам населення і не може ефективно

впоратися з великою кількістю неінфекційних захворювань, оскільки була спроектована для боротьби з інфекційними хворобами і травмами, які виникають зазвичай з однакових причин і не залежать від особистої поведінки громадян. Ця система була створена в епоху, коли не існувало сучасних засобів комунікації, а медичні технології були обмеженими. Вона також не враховує міжнародні тенденції у модернізації та удосконаленні системи охорони здоров'я, не надає можливостей для приватного сектору та не може відповідати вимогам інформаційних технологій. Є багато доказів неефективного використання бюджетних коштів в цій системі, що створює ризики корупції.

Література:

1. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я [Електронний ресурс]: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р. – Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npras/249618799>.

2. Демченко І. С. Громадське здоров'я: міжнародно-правові підходи до визначення. *Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України*. 2018. № 2. С. 53–58.

SOME FEATURES OF THE STATE POLICY OF UKRAINE IN ENSURING PUBLIC HEALTH

Peresipkina T.V.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv

A healthy population is the property of every state, providing their prospects for development and existence.

One of the priority policies and strategies of the state is to ensure the health of all populations.

In a broad sense, politics is a certain part, program or direction of such activity, a set of means (tools) and methods for realizing certain strategic interests in order to achieve certain goals in a certain social environment. Public health policy is a set of management decisions and activities aimed at creating conditions for maintaining health and increasing the quality of life of citizens.

Adequate policies that have an impact on the health of the population are implemented in the form of ensuring the population's access to medical care; social protection measures; education and through economic aspects [1].

The mechanism for implementing policies to ensure public health includes institutions and organizations (institution) that form the policy and interaction of all participants for the implementation of policies, as well as regulatory and legal documents (institutional), through which the implementation and implementation of these initiatives actually take place.

The main institutions, through which the policies of protecting the health of the population are implemented, are the Ministry of Health, which is the main executive body responsible for the development and implementation of state health policy.

It coordinates the work of other state entertainments and organizations, makes recommendations and develops regulations act [2]; The National Health Service of Ukraine [3] is the central executive body that implements the state policy in the field of state financial guarantees of medical support for the population under the program

of medical guarantees; Regional and local health authorities are responsible for the organization and management of the health system at the regional and local levels. They develop regional strategies and health programs, and accumulate resources to provide medical care in their territories; Medical institutions, including hospitals, polyclinics and dispensaries, also play an important role in decision-making and the allocation of resources in the healthcare sector. They determine what medical services will be provided, how resources will be used, including medical personnel, equipment and medicines. Medical institutions also interact with government agencies and structures, as well as with patients and public organizations to provide effective and affordable medical care.

The main institutional components through which the implementation of state policy in the field of health care are laws and regulations that regulate relations in the health care system; regulations governing norms and quality standards in medicine, as well as the volume, conditions and algorithms for the provision of medical services [2].

Regardless of the complexity of the political, social and economic situation of Ukraine in nowadays, the country implements policies, as a directive for the advancement of the health of the population, of all kinds. Thus, the country, implementing these policies, joined the global process of achieving the Sustainable Development Goals. Since 2016, an inclusive process of achieving them in Ukraine has been launched. Each global goal was considered taking into account the specifics of national development, resulting in a national system consisting of 86 tasks [4]. These tasks and targets for achievement by 2030 were reflected in the National Report «Sustainable Development Goals: Ukraine».

Also, the Law of Ukraine “On the public health system” (09.2022) was adopted, which is aimed at protecting and strengthening the health of the population, preventing diseases, improving the quality and increasing life expectancy, and ensuring the sanitary and epidemic well-being of the population. It clearly presents the main tasks and operational functions of the public health system, and identifies their performers [5].

Among the relevant documents aimed at strengthening population health is the order of the Ministry of Health “On approval of priority areas for the development of the healthcare sector for 2023–2025” [6], which includes measures to prevent health-destructive behavior (smoking, alcohol, unhealthy eating, etc.), strengthening the educational component of medical personnel, standardizing the provision of medical care and creating an effective system for monitoring the quality of medical services, developing e-health.

The expansion of the package of guaranteed medical services for the population under the program of medical guarantees has also become a key one. In 2023, the medical guarantee program was expanded with six packages of medical care services, including rehabilitation assistance [3].

Conclusions. Adequate and effective policies have a huge impact on promoting and maintaining health. To understand the mechanism for implementing public health policies, institutions and institutionality are distinguished, which cover both institutions and organizations, as well as regulatory and legal documents through which the implementation and implementation of these initiatives actually takes place.

Despite the difficult period of Ukraine’s existence, the country supports the policy, strategy of preserving and strengthening the health of the population through the adoption of relevant and timely regulatory documents and joining international initiatives aimed at strengthening the health of the population of each country.

References:

1. World Health Organization. URL: <https://www.who.int>

2. Ministerstvo okhorony zdorov'ya Ukrayiny. Dokumenty. [Ministry of Health of Ukraine. Documents]. [in Ukrainian]. URL: <https://moz.gov.ua/dokumenti>
3. Natsional'na sluzhba zdorov'ya Ukrayiny. E – dani. [National Health Service of Ukraine. E – data]. [in Ukrainian]. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data>
4. Peretvorennya nashoho svitu: poriyadok dennuyu u sferi staloho rozvytku do 2030 roku. Analytycheskaya informatsiya UNDP. [Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. Analytical information]. [in Ukrainian]. URL: <https://www.undp.org/uk/ukraine/publications/peretvorennya-nashogo-svitu-poriyadok-denniy-y-sferi-staloho-rozvytku-do-2030-roku>
5. Zakon Ukrainy «Pro system gromadskogo zdoroviya» ot 06.09.2022 [Law of Ukraine «On the system of public health» (2022)]. [in Ukrainian]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>
6. Ukaz MOZ Ukrainy №1832 vid 07.10.2022 «Pro utvergdienie prioritetnyh napravleniy razvitiya sfery zdravoohraneniya na 2023 – 2025 goda» [Decree of the Ministry of Health of Ukraine No. 1832 of 07.10.2022 «On the approval of priority areas for the development of the healthcare sector for 2023-2025»]. [in Ukrainian]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1832282-22#Text>

**THE IMPORTANCE OF VACCINATION
OF CHILDREN AND THE LEVEL OF VACCINATION COVERAGE
AGAINST MEASLES, RUBELLA AND MUMPS IN
THE CHERKASY REGION**

Yaremenko A.V.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv

An actual problem of modern medicine is the incidence of infectious pathology. Humanity owes the scientific medical community the ability to manage the incidence of certain infectious diseases. Thanks to the creation of vaccines, the prevention of many infectious diseases and the elimination of such a serious disease as smallpox became possible.

The incidence of measles, rubella, mumps and other infectious diseases has become uncontrollable, as evidenced by the alternating periods of increase and decrease in incidence and decline in vaccination in the period between epidemics.

In recent decades, a whole community of anti-vaccinationists has formed in the world. Young parents actively defend the position that «vaccination does more harm than good.» As a result, they independently decide to refuse vaccination instead of finding out from a competent specialist whether there are real contraindications to vaccination in their child. What does such an anti-vaccination movement lead to? Scientists have proven that to prevent epidemics, it is necessary to form collective immunity, that is, at least 95 % of the population must be vaccinated. By refusing to vaccinate a child, parents reduce this number, thereby endangering not only their family, but also other people. A separate danger is the purchase of fictitious certificates of vaccinations for the purpose of enrollment in kindergarten. First of all, unvaccinated children who have strong contraindications to vaccinations suffer from this.

In Ukraine, immunization with vaccines within the framework of the national calendar of preventive vaccinations against measles, rubella and mumps is carried out for

children free of charge and on a voluntary basis, at the age of 1 year and revaccination at the age of 6 years. The analysis of statistical data of the public health center revealed the lowest and highest rates of vaccination against measles, rubella and mumps in children aged 1 and 6 in the Cherkasy region during 2018–2022.

The lowest rate of vaccination among children aged 1 year was in 2020, which was 82.1 %, and the highest rate of vaccination coverage was in 2021, which was 94.5 %. But, unfortunately, we can observe a decrease in vaccination coverage among children aged 1 year in 2022, which is 87.3 %. When studying the dynamics of vaccination coverage of children aged 6 against measles, rubella, and mumps in the Cherkasy region during 2018–2022, the lowest rate was noted in 2022 – 81.2 % and the highest rate of vaccination coverage in 2018, which was 95.8 %. In 2022, there is a decrease in vaccination coverage of children, which is 81.2 %.

When studying this issue, we can conclude that there is a tendency to decrease the number of children vaccinated against measles, rubella, and mumps. It should be noted that the basis of parents' trust in vaccinations is accessible and reliable information about vaccinations, and most importantly about the consequences of refusing them. Unfortunately, in our country, refusal of vaccination is voluntary with minimal or no consequences. Many studies examining the causes of low vaccination coverage have concluded that providing parents with vaccination information, health education, vaccination reminder cards, home visits for vaccination, or integration of immunization with other services can have a positive effect on covered by immunization.

Literature

1. Центр громадського здоров'я МОЗ України: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/inshi-infekciyni-zakhvoryuvannya/krapelni-infekcii/krasnukha>.
2. Рябоконт О.В. Клінічна характеристика перебігу кору у сучасних умовах / О.В. Рябоконт, С.О. Білокобила // Актуальна інфектологія. – 2018. – Т. 6, № 5. – С. 109–110.
3. World Health Organization: WHO. Retrieved from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
4. Інфекційні хвороби (підручник) (за ред. О. А. Голубовської). – Київ: ВСВ «Медицина» (2 видання, доповнене і перероблене). – 2018. – 688 С. + 12 с. кольор. вкл. (О. А. Голубовська, М. А. Андрейчин, А. В. Шкурба та ін.) ISBN 978-617-505-675-2 / С. 265–270

Секція 3.
ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА,
СУЧАСНА ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА БІОЛОГІЧНА СТАТИСТИКА

**ОСОБЛИВОСТІ СТАТИСТИЧНОЇ ОБРОБКИ
ІЕМГ ДАНИХ ПЕРЕКРИТТЯ МІОФІЛАМЕНТІВ
У КІНЕМАТИЧНИХ ЛАНКАХ ПОЯСУ НИЖНІХ КІНЦІВОК**

Сіренко П.О.^{1,3}, Стороженко І.П.², Жіденс Я.³

¹Харківський національний медичний університет, м. Харків

²Державний біотехнологічний університет, м. Харків

³Латвійська академія спортивної освіти, м. Рига, Латвія

Вступ. Зміст діяльності сучасних фахівців медицини та фізичних терапевтів повсякчасно передбачає детальний аналіз сутності переміщення кінематичних ланок. Важливою складовою є побудова профілактичних заходів для здорових людей та можливість оперативного контролю ефективності проведених комплексів вправ, для людей які перебувають на різних етапах реабілітації, при захворюваннях опорно – рухового апарату [1]. Взаємозв'язок прояву біоелектричної активності та сили м'язів в залежності від ендогенних можливостей при зближенні та віддалені ділянок кріплення з відповідною зміною кутів положень стегна гомілки та стопи [1, 2] – є однією з можливостей оцінити коректність побудови та ефективність застосування комплексів вправ для поясу нижніх кінцівок (ПНК). Однак, по теперішній час залишається не визначені їх оптимальні параметри. Проблема функціонального тестування в найбільш ефективних для реалізації контрактильних можливостей умовах остається не розв'язаною. Вибір методики та системи статистичної обробки отриманої медико-біологічної інформації на підставі даних інтерференційної електроміографії (ІЕМГ) в кінематичних ланках ПНК постає пріоритетним завданням.

Мета дослідження – визначити структуру та методичну складову статистичної обробки ІЕМГ даних перекриття міофіламентів у кінематичних ланках ПНК.

Матеріал та методи дослідження. Проведені дослідження містили декілька розгалужених блоків. Середня кількість складала 15 досліджуваних. Передбачалось визначення положення кінцівок для прояву максимальної та мінімальної біоелектричної активності м'язів передньої, задньої, медіальної груп стегна, задньої групи гомілки, великого сідничного м'язу. Для кожного з досліджень визначені окремі, визначені конструктивними особливостями тренажеру вихідні положення та кути [3]. Діагностичні заходи проводились за допомогою комп'ютерного електронейроміографа науково-виробничого підприємства DX – Системи «М-ТЕСТ» Харків, Україна, призначений для реєстрації і аналізу електроміограми.

Статистична обробка отриманих даних включала описову статистику, перевірку гіпотези про вид розподілу, двофакторний дисперсійний аналіз та регресійний аналіз. Перевірка належності розподілу до нормального проводився за *W* критерієм згоди Шапіро-Уїлка.

Аналізувалися такі показники міограмм: максимальна амплітуда – максимальна амплітуда, що спостерігається на даній ділянці інтерференційної міограми; середня амплітуда; середня частота; порівняльний коефіцієнт[2].

Аналіз отриманих результатів. Усі зазначені показники міограмм виявилися нормально розподіленими імовірно не менше ніж 0,95. У зв'язку з тим, що залежність біоелектричних параметрів м'язів від кутів у відповідних суглобах виявилася нелінійною, а також у зв'язку з порівняно невеликою кількістю кутів, для яких ці параметри визначали, коефіцієнти кореляції не відображають реального взаємозв'язку між цими величинами. Тому для виявлення значущості залежності параметрів біоелектричної активності м'язів від положення нижніх кінцівок (кутів у суглобах) застосовувалася дисперсійний аналіз. Оскільки досліджували залежність електричної активності м'язів при різних суглобових кутах у групі спортсменів, приймаємо до уваги два фактори – зміну кута θ і варіацію між досліджуваними g . Для цього застосовано двофакторний дисперсійний аналіз [3].

Перевірка залежності показників від двох факторів – номеру досліду та кута рухомого сегменту показала відсутність статистично значущої залежності між показником та номером дослідження. Вплив положення досліджуваної ділянки на всі показники міограмм, за винятком частоти коливання напруги, виявився статистично значущим з імовірністю не менше 0,95.

Якщо дисперсійний аналіз підтверджував гіпотезу про значущість впливу величини кута в суглобі нижньої кінцівки на інтенсивність біоелектричної активності відповідних м'язів, то за експериментальними точками за допомогою програми «OriginPro» будувалась поліноміальна регресійна залежність [3]. Відповідність регресійної моделі контролювали розрахунком коефіцієнта детермінації R^2 , який також розраховували програмою «OriginPro». Поліном брався не більше ніж третього порядку. Значення $R^2 \geq 0.9$ свідчить про високий рівень узгодженості теоретичних і експериментальних даних при наявній внутрішній розбіжності вибірки даних електроміограм певних м'язів гравців. Якщо R^2 був меншим, ніж 0,9, ми збільшували порядок поліноміальної регресії або відмовлялися від залежності параметра від кута.

Отже за регресійною залежністю були знайдені оптимальні кути положення досліджуваних ланок, які відповідають максимальному або мінімальному перекриттю міофіламентів у саркомерах при виконанні певних вправ. Оптимальні кути знаходили візуально за графіками залежності параметрів від кута та з рівнянь регресії, які відповідали максимальним значенням досліджуваних величин [1–3].

Висновки. Було визначено структуру та методичну складову статистичної обробки ІЕМГ даних перекриття міофіламентів у кінематичних ланках ПНК.

Визначено оптимальні положення сегментів нижніх кінцівок для визначення максимального та найменшого перекриття міофіламентів у саркомерах виконуючих протидію м'язам [2–4]. У вправах «згинання стегна стоячи», «приведення ноги стоячи», «відведення ноги стоячи», «розгинання стегна стоячи» – є положення кінцівки в одній вісі з тулубом (0°). «згинання гомілки лежачи» – положення гомілки 180° , «розгинання гомілки сидячи» – положення гомілки 90° [2].

Література:

1. Sirenko PO, Istomin AH, Sirenko RR, Khorkavyy BV, Rybchych IE. Special and preventive exercises for hamstring muscles in the training process of experienced football players. *Pedagogy of Physical Culture and Sports*, 2022; 26 (5): 344–352. doi.org/10.15561/26649837.2022.0509
2. Sirenko P.O., Storozhenko I.P., Židens J., Zuša A., Yuzyk O.P., Lietuviene D., Kolesnyk T.V. Functional testing of the lower extremity muscles. *Medicini perspektivi*. 2023; 28 (2): 150–163. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2023.2.283388>
3. Sirenko PO. Innovative technologies in physical training of skilled football players. *Cand. Diss. Lviv*; 2015. (in Ukrainian)

РЕЗУЛЬТАТИ СОЦІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ЩОДО РІВНЯ ЩЕПЛЕННЯ СЕРЕД ДІТЕЙ

Усенко С.Г., Бойко І.С., Дяченко М.С.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Актуальність. За даними ВООЗ, проведення щорічних профілактичних щеплень запобігає смерті понад 3,5 мільйона людей у світі від гепатиту В, туберкульозу, дифтерії, правця, кашлюка, кору, поліомієліту тощо. Вакцинація значно знижує ризик захворювання на зазначені інфекції через введення ослабленого живого або мертвого інфекційного агенту за рахунок імунізації організму, з можливістю протидіяти патогенному впливу відповідного збудника. Це дає змогу людині жити довше та здоровіше [1]. Однак, попри те, що багато з вище зазначених інфекцій на даний час є майже не помітні – це не дає підстав відмовлятися від вакцинації, адже хвороби все одно продовжують циркулювати у всьому світі. Так у 2021 році в Україні відбувся спалах поліомієліту серед нещепленого населення, при тому, що на той час рівень охоплення щепленнями від цієї хвороби сягав 53 %. Як відомо, лише при досягненні рівня охоплення щепленнями 90–95 % населення, розповсюдження збудника інфекційної хвороби стає практично неможливим. Тому питання проведення профілактичних щеплень серед дітей було і залишається актуальним питанням сьогодення [2, 3].

Мета: Провести статистичний аналіз результатів вакцинації дітей відповідно календарю щеплень України на підставі аналізу карток профілактичних щеплень.

Матеріали та методи. В результаті проведеного дослідження було застосовано наступні методи: аналітичний, статистичний, епідеміологічний.

Результати: Нами було проведено аналіз профілактичних щеплень 33 дітей віком від 13 до 16 років. Серед них: 24 дівчинки та 9 хлопчиків. Всю інформацію ми розглядали на підставі календаря профілактичних щеплень згідно з Наказом № 48 від 03.02.2006 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів» [4]. Для зручності опрацювання даних дітей ми розділили усіх досліджених на групи залежно віку: 1) 16 років – 5 осіб; 2) 15 років – 5 осіб; 3) 14 років – 14 осіб; 4) 13 років – 9 осіб.

В результаті проведеного дослідження рівня охоплення профілактичних щеплень першої групи, це особи 16 років, згідно з календарем щеплень, ми отримали наступні дані: 2 особи вакциновані на 95–100 %; 3 на 59–86,3 %, (відсутні останні тури щеплення проти дифтерії, кашлюку, правця, поліомієліту, гемофільної інфекції (НіВ-інфекції)). Дані другої групи, 15 років: 2 особи також вакциновані на 95–100 %; 3 дітей вакциновані на 81–86 %, (майже у всіх не пройдено 5, 6 тур вакцинації від поліомієліту, 2 ревакцинація проти дифтерії, 4 проти правця, 4 вакцинація проти НіВ-інфекції та у 1 особи були відсутні всі тури щеплень проти НіВ-інфекції). Третя група, 14 років: дві дитини вакциновані на 90 %, (немає 2 ревакцинації від дифтерії, правця і 6 щеплення проти поліомієліту); 5 осіб вакциновані на 81–86 %, (у 4 дітей відсутні 5, 6 щеплення проти поліомієліту, 4 НіВ-інфекції, 2 дифтерії, правця та у 1 дитини наявні 4 щеплення від НіВ-інфекції, але немає 3 щеплень для профілактики гепатиту В); 7 дітей вакциновані на 59–77 %, (4 дітей не мають жодного щеплення проти НіВ-інфекції, також відсутні останні вакцинації проти дифтерії, правця; 1 дитина не має всіх щеплень проти гепатиту В та НіВ – інфекції; у 2 інших відсутні 2 ревакцинації проти дифтерії, правця, 5, 6 вакцинації проти поліомієліту, 2 туру щеплення проти кору, краснухи, паротиту).

Четверта група, 13 років: серед них двоє дітей вакциновані на 95–100 %; 2-є вакциновані на 80 %, (відсутні всі щеплення проти Ніб-інфекції); 5 дітей вакциновані на 55–75 %, (3 дитини не мають всіх щеплень проти гепатиту В, Ніб-інфекції та останніх щеплень проти дифтерії, правця, поліомієліту; в останніх відсутні 3, 4 щеплення проти Ніб-інфекції, 1 ревакцинація дифтерії, правця, 2 вакцинації для профілактики кору, краснухи, паротиту, 5 щеплення проти поліомієліту).

Висновок. Таким чином, ми можемо стверджувати, що у першій, четвертій та третій групах колективний імунітет був присутній лише до туберкульозу; у другій до гепатиту В, туберкульозу, кору, краснухи, паротиту. Однак, для профілактики Ніб-інфекції не було щеплено 100 % дітей на жодному з етапів вакцинації в кожній з вікових груп. Тільки 54 % у середньому щеплено від неї, що демонструє великий ризик виникнення спалаху гемофільної інфекції. Також, ми можемо прослідкувати тенденцію падіння рівня охоплення щеплення з віком проти дифтерії, кашлюку, правця, поліомієліту, кору, краснухи, паротиту. Можемо припускати, що у більшості дітей етап їх останнього щеплення згідно з віком припав на початок повномасштабного вторгнення в Україну, а саме тому, через це, вакцинація проти зазначених інфекцій не є повною. Лише поновлення проведення курсу профілактичних щеплень та популяризація вакцинації може зберегти здоров'я наших громадян.

Література:

1. https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1
2. <https://health-ua.com/article/70710-chim-nebezpechne-pererivannya-munzats-dlyaditini>
3. <https://phc.org.ua/news/u-2021-roci-riven-okhoplennya-sheplennyami-ditey-proti-poliomielitu-buv-80#>
4. Наказ МОЗ України №48 від 03.02.2006 року «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів»

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ЧОЛОВІЧОЇ ГІПОФЕРТИЛЬНОСТІ

Коренєва Є.М., Смоленко Н.П., Бречка Н.М.

*ДУ «Інститут проблем ендокринної патології імені В.Я. Данилевського
Національної академії медичних наук України», м. Харків*

Проблема безпліддя у родині є однією з найболючіших. Незважаючи на те, що у деяких країнах відбувається швидке зростання населення, яке продовжує перешкоджати економічному розвитку та негативно впливає на здоров'я та добробут «глобального населення та планети», тим не менш мільйони людей [1, 2] страждають від безпліддя, що супроводжується руйнівними соціальними наслідками у країнах де спостерігаються депопуляційні процеси, до таких відноситься й наша [3]. Сучасні оцінки безпліддя коливаються у світі від 48,5 мільйонів подружніх пар [1] до 186 мільйонів осіб [2]. Частина чоловічого фактору безпліддя та увага до його наростання збільшуються, особливо у цей особливий період. І цей факт безперечно потребує уваги суспільства та науковців. Широкий діапазон розбіжностей оцінок підкреслює необхідність поглиблення знання про те, які категорії людей страждають, щоб зменшити тягар безпліддя та його наслідків для громадського здоров'я. Це ж спонукає

дослідників шукати нових засобів та методів впливу на репродуктивне здоров'я, а тому й експериментального відтворення та вивчення гіпофертильних станів.

Ні для кого не є секретом відтворення в експерименті дії чинників, що негативно впливають на здоров'я, є джерелом отримання нових доказових знань щодо причин виникнення, шляхів поліпшення та теоретичного обґрунтування нових пропозицій для лікування та профілактики найбільш розповсюджених та соціально значущих репродуктивних розладів. До дії негативного способу життя натеper додалися і стають пріоритетними стрес індуковані порушення, викликані втратами від бойових дій та ефектом непереборних факторів, які відчуває Україна у цей час, що ще більше обумовлює необхідність та актуальність експериментальних досліджень, бо «Експеримент – це питання, яке ми ставимо природі» (Н. Бор) та можливість відповісти на нього.

Для відтворення репродуктопатій у відділі експериментальної ендокринології ДУ ШПЕП протягом багатьох років використовуються різноманітні моделі: стрес різної природи; вікове угасання репродуктивних функцій; неонатально обумовлені порушення фертильності; застосування ендокринноруйнівних чинників, таких як фітоестрогени, кадмій; дія фізичних факторів – радіаційне навантаження, гіпертермія; доброякісна гіперплазія передміхурової залози; запалення тощо [4]. Використовуючи відтворення простатиту за допомогою різних моделей (індукція скипидаром, ін'єкція карагінана або кріотравма вентральної простати) було показано, що найбільші та статистично значущі зміни сперматогенезу спостерігаються при кріотравмі вентральної частини передміхурової залози тварин. Ще однією розповсюдженою моделлю гіпофертильності є експериментальне відтворення варикоцеле – так звана серотонінова гонадопатія.

На останніх моделях було вивчено дію холекальциферолу з метою відновлення репродуктивних порушень чоловічого організму. Показано, що як простатопатія, так і гонадопатія призводять до зниження рівня чоловічого статевого гормону та репродуктивного потенціалу [5]. Додавання вітаміну D₃ до схем корекції розладів інкреторної, генеративної та копулятивної функції щурів із гіпофертильністю різного генезу позитивно впливало на вивчені показники. Вітамін-гормон D₃ виявив антиоксидантні властивості та можливість посилення реалізації дії тестостерону на сім'яні пухирці. Показано, що використання вітаміну D разом із екстракт якріців сланких у вигляді Трібестаном або Простатиленом позитивно впливає на показники спермограми, які змінилися внаслідок експериментальних репродуктопатій. Застосування вітаміну D₃ разом із препаратами базової терапії безпліддя запобігає ушкодженню морфологічної будови сім'яників щурів при експериментальному ураженню гонад та холодовому простатиті, що є передумовою для відновлення в подальшому сперматогенезу в повному обсязі. Таке використання холекальциферолу сумісно з простатокоректором або препаратом якріців сланких більш ефективно щодо корекції репродуктивної функції ніж окремо кожного з них.

Таким чином експериментальне моделювання чоловічої гіпофертильності є необхідним і важливим етапом вивчення засобів корекції репродуктивного здоров'я чоловіків, особливо у випадках, коли неможливо перевірити інакше вплив чинника, який уражує органи та тканини, а також морфологічну їх будову.

Література:

1. Gipson, J. D., Bornstein, M. J., & Hindin, M. J. Infertility: a continually neglected component of sexual and reproductive health and rights. *Bulletin of the World Health Organization*. 2020. № 98 (7). 505–506. <https://doi.org/10.2471/BLT.20.252049>

2. Inhorn MC, Patrizio P. Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. *Hum Reprod Update*. 2015. Jul-Aug; 21 (4): 411–26. 10.1093/humupd/dmv016
3. Населення України [2023] Чисельність населення України (minfin.com.ua)
4. Koreneva, E. M. [et al]. Modeling of chronic prostatitis. Abacterial prostatitis in the aspects of reproduction of experimental hypofertility (review). 2019. *Problems of Endocrine Pathology*, 67(1), 104–115. <https://doi.org/10.21856/j-PEP.2019.1.13>
5. Bielkina, I. [et al]. The impact of cholecalciferol on the sex hormones level and serum biochemical indices in rat males with experimental gonadopathy. *Problems of Endocrine Pathology*, vol. 80, no. 1. P. 54–63, doi:10.21856/j-PEP.2023.1.07.

ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА У ПРАКТИЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ

Ващенко В.В., Сухарєва Л.П., Мирошніченко М.С.
Харківський національний медичний університет, м. Харків

Доказова медицина – це новий напрям загальної медицини, який без перебільшень є важливим для сучасного лікаря. Практика доказової медицини передбачає об'єднання індивідуального клінічного практичного досвіду з найкращими доступними незалежними клінічними доказами, що отримані із систематизованих досліджень. Вивчення основ доказової медицини породжує у студентів уявлення про аналіз та узагальнення клінічних, медико-біологічних даних; забезпечує ключову медичну підготовку та набуття майбутніми лікарями практичних навичок та умінь, що дозволять критично оцінити медичну інформацію для раціонального та ефективного її використання у подальшій практичній діяльності

Дослідити доказову медицину у практичній діяльності лікаря, визначити її основні напрями та сформулювати її значення для сучасного лікаря.

Проведено аналіз зарубіжної та вітчизняної літератури стосовно доказової медицини, її основних задач та значення у сучасному світі.

Доказова медицина представляє собою фундаментальні концепції медицини та охорони здоров'я, розкриває докази ефективності, результативності та безпеки, аби керувати прийняттям рішень і мати більшу ймовірність прийняття саме правильних рішень. Доказова медицина виникла з нової науки, яка стала результатом поєднання методів епідеміології та клінічних досліджень. Арчібалд Кокрейн об'єднав знання з цих двох галузей і створив те, що стало відомо як клінічна епідеміологія [1].

У 1996 році D. Sackett у своїй основоположній статті написав, що «доказова медицина – це сумлінне, чітке та розумне використання найкращих поточних доказів у прийнятті рішень щодо догляду за окремими пацієнтами», підкреслюючи центральну роль пацієнта і відносини між лікарем і пацієнтом [2]. Щоб правильно використовувати доказову медицину для надання ефективної допомоги пацієнтам, Інститут медицини надав оновлене визначення доказової медицини, яке включає елементи догляду, орієнтованого на пацієнта у прийнятті клінічних рішень [3]. Доказова медицина пропонує спеціальні інструменти для надання високоякісної допомоги, а пацієнти беруть участь у прийнятті рішень щодо застосування цих інструментів. Таким чином, прийняття ідеальних рішень щодо охорони здоров'я вимагає, щоб пацієнти отримували належну освіту з використанням даних, що ґрунтуються на доказах.

D. Sackett та ін. поширювали практику «медицини, заснованої на доказах» як розумне застосування найкращих наявних зовнішніх доказів, отриманих шляхом систематичних досліджень, для доповнення індивідуального клінічного досвіду для прийняття обґрунтованих рішень щодо індивідуального догляду за пацієнтом. Учені підкреслювали, що ані доказів, ані окремої клінічної експертизи недостатньо і що найкращі зовнішні докази визначаються клінічним питанням [4]. Докази повинні бути слідством якихось експериментів або досліджень, але не завжди докази є «золотим стандартом якості». Треба розуміти, що багато доказів не означає якісні докази. На даний момент їх існує неосяжна кількість, які фізично переглянути лікарю майже неможливо. Наприклад, у своїй роботі Allen D. зазначив, що один аудит 24-годинного медичного огляду в госпіталі у 2005 році включав 18 пацієнтів із 44 діагнозами та виявив 3679 сторінок національних інструкцій (приблизно 122 години читання), що мають відношення до їх невідкладної допомоги [5]. Тому лікарю важливо знаходити і орієнтуватися на найкращі з можливих доказів.

Докази можуть бути ключовими для прийняття правильного рішення, але вони не визначають рішення лікаря. Ключовим є те, що робота лікаря полягає не лише у виборі лікування, а й у практичній та емоційній роботі по реалізації цього вибору. Тому доказова медицина дає лікарю не тільки наукові знання, а й можливість навчитися приділяти увагу кожному пацієнту.

Висновки. Розвиток доказової медицини дав поштовх до вдосконалення теперішніх спеціалістів. Базуючись на доказах сучасний лікар може якісно і точно провести діагностику пацієнта та виявити розвиток хвороби. Завдяки доказовій медицині можна підвищити ефективність фармакотерапії різних захворювань, зменшити летальність і поліпшити якість життя хворих, оптимізувати діяльність національних систем охорони здоров'я.

Література:

1. Ioannidis JPA, Khoury MJ. Evidence-based medicine and big genomic data. *Hum Mol Genet.* 2018; 27 (R1): R2–R7.
2. Simon F. Evidence-based medicine: Fact or proof? *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2020; 137 (5): 361–362.
3. Institute of Medicine (U.S.) Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century.* Washington, D.C. National Academy Press; 2001. p. 337.
4. Hankey GJ. Evolution of Evidence-Based Medicine in Stroke. *Cerebrovasc Dis.* 2021; 50 (6): 644–655.
5. Allen D, Harkins KJ. Too much guidance? *Lancet.* 2005; 365 (9473): 1768.

ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Ковальова О.М., Шапкін В.Є., Іванченко С.В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Після встановлення діагнозу при призначенні лікування хворому перед лікарем загальної практики постає безліч запитань: якій вибрати препарат, що має переваги в порівнянні з іншими; тривалість його застосування; ефекти комбінації декількох препаратів; можливість побічних дій, що можуть призвести до загрозливих

клінічних проявів; методи оцінки позитивних та небажаних впливів препаратів на органному та системному рівні. Ці проблемні ситуації виникали ще з початку створення медицини як практичної галузі, тому вдумливими лікарями було створено підстави для наукового фундаменту лікувальної практики з залученням методів кількісної оцінки ефективності лікування хворих

Необхідність імплементації науково аргументованої методології вивчення ефективності лікування знайшла своє підтвердження в досягненнях медицини. Насамперед, сформувалась епідеміологія як наука про закономірності розвитку та розповсюдження не тільки інфекційних, так і не інфекційних захворювань. Щорічно в клінічну практику впроваджуються нові медичні технології, збільшується обсяг наукової інформації, зокрема в галузі клінічної фармакології у зв'язку з інтенсивним розвитком фармацевтичної індустрії. Перед лікарями постає безліч дискусійних запитань, які необхідно вирішувати безпосередньо біля ліжка хворого. Виникла необхідність впровадження біомедичних досліджень, які за допомогою наукових прийомів епідеміології мінімізують ризики практичної медицини. Цілком виправдано, що в 1968 році була запропонована нова галузь знань – клінічна епідеміологія, яка інтегрувала статистичні методи епідеміології, популяційні наукові спостереження з клінічною практикою [1].

Відзначалося впровадження цієї дисципліни в навчальний процес медичних університетів, так в Гарварді було відкрито відділення, що очолював D. Sackett, який наголошував «...клінічна епідеміологія – це застосування лікарем, який безпосередньо обслуговує пацієнтів, епідеміологічного та біометричного методів для вивчення діагностичного та терапевтичного процесу з метою поліпшення здоров'я» [2]. Доповнена методами медичної статистики, як невід'ємної складової, клінічна епідеміологія дає відповіді на запитання, що виникають у медицині, у тому числі і під час проведення клінічних досліджень, які надають суперечливі результати. Розгляд питань удосконалення надання медичної допомоги хворим шляхом критичного аналізу існуючих наукових спостережень постійно привертала увагу вчених. В 1990 році G.H. Guyatt представив нову доктрину під назвою «Наукова медицина», але вона не була сприйнята вченими. В 1991 р. цей вчений змінив назву на наступну «Evidence-Based Medicine» і представив цю концепцію як навчальну програму для резидентури. Цей термін було оприлюднено в журнальній статті [3].

У дослівному перекладі Evidence-Based Medicine має різні тлумачення – це «медицина, заснована на фактах», «науково обґрунтована медична практика», «науково-доказова медицина» або «доказова медицина». Ця концепція передбачає поєднання найбільш доказових результатів наукових робіт з клінічним досвідом. Таким чином, доказова медицина, по суті, є практичним застосуванням методів клінічної епідеміології. Одним із значних важелів доказової медицини є доктрина багаточентрових рандомізованих контрольованих клінічних досліджень, що дали в руки лікарів надійний інструмент для вибору доказів на користь того чи іншого способу лікування. Разом з тим, доступ практичних лікарів обмежений до наукових результатів, вони поклалися загалом на свій клінічний особистий досвід. На це звернув увагу відомий британський епідеміолог А. Кокран, який в програмній книзі зазначив, що суспільство перебуває в незнанні стосовно істинної ефективності лікувальних втручань. Він писав в 1979 р. «... дуже прикро, що медики до цього часу не створили системи аналітичних узагальнень актуальних рандомізованих клінічних досліджень по всіх дисциплінах та спеціальностям з періодичним оновленням оглядів». Він уперше закликав оцінити ефективність усіх лікувальних заходів шляхом систематичного огляду результатів

усіх клінічних випробувань [4]. Ця ідея була втілена в життя групою вчених на чолі з I. Chalmers у вигляді міжнародної асоціації, назва якої є даниною пам'яті А. Кокрана та його знаменитим розробкам в галузі клінічної епідеміології [5]. В 1993 р. в Оксфорді було відкрито Кокранівський центр, головними інструментами його діяльності є систематичні огляди, які є інформаційним джерелом клінічної епідеміології та регулярно видаються в електронному вигляді під назвою «The Cochrane Database of Systematic Reviews» (Кокранівська база даних систематичних оглядів). В Кокранівську електронну бібліотеку також включено навчальні посібники стосовно методології складання оглядів, словник специфічних термінів, контакти підрозділів.

Таким чином, доказова медицина – це перспективний напрям медичної науки та клінічної практики з застосуванням різних прогресивних моделей, що постійно оновлюється та збагачується [6]. Пріоритети, в першу чергу в програмах державних гарантій, з огляду на ресурси охорони здоров'я, необхідно визначати на підставі достовірних відомостей про клінічну ефективність медичних заходів. Принципи доказової медицини можуть бути застосовані в будь-яких медичних галузях, але найтісніше вони пов'язані з фармакотерапією. Методологія доказової медицини є надійним та важливим гарантом найбільш ефективного, безпечного й економічно обгрунтованого лікування в практиці сімейного лікаря, який стоїть перед вибором препарату – бренду або генеріка та саме якого з них. Необхідно пам'ятати, що для сімейного лікаря вибір методу діагностики, терапії, прогнозу, профілактики, повинен базуватися не тільки на особистому медичному досвіді лікаря і характеру захворювання у конкретного хворого. Правило в практиці сімейного лікаря: кожне клінічне рішення базується на чітко доведених наукових фактах. Крім того, в умовах страхової медицини сімейні лікарі розвинених країн повинні бути відповідальними стосовно фінансового забезпечення високоякісної медичної допомоги населенню. Відповіді на актуальні питання сімейний лікар знаходить в національних настановах та рекомендаціях, які узгоджені з міжнародними стандартами та містять достовірну інформацію стосовно ефектів медичних технологій, отриманих в контрольованих клінічних дослідженнях з подальшим, за допомогою сучасних статистичних методів, сумлінням та осмисленим використанням результатів найбільш доказових з наявних методів лікування конкретних хворих. Починаючи з навчання студентів в медичних університетах, і в подальшому при практичній діяльності необхідно постійно удосконалювати знання сімейних лікарів в сфері інтегрування індивідуального досвіду з сучасними досягненнями медицини, еволюційними принципами діагностики та лікування, інформаційними технологіями вибору оптимальних варіантів медичної діяльності, що мають надійну та достовірну доказову базу.

Література:

1. Feinstein A.R. Clinical epidemiology: II. The identification rates of disease. *Ann Intern Med.* 1968. № 69. P. 1037–1061.
2. Sackett D.L. Clinical epidemiology. *Am J Epidemiol.* 1969. № 89. P. 125–128.
3. Guyatt G.H. Evidence-based medicine. *ACP J Club.* 1991. P. 114–116.
4. Cochrane A.L. *Medicine for the year 2000.* London: Office of Health Economics. 1979. 1931–1971: a critical review, with particular reference to the medical profession; P. 1–11.
5. Chalmers I., Dickersin K., Chalmers TC. Getting to grips with Archie Cochrane's agenda. *BMJ.* 1992. № 305. P. 786–788.
6. Kevin Galbraith, Alison Ward, Carl Heneghan. A real-world approach to Evidence-Based Medicine in general practice: a competency framework derived from a systematic review and Delphi process. *BMC Med Educ.* 2017. № 17. P. 2–15

СУЧАСНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ ДОКАЗОВОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ПЕРВИННОГО БОЛЮ ГОЛОВИ

Заяць М.М.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького, м. Львів*

Актуальність. Скарги на біль голови з'являються у 95 % людей у певний момент свого життя. Найчастіше в осіб саме працездатного віку 20–45 років, а з віком його частота поступово зменшується. Згідно із міжнародною класифікацією окремо виділяють первинний біль голови, що включає: мігрень, головний біль напруги, кластерний головний біль. Загалом виділено 14 класів болю голови, кожен із яких потребує індивідуалізованого підходу, зокрема менеджменту фармакотерапії.

Мета: аналіз та систематизація сучасних даних (2023) доказової медицини щодо менеджменту первинного болю голови.

Матеріали та методи. Для виконання поставленої мети дослідження нами опрацьовано сучасні високодоказові огляди баз даних (Cochrane Collaboration, n=22, 2023; NICE, n=13, 2023; PubMed, n=3, 2023). У якості шкали використовували загальноприйнятний розподіл класів доказовості у медицині.

Застосовано методи: бібліографічний, системного пошуку, порівняльного аналізу, доказового пошуку.

Результати. Серед первинного болю голови частим проявом є саме мігрень поширеність якої у загальній популяції становить близько 10 %, серед чоловіків – 5 %, серед жінок – 15 % переважно у осіб працездатного віку. Тому своєчасна і доказова фармакотерапія первинного болю голови є важливим аспектом збереження якості життя працездатних пацієнтів, зокрема.

Ацетилсаліцилова кислота (900 мг) рекомендована як лікарський засіб (ЛЗ) першої лінії для пацієнтів із гострою мігренню при дотриманні загальновідомих елементів безпеки її застосування при інших станах. Доведеним є зменшення супутніх симптомів: нудоти, блювання, світлобоязні на фоні прийомі аспірину та поєднання його із метоклопрамідом (клас доказів 1++) [9]. Ібупрофен (від 200 до 600 мг) у порівнянні плацебо знімає симптоматику протягом двох годин та забезпечує тривале полегшення болю для пацієнтів з гострою мігренню (клас доказів 1++) [2, 9]. Також встановлено, що напроксен (550 мг, 825 мг) є ефективним протягом двох годин для полегшення болю порівняно з плацебо для пацієнтів з мігренню. Напроксен та ібупрофен також були ефективними для полегшення симптомів нудоти, пов'язаних з мігренню, світлобоязні, фонофобії та функціональних порушення порівняно з плацебо. Ібупрофен (400 мг або 600 мг при неоефективності) рекомендується ЛЗ першої лінії для пацієнтів із гострою мігренню [3]. Парацетамол (1000 мг), згідно даних ДМ, можна розглянути як ЛЗ для ФТ пацієнтів з гострою мігренню, які по різних причинах не можуть приймати засоби першої лінії (клас доказів 1++). Окрім того, завдяки відомому профілю безпеки розглядається як ЛЗ вибору для короткочасної ФТ болю голови у вагітних на будь-якому терміні [8, 9]. Метоклопрамід 10 мг (перорально) у комбінації з аспірином 900 мг володіє однаковою ефективністю із 100 мг суматриптану у полегшенні симптомів болю голови [9]. Подібні результати були для парацетамолу 1000 мг у поєднанні з метоклопрамідом 10 мг у порівнянні із суматриптаном (клас доказів 1++). Фенотіазини перевершують плацебо для повного полегшення головного болю до однієї через годину після лікування

(клас доказів 1+). Метоклопрамід (10 мг) або прохлорперазин (10 мг) слід розглянути для пацієнтів, які з асоційованими з мігренню симптомами нудоти або блювання. Їх можна використовувати або як перорально, так й парентерально. Триптани рекомендуються як ЛЗ першої лінії для пацієнтів із гострою мігренню (клас доказів 2+). Суматриптан (50–100 мг), є засобом вибору, але інші ЛЗ цієї групи застосовують, якщо суматриптан неефективний. Триптани рекомендовані для лікування пацієнтів із гострою мігренню, пов'язаною з менструацією (клас доказів 2+).

Ще одним доказово обґрунтованим є застосування комбінованої ФТ. Комбінація суматриптану 50–85 мг і напроксену 500 мг краще, ніж плацебо або монотерапія у пацієнтів з гострою мігренню [5, 9]. Супутні ознаки нудоти, світлобоязні та функціональної недієздатності також доведено усуваються при застосуванні комбінованої терапії порівняно з плацебо або монотерапією.

Побічні ефекти спостерігалися частіше при комбінованій терапії, ніж при монотерапії плацебо або напроксеном, але були по перебігу легкими (клас доказів 1++). Слід розглянути можливість комбінованої терапії суматриптаном (50–85 мг) і напроксеном (550 мг) для ФТ хворих на гостру мігрень. Суматриптан можна розглядати для ФТ гострої мігрени у вагітних жінок на всіх стадіях вагітності. Перед початком лікування звісно варто обговорити ризики, пов'язані з призначенням ЛЗ (клас доказів 1++).

Застосування ЛЗ із групи стероїдів (преднізолон, дексаметазон) також допускається як додаткова ФТ до вищезгаданих ліків для зменшення частоти помірного або сильного головного болю (клас доказів 1++). У всіх дослідженнях, крім одного, ЛЗ вводили парентерально при зверненні пацієнтів до відділення невідкладної допомоги [9]. Не виявлено жодних доказів щодо застосування преднізолону як постійної ФТ у пацієнтів із тривалою мігренню (понад 3 дні).

Висновки. Згідно проведеного аналізу даних доказової медицини (2023 р) встановлено, що для ФТ первинного болю голови рекомендовано застосовувати першочергово ацетилсаліцилову кислоту (900 мг), ібупрофен (200–600 мг), метоклопрамід 10 мг+ацетилсаліцилову кислоту (900 мг), напроксен (550 мг), напроксен+суматриптан 100мг – рівень доказовості А, а також суматриптан (50–100 мг) або інші ЛЗ з цієї фармакологічної групи – рівень доказовості В. На основі проаналізованих оглядів сформовано 18 меседжів ФО для ефективного менеджменту первинного болю голови, зокрема, мігрени, яка трапляється найчастіше.

Література:

1. Ashina, S., Terwindt, G.M., Steiner, T.J. et al. Medication overuse headache. *Nat Rev Dis Primers* 9, 5 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00415-0>
2. Briggs G, Freeman R, Towers C, Forinash A. *Drugs in pregnancy and lactation: a reference guide to fetal and neonatal risk.* 11th edition. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
3. Demont A, Lafrance S, Benaissa L, Mawet J. Cervicogenic headache, an easy diagnosis? A systematic review and meta-analysis of diagnostic studies. *Musculoskeletal Sci Pract.* 2022 Dec;62:102640. doi: 10.1016/j.msksp.2022.102640. Epub 2022 Aug 31. PMID: 36088782.
4. Derry S, Rabbie R, Moore RA. Diclofenac with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue.
5. Joint Formulary Committee. *Guidance on prescribing.* In: *British National Formulary (online)* London: BMJ Group and Pharmaceutical Press. [cited 22 Nov 2017].

80. Available from url: <https://www.medicinescomplete.com/mc/bnf/current/PHP97234-guidance-on-prescribing.htm>

6. Kirthi V, Derry S, Moore RA. Aspirin with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7.

7. Rabbie R, Derry S, Moore RA. Ibuprofen with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8.

8. Schaefer C, Peters PWJ, RK. M. *Drugs During Pregnancy and Lactation*. 3rd edition. London: Academic Press; 2014.

9. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Pharmacological management of migraine. Edinburgh: SIGN; 2023. (SIGN publication no. 155). [March 2023]. Available from URL: <http://www.sign.ac.uk>

PLANNING DIFFERENT TYPES OF EXPERIMENTAL STUDIES

Pomohaibo K.G., Hussein Dergham

Kharkiv National Medical University, Kharkiv

Experimental studies involving human participants are called clinical trials. Their goal is to study the effectiveness and safety of medical interventions (the use of new drugs, medical equipment, methods of treatment or prevention). Clinical trials are divided into two groups: with and without a control group. Controlled clinical trials are studies that compare one or more intervention groups (the experimental group) with one or more comparison groups (the control group). In other words, the test drug or diagnostic procedure is compared with another previously used drug or procedure (parallel control of various drugs), with no intervention (no-treatment control), or with a placebo (placebo control). Thus, experimental groups are exposed to specific interventions or different regimes of the same intervention. Control groups are placed under exactly the same conditions as the first ones, except that their patients are not exposed to the intervention being studied. In all groups, the clinical course of the disease is monitored, and any differences in outcomes are attributed to the study intervention. In clinical trials without a control group, or uncontrolled clinical trials (uncontrolled clinical trials), the researcher only describes the results of the application of the experimental intervention without comparison with the control group. Since the purpose of clinical trials is to determine whether the drug under test is more effective than other drugs, clinical trials with control groups, compared with trials without control groups, can more accurately determine whether the greater effectiveness is due to the experimental drug or due to exposure of another factor. This is why clinical trials using control groups are considered to have greater validity in medicine than trials without control groups [3].

When planning clinical trials, depending on specific conditions and goals, different procedures for conducting them may be chosen. For each research design today, certain requirements for its preparation, specific quality standards for conducting, processing and presenting data have been formed. The two most commonly used controlled trial designs are: clinical trial in parallel, or concurrent, group design and clinical trial in crossover group design. A parallel group clinical trial is a method of clinical research in which a control group is recruited at the same time according to the same rules as the experimental group. In this case, each patient is subject to one of the treatment

regimens being tested. Each treatment regimen has its own therapeutic group, and all patients assigned to a particular therapeutic group receive the same treatment. Although parallel group clinical trials are expensive, time-consuming, and require a large number of examinees, they are widely used because they are the most objective in determining the effectiveness of treatment and accurate in drawing conclusions, and also avoid some of the types of systematic errors that are inevitable in clinical studies with historical control. Crossover group design – a study in which there is almost no difference between the experimental and control groups: both groups receive both drugs being compared in turn. For this purpose, patients are randomized into groups in which they undergo the same course of treatment, but with a different sequence. For example, in the first period, one group of patients is given a control treatment, and the second is given a new studied by meta-analysis. In the second period, the treatment in the two groups changes. The effect of treatment is compared in each group, in each period. Thus, in a crossover clinical trial design, each patient is both a trial and a control. Therefore, a clinical trial in a “crossover design” makes it possible to evaluate the effects of both the studied drugs and comparative treatments on the same patients. This approach provides more reliable testing of treatment effect in fewer patients than a parallel group design. This regimen is used in patients with a stable disease, usually of a chronic nature. Crossover designs often find their way into clinical pharmacological trials. In addition, experimental studies with control groups also include studies “before–after study” and studies with historical or nonconcurrent control. Before–after study – a clinical trial describing the course of a disease in one group of patients undergoing the intervention being studied. In this case, the same group of patients is considered both as a control and an experimental group. This approach is based on the assumption that any improvement observed after treatment is due to the treatment. This assumption may turn out to be false, which makes this method very vulnerable. Studies with historical or nonconcurrent control – a method of clinical research in which the results of current treatment are compared with data from observations of similar patients in the past. Therefore, this study is the opposite to concurrent control, in which the control group is recruited at the same time according to the same rules as the experimental group. Studies using historical controls are at high risk of bias due to systematic differences between comparison groups due to changes in risk time, prognosis, medical care, etc [1–5].

The compared groups of patients in clinical trials must be homogeneous in all respects that may affect the outcome of the disease. This condition is feasible if each of the test participants has an equal chance of being included in both the experimental and control groups. The procedure for randomly assigning people to an experimental group or a control group is called randomization. Random assignment ensures that there are no differences between the two groups and thus reduces the likelihood of systematic error in clinical studies due to group differences in any characteristics. For this purpose, the method of standardizing indicators can also be used, but it allows eliminating the influence of only known factors. Thus, the use of randomization increases the likelihood that the groups will be comparable not only with respect to known factors, but also with respect to unknown factors. Thus, the task of randomization is to ensure a selection of patients in which the control group differs from the experimental group only in the treatment method. Randomization is a prerequisite for a well-designed experimental study. The results of several randomized trials examining a particular problem may be combined. A quantitative analysis of the pooled results of several clinical trials of the same intervention is called a meta-analysis. By increasing the sample size, a meta-analysis provides greater statistical power than each individual trial. To carry out randomization, tables of random numbers,

the envelope method, or the method of a sequence of random numbers generated by various computer programs can be used [2, 5].

Conclusion. Experimental studies in medicine come in several types and are conducted to determine the effectiveness and safety of a medical intervention. Therefore, clinical trials with control groups, compared with trials without controls, are more valid and are the most accurate at determining whether greater effectiveness is due to the experimental drug or due to another factor. Of the controlled trials, clinical studies in a parallel group design are the most objective in determining the effectiveness of treatment and accurate in drawing conclusions, and also avoid some types of systematic errors, therefore this type of research has the widest application, regardless of the high cost, duration and the need to use a large number of patients. However, the advantage of clinical studies in the “crossover model” is the assessment of the effects of both the studied drugs and comparative courses of treatment on the same patients. A prerequisite for a well-planned experimental study is the use of standardization and randomization methods.

References:

1. Estellat C, Torgerson DJ, Ravaud P. How to perform a critical analysis of a randomised controlled trial // *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2009; 23 (2). P: 291–303. doi: 10.1016/j.berh.2009.03.003.
2. Jaillon P. Controlled randomized clinical trials // *Bull Acad Natl Med* 2007 Apr–May; 191 (4–5). P: 739–56.
3. Kandi V, Vadakedath S. Am J Clin Med Res. Clinical research: an overview of study types, designs, and their implications in the public health perspective // *American Journal of Clinical Medicine Research* 2021 August; 9 (2). P: 36–42. DOI:10.12691/ajcmr-9-2-1
4. Nair B. Clinical trial designs // *Indian Dermatol Online J.* 2019 Mar–Apr; 10 (2). P: 193–201. doi: 10.4103/idoj.IDOJ_475_18.
5. Stanley K. Design of randomized controlled trials // *Circulation* 2007; 115 (9). P: 1164–9. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.594945.

BASIC CLUSTERING METHODS USED TO DEVELOP A TYPOLOGY OR CLASSIFICATION

Pomohaibo K.G., Hussein Dergham

Kharkiv National Medical University, Kharkiv

Cluster analysis is the general name for a variety of computational procedures used to create a classification. The main goal of cluster analysis is to find groups of similar objects in a data sample. It is convenient to call these groups clusters. There is no generally accepted definition of the term «cluster», but clusters are believed to have several properties, the most important of which are density, dispersion, size, shape and separability [3].

Density is a property that allows us to define a cluster as a collection of points in data space that is relatively dense compared to other regions of space that contain either few or no points. Dispersion characterizes the degree of scattering of points in space relative to the center of the cluster, i.e. how close the cluster points are to each other. The property of a cluster–size–is closely related to dispersion; If a cluster can be identified, then its “radius” can be measured. Shape is the arrangement of points in space. If clusters have an elongated shape, then instead of size, you can calculate its “connectivity” –

a relative measure of the distance between points. Separability characterizes the degree of overlap between clusters and how far apart they are located in space.

Thus, clusters are continuous areas of some space with a relatively high density of points, separated from other similar areas by areas with a relatively low density of points.

When applying cluster analysis procedures, it is always necessary to take into account that many cluster analysis methods are fairly simple procedures that, as a rule, do not have sufficient statistical justification (that is, most methods are heuristic). The following clustering methods exist: hierarchical agglomerative (combining) method – joining (tree clustering), iterative (k-means clustering) and two-way joining.

In agglomerative methods, the closest objects are sequentially combined into one cluster. The process of such a sequential combination can be shown on a graph in the form of a dendrogram, or a union tree.

The initial data for analysis can be raw data (objects and their parameters) or a matrix of distances between objects. If the distance matrix has not yet been calculated, then the agglomerative tree clustering algorithm begins with calculating the distances between objects, since cluster analysis procedures are based on grouping similar objects into certain groups (or clusters). That is why the concept of similarity is of paramount importance to it. Despite its apparent simplicity, the concept of similarity and especially the procedures used to measure similarity are not so simple. Quantitative assessment of similarity is based on the concept of metrics or distance between objects. Intuitively, the smaller the distance between objects, the greater the similarity between them. The most commonly used similarity measures are the Euclidean metric, Manhattan distance, or “distance of city blocks,” Chebyshev metric and others. There is no clear answer to the question of which similarity measure to choose. The answer depends on the type of data and the nature of the problem being solved. In addition to choosing a similarity measure, it is necessary to choose a method for hierarchically combining clusters. Today the following are used: Single linkage, Complete linkage Unweighted pair group average, Weighted pair group average, Unweighted pair group centroid, Weighted pair group centroid, Ward method [1, 3].

k-means clustering the method works directly with objects, and not with a similarity matrix. It differs in that it allows you to pre-specify the number of clusters. This number is determined by the user himself, based on the existing task and theoretical predictions. k-means clustering will divide all objects into a given number of clusters, which will differ as much as possible from each other.

In this method, the object belongs to the class whose distance is minimal. Distance is understood as Euclidean distance, that is, objects are considered as points in Euclidean space. First, a certain division of the data into clusters is specified (the number of clusters is determined by the user) and the centers of gravity of the clusters are calculated. Then each point is moved in the cluster closest to it. Then the centroids of new clusters are calculated again and the process is repeated until a stable configuration is found (that is, the clusters stop changing) or the number of iterations exceeds the user-specified one.

We can say that the computational procedure of this method is an analysis of variance “in reverse.” The program starts with k random clusters and then moves objects from one cluster to another with the goal of (1) minimizing within-cluster variability and (2) maximizing between-cluster variability. This is analogous to ANOVA in reverse in that ANOVA evaluates between-group variance versus within-group variance when determining the significance of differences in group means. In the k-means method, the program tries to move objects between groups (clusters) in such a way as to obtain the

most significant results of the analysis of variance. Therefore, the results of this same analysis of variance are given in the section on the results of applying this method. In addition to the number of clusters, it is also necessary to select a condition that specifies the initial centers of the clusters. There are three possibilities: maximize between-cluster distances, sort distances and take observations at constant intervals, choose the first n (number of clusters) clusters observations [1–4].

The two methods described above can be used to cluster both variables (columns of the original data matrix) and cases (rows of the original data matrix). Two-way joinin method allows for simultaneous grouping by both columns and rows and is used in those (relatively rare) cases where the researcher believes that both variables and observations simultaneously contribute to the definition of the “real” structure. The results of this method are quite difficult to interpret, since the similarities between different clusters can be explained by different subsets of variables, which leads to heterogeneity in the resulting structure. This may be why the two-way joinin method is the least commonly used method [1, 3].

Conclusion. The main goal of cluster analysis is to find groups of similar objects in a data sample, which are called clusters. Clusters have properties such as density, dispersion, size, shape and separability. When applying cluster analysis procedures, it is always necessary to take into account that many cluster analysis methods are quite simple procedures, which, as a rule, are heuristic. There are three main clustering methods: the hierarchical agglomerative (joining) method-joining (tree clustering), the iterative k-means method and two-way joining. In agglomerative methods, the closest objects are sequentially combined into one cluster. K-means clustering method works directly with objects, and not with a similarity matrix, and differs in that it allows you to pre-specify the number of clusters, the computational procedure of which is an analysis of variance “in reverse”. Two-way joinin method allows for simultaneous grouping by both columns and rows and is used in those (relatively rare) cases where the researcher believes that both variables and observations simultaneously contribute to the definition of the “real” structure. Thus, clustering remains a more descriptive procedure, the results of which make it difficult to draw statistical conclusions.

References:

1. Abonyi, J. & Feil, B. Cluster analysis for data mining and system identification // January 2007. DOI:10.1007/978-3-7643-7988-9.
2. Basel, A.-J., Rui, F., & Asoke, K. N. Integrative cluster analysis in bioinformatics // Wiley, 2015.
3. Everitt, B. S., Landau, S., Leese, M., & Stahl, D. Cluster analysis (5th ed.) // Wiley, 2011 January. doi:10.1002/9780470977811.
4. Zakharov K. Application of k-means clustering in psychological studies. // The Quantitative Methods for Psychology 2016 September, 12 (2), P: 87–100. doi: 10.20982/tqmp.12.2.p087.

THE DEVELOPMENT OF CLINICAL EPIDEMIOLOGY AND ITS IMPORTANCE FOR A MODERN SPECIALIST

*Pomohaibo K.G., Hussein Dergham
Kharkiv National Medical University, Kharkiv*

The subject of epidemiology is the most controversial. For a long time, the subject of epidemiology has been considered any mass diseases - epidemics. In the original

definition, due to lack of knowledge, it was very difficult to judge the nature of the disease. But, of course, this meant almost any mass disease, although mainly epidemics of infectious diseases were observed. This understanding is not accidental, since this is where the development of epidemiology truly began. The discovery of pathogens of infectious diseases reoriented epidemiology to the study of exclusively infectious pathology. The subject of epidemiology has become the epidemic process, i.e. the emergence and spread of any infectious diseases, regardless of the quantitative indicators of this spread. Along with this, in accordance with the natural development of science, the idea began to emerge that the subject of epidemiology can be any nosological form, regardless of its internal essence (i.e., not only infectious), which is becoming widespread among people. With such an assessment of science, it seemed to be transformed into a methodological basis for all medicine. It is no coincidence that J. Gordon (1954) called epidemiology a “diagnostic discipline of health care.” Thus, the evolution of medical science has led to the realization that epidemiological studies are the basis for proving the causes of the development of any pathological processes among the population, and the epidemiological method is a set of techniques designed to study the causes, conditions of occurrence and spread of diseases and other conditions in the population. During the evolution of the epidemiological method, 3 main groups of epidemiological methods were distinguished: descriptive, analytical and experimental. The concept of “clinical epidemiology” appeared [2].

The main task of clinical epidemiology is to apply the principles of clinical research to obtain reliable knowledge and critically evaluate research results in order to improve medical practice.

The main thing in evaluating the results of a clinical study is to evaluate its design, which should be adequate to the subject of the study. The quality of the developed design characterizes the methodological maturity of the researcher who plans its implementation. Understanding the types of research designs is essentially an understanding of the essence of clinical epidemiology.

The object of study of clinical epidemiology is the medical aspects of diseases. For example, how the symptom and the disease, the intervention and the results are related. In order to assess how reliable research results can be, a doctor must understand how medical research should be conducted.

A key element in the clinical epidemiology approach to clinical research is the approach to the consequences of diseases, and in order to evaluate interventions, it is necessary to study their impact on such outcomes as death, discomfort, disability, and patient dissatisfaction. These results are called clinically important or important to patients.

So, in order to judge the reliability of clinical information, a doctor needs to know the basic concepts of clinical epidemiology, as well as anatomy, pathology, biochemistry, and pharmacology. Therefore, clinical epidemiology is currently considered one of the fundamental sciences on which the building of modern medicine rests.

The physician’s personal experience is also important for clinical decision-making. However, the absolute majority of doctors do not have sufficient practical experience to recognize all the processes that are characterized by difficulty in perception, long course, complex interaction and take place in most chronic diseases. At the same time, it should also be noted that the main principle of clinical decision-making remains the choice of the patient with full information of the latter.

Thus, the clinical decision should be made on the basis of basic criteria, namely: data of high-quality scientific research, clinical thinking and personal experience of the doctor and individual characteristics of patients [1–3].

Conclusion. Clinical epidemiology relatively difficult to study. However, not being aware of its basics, a modern specialist cannot assess the quality of a scientific publication, orient himself in modern information, determine the price of the decision made (risk/benefit ratio), the reliability of the conducted research, and critically evaluate clinical recommendations. As a result, a doctor who is not oriented in clinical epidemiology cannot methodically competently apply the results of scientific research when making a clinical decision.

References:

1. Marik P.E. Evidence-Based Critical Care / P.E. Marik – Springer International Publishing, 2015. – 835 p.
2. Mikisek I. Evidence Based Management / I. Mikisek – Gabler Verlag, 2015. – 131 p.
3. Prasad K. Fundamentals of Evidence Based Medicine / K. Prasad – Springer India, 2014. – 154 p.

Секція 4.
ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

**ОБҐРУНТУВАННЯ ДООПРАЦЮВАННЯ МЕТОДИКИ ТАРИФІКАЦІЇ
ДІАГНОСТИЧНО-СПОРІДНЕНИХ ГРУП В УКРАЇНІ**

Лехан В.М.¹, Надутий К.О.²

*¹Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро
²Громадська організація «Українська медична експертна спільнота»,
м. Буча Київської області*

Загальне охоплення населення медичними послугами визначено Організацією Об'єднаних націй як одна з важливих цілей сталого розвитку до 2030 р. [1]. Для досягнення цієї цілі вирішальне значення мають ефективні стратегії фінансування охорони здоров'я [2], важливим елементом яких є вибір оптимальних методів оплати медичних послуг. Оптимальними вважаються такі методи оплати медичної допомоги, які забезпечують максимальну доступність та якість медичної допомоги при ефективному використанні ресурсів.

Згідно з Концепцією реформи фінансування системи охорони здоров'я [3] в Україні для оплати діяльності постачальників стаціонарної медичної допомоги доцільним вважається застосування методу фінансування на основі оплати діагностично-споріднених груп (ДСГ; англ. Diagnosis Related Groups – DRG), який визнано найбільш поширеним та затребуваним стандартом у світі для оцінки медичної та економічної ефективності медичної допомоги та оплати стаціонарних послуг.

Система ДСГ з'явилася в США у 70-х роках 20 сторіччя, коли виникла проблема оплати медичної допомоги за програмою для людей похилого віку (Medicare) і програмою для незаможних (Medicaid). Група дослідників із Єльського університету під керівництвом проф. Роберта Фіттера створила систему класифікації пацієнтів за групами, однаковими за характером патологічного процесу та рівнем споживання лікарняних ресурсів, отже, і за вартістю лікування [4, 5]. Їм удалося за допомогою оригінальної програми угруповання даних про госпіталізацію реалізувати ідею формування однорідності ДСГ. Ці ДСГ неодноразово доопрацьовувалися і оновлювалися і зрештою стали основою для розробки абсолютної більшості подібних класифікацій у різних країнах.

Після детального аналізу у березні 2014 року на підставі рекомендацій та критеріїв, запропонованих Світовим Банком основою для запровадження ДСГ в Україні була обрана австралійська версія групувальника ДСГ [6, 7]. З березня 2020 р. було запроваджено оплату витрат медичних закладів за пролікований випадок (на основі ДСГ) для чотирьох груп захворювань: гострий мозковий інсульт, гострий інфаркт міокарду, пологи та медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках. Оплату за пролікований випадок планувалося запровадити для всього обсягу стаціонарної медичної допомоги, але «через тиск пандемії COVID-19 і зумовлену нею невизначеність, повноцінне запровадження було відтерміновано; запровадження відновилося в квітні 2021 р.» [8].

Проте на теренах Інтернету, в соціальних мережах фігурують дані про недоотриманню обґрунтованість тарифів ДСГ навіть за пріоритетними групами захворювань [9].

Метою дослідження було обґрунтування напрямків оптимізації методики тарифікації діагностично-споріднених груп в Україні

Об'єкт і методи дослідження. Досліджувалася методика розрахунку тарифів для ДСГ. Використано методи: бібліосемантичний, аналітичний, правовий, порівняльного аналізу.

Результати досліджень та їх обговорення. При запровадженні і поточному функціонуванні системи фінансування медичних послуг із застосуванням системи ДСГ в інших країнах повсюдно першим етапом було обґрунтування тарифів. Це передбачало збір, узагальнення та аналіз інформації про фактичні видатки провайдерів, пов'язаних з наданням медичних послуг.

В Україні цей процес відбувається інакше. Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування в Україні» (2016 р.) встановлено можливість фінансування медичних послуг і пролікованих випадків за єдиними для країни тарифами. Водночас в його прикінцевих положеннях зазначено, що дія Закону України «Про ціни і ціноутворення» не поширюється на встановлення тарифів на медичні послуги та лікарські засоби, що означає необов'язковість економічного обґрунтування медичних тарифів та неможливість позиватись на замовника в суд через збитки надавача послуг, понесені внаслідок економічної необґрунтованості тарифів. Наказом МОЗ України від 19.12.2019 № 2559 «Про затвердження Методики розрахунку тарифів» також визначається можливість, але не обов'язковість опори на об'єктивну статистичну і медико-економічну інформацію, яка при розрахунках тарифів має використовуватись лише «за наявності».

Основними параметрами для здійснення розрахунків щодо оплати ДСГ є базова ставка фінансування або середньостатистичний обсяг коштів, який витрачається на стаціонарне лікування середньостатистичного пацієнта, та вагові коефіцієнти груп пролікованих випадків для визначення відмінностей між ними у зв'язку з різною їх ресурсоемістю. При відсутності фактичних даних про ресурсоемість послуг в якості основи для формування тарифів, згідно з методикою, беруться обсяги прогнозного бюджетного фінансування та прогнозна кількість наданих послуг певного виду. В згаданому вище Наказі внормовано, що «...сума прогнозних обсягів видатків на оплату усіх видів медичних послуг за Програмою медичних гарантій,... не повинна перевищувати прогнозну суму бюджетних асигнувань на Програму». Опора при розрахунку тарифів на обсяги бюджетних асигнувань, які є вкрай обмеженими, ставить під сумнів коректність такої тарифікації.

На основі узагальнення досвіду впровадження ДСГ в різних країнах для забезпечення якості тарифікації ДСГ в Україні пропонується реалізація комплексу заходів, зокрема:

1. Виділення так званих «референтних» закладів, в яких наявні умови для надання та автоматизованого обліку витрат на відповідні медичні послуги;
2. Забезпечення, на основі електронних медичних записів, повного обліку фактичних витрат за кожним випадком лікування (за виключенням оплати комунальних послуг та енергоносіїв закладів охорони здоров'я, відповідальність за яку покладається на територіальні громади);
3. Забезпечення експертного та автоматизованого контролю коректності кодування медичних послуг відповідно до затверджених медичних класифікаторів;
4. З застосуванням групувальника ДСГ, який являє собою автоматизовану систему аналізу узагальноної медико-економічної інформації та виявлення випадків класифікованих за подібності за клініко-економічними параметрами, виділення окремих ДСГ з базовими ставками та коригувальними коефіцієнтами);

5. Встановлення обсягу покриття витрат на медичні послуги за програмою державних гарантій за рахунок бюджетних асигнувань;
6. Визначення пріоритетів медичної допомоги для конкретного періоду (року);
7. Визначення диференційованих, з врахуванням пріоритетів, тарифів бюджетних витрат на кожну ДСГ та розміри фіксованої їх співплати пацієнтами (фіксованої суми за амбулаторне звернення, ліжко день тощо) для повного покриття витрат на медичне обслуговування.

Висновки.

1. Практика запровадження в Україні системи фінансування за ДСГ суттєво відрізняється від усталеної.
2. Методика застосування оплати за послугу з використанням тарифів ДСГ потребує удосконалення в частині обґрунтування та забезпечення повного покриття реальної ресурсоемності витрат на медичне обслуговування.

Література:

1. What is health financing for universal coverage? Geneva: World Health Organization. 2018. Available on: http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition
2. Ifeagwu S.C., Yang J.C., Parkes-Ratanshi R., Brayne C. Health financing for universal health coverage in Sub-Saharan Africa: a systematic review. *Glob Health Res Policy*. 2021. № 6. DOI: 10.1186/s41256-021-00190-7.
3. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/npras/249626689>
4. Fetter R. Development, Testing and Evaluation of a Prospective Case Payment Reimbursement System. *Progress Report to the Social Security Administration*. 1977. P. 123–136.
5. Fetter R.B., Shin Y., Freeman J.L. et al. Case mix definition by diagnosis-related groups. *Medical care*. 1980. № 18. P. 1–53.
6. Шевченко М.В. Система діагностично–споріднених груп: перспективи запровадження в Україні *Вісник проблем біології і медицини*. 2015. Вип. 2, Том 1. С. 306–312. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpbm_2015_2%281%29_64.
7. Про затвердження Плану заходів із впровадження системи діагностично-споріднених груп в Україні. Наказ МОЗ України від 29.08.2014 р. № 605.
8. Бреденкамп К., Далє Е., Дорошенко О. та ін.. Реформа фінансування системи охорони здоров'я в Україні: прогрес та майбутні напрями. Міжнародний розвиток у фокусі. Вашингтон, округ Колумбія: Світовий банк. 2022. 111 с. DOI:10.1596/978-1-4648-1908-7.
9. Скільки коштує інсульт: що оплачує – держава, а що – пацієнт? Режим доступу: <https://glavcom.ua/publications.html>

УСКЛАДНЕННЯ ЯК ІНДИКАТОР БЕЗПЕКИ ЛІКАРНЯНОГО СЕРЕДОВИЩА

Яворовський О.П., Паламар Б.І., Брухно Р.П.
НМУ імені О.О. Богомольця, м. Київ

Увага до охорони здоров'я та вирішення її проблем є вагомою складовою сучасної політики держави. Ефективність роботи в цьому напрямку впливає на відтворення населення та становище сімей в Україні [1]. Важливим питанням сучасної

медичної спільноти є проблема організації безпечного лікарняного середовища, що має за мету унеможливити будь-яку шкоду та будь-який негативний вплив на учасників лікувального процесу – як на пацієнтів, так і на медиків. Поняття безпечного лікарняного середовища багатовекторне і включає багато аспектів професійної діяльності медиків. Одним з таких аспектів є ускладнення на території, де організована робота по безпечному лікарняному середовищу. Класифікації ускладнень як індикатора безпечного лікарняного середовища на сьогодні не існує. Разом з тим відомо, що кожна хвороба може мати свої ускладнення. Ускладнення зустрічаються при лікуванні інфекційних [2] та неінфекційних захворювань, вони бувають при хірургічних втручаннях та в ранньому і пізньому післяопераційному періоді. Значна частина ускладнень може мати ятрогенний характер. Це можуть бути як окремі захворювання і стани, так і патологічні процеси та незвичайні реакції, що виникли як наслідок медичних втручань – обстеження, діагностичних процедур та лікування [3]. Ускладнення ятрогенного характеру відображені у МКХ 10. Існує достатня кількість класифікацій ятрогенії. В основі класифікації ятрогенних ускладнень як патологічних процесів лежить генез. У першому випадку це може бути ускладнення, що не пов'язане з основним захворюванням, але пов'язане з важким станом пацієнта, наприклад пролежні при поганому догляді, або у другому випадку ускладнення при правильних медичних діях але недооцінці стану пацієнта чи течії хвороби, наприклад жирової емболії або тромбоемболії після переломів великих кісток кінцівок. Третя група ускладнень – це всі патологічні процеси і реакції, які виникли внаслідок непрофесійних, помилкових дій медичного персоналу.

Ускладнення може виникнути як наслідок дефекту надання медичної допомоги. Під останнім потрібно розуміти неналежне здійснення діагностики, лікування хворого, організації медичної допомоги, яке призвело або могло призвести до несприятливого результату медичного втручання.

На актуальність проблеми безпеки пацієнтів вказують спеціалісти ВООЗ [4]. Вони зауважують, що у країнах із низьким і середнім рівнем доходів населення щороку стається понад 184 млн випадків порушень безпеки пацієнтів, при цьому 2,6 млн пацієнтів помирають, а 40 % пацієнтів наражаються на несприятливі ситуації коли отримують первинну та амбулаторну допомогу. Проблема лікарської помилки обумовлена тим, що вона є однією з головних причин смертності населення. Цей показник перевищує разом узяті показники смертності від ДТП, виробничого травматизму й авіаційних катастроф. За даними Інституту медицини США, в Америці унаслідок помилок медичного персоналу щорічно помирає до 450 тис. пацієнтів.

За результатами нашого дослідження у 2013, 2017, 2019 роках, при вивченні 600 історій хвороб у двох великих лікарнях м. Києва виявлено тенденцію збільшення ускладнень у зимові місяці року, зв'язок частоти ускладнень з часом доби, з віком пацієнтів, з наявністю супутньої патології, з місцем проживання пацієнтів. Ризик ускладнень залежить від виду та терміну госпіталізації, працевлаштований чи ні пацієнт, наявна чи відсутня супутня патологія.

Оскільки значна частина негативних ефектів як у лікарняному секторі, так і в первинній ланці охорони здоров'я, може бути попереджена за умови системного підходу до процесу організації безпечного лікарняного середовища [5], вищезазначене диктує необхідність того, щоб ускладнення захворювань під час лікувального процесу розглядалися як індикатор забезпечення лікарняного середовища оскільки поява ускладнень залежить від наявності та впливу ряду клінічних, організаційних та інших параметрів лікарняного середовища.

Література:

1. Знаменська Т.К., Воробйова О.В., Дубініна Т.Ю. Стратегічні напрямки реконструкції системи охорони здоров'я новонароджених та дітей України. Організація та перспективи розвитку перинатальної допомоги. Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 2017. № 4(26). С. 5-11.
2. Методичні рекомендації до практичного заняття з дисципліни “Хірургічні хвороби” для студентів VI курсу медичного факультету. Одеський НМУ кафедра роботизованої та ендоскопічної хірургії. 2020. С. 2-3.
3. Ятрогенія: причини, наслідки, профілактика. Медична справа. 2017. / Електронний ресурс / Режим доступу: <https://medplatforma.com.ua/article/607-yatrogeniya-prichini-ta-nasltdki>
4. Яворовський О.П. Відсутність безпеки лікарняного середовища – загроза і для пацієнтів і для лікарів. Ваше здоров'я. 2021. /Електронний ресурс/ Режим доступу: <https://www.vz.kiev.ua/oleksandr-yavorovskiy-vidsutnist-bezpeky-likarnyanogo-sередovishha-zagroza-i-dlya-patsiyentiv-i-dlya-likariv/>
5. Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її вирішення. Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції м. Дніпро, 6–7 червня 2017 року, / Електронний ресурс / Режим доступу: [http://www.health.gov.ua/www.nsf/16a436f1b0cca21ec22571b300253d46/45b1714b8f5176a4c2258147001e7edc/\\$FILE/_r0n0gbp85ss2uu1f50nl0bo2v0nngbo05upkgbeg5tk2v4q85s8_.pdf](http://www.health.gov.ua/www.nsf/16a436f1b0cca21ec22571b300253d46/45b1714b8f5176a4c2258147001e7edc/$FILE/_r0n0gbp85ss2uu1f50nl0bo2v0nngbo05upkgbeg5tk2v4q85s8_.pdf)

КОНЦЕПЦІЯ «МЕДИЦИНА ГРАНИЧНИХ СТАНІВ» – ОПТИМАЛЬНА СКЛАДОВА РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕТЕРМІНАНТІВ ЗДОРОВ'Я ЛЮДСЬТВА

Коробчанський В.О., Олійник Ю.О.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Детермінанти здоров'я – це комплекс індивідуальних, соціальних, економічних та екологічних факторів, що визначають стан і рівень здоров'я окремих людей, груп населення та нації загалом [1, 2].

Соціальні детермінанти здоров'я, що розглядаються на рівні суспільства: різні умови життя в ранньому дитинстві; різні можливості здобуття освіти; різноманітний обсяг соціального забезпечення; не однаковий доступ до охорони здоров'я; різний рівень доходів; різні екологічні та комунальні умови проживання; різні норми та цінності суспільства.

Поведінкові детермінанти, які належать до факторів ризику: нераціональне харчування; недостатні або надмірні фізичні навантаження; недодержання правил особистої гігієни; не виконання загартування холодом; наявність шкідливих звичок і залежностей (наркоманія, алкоголізм, токсикоманія та тютюнопаління); захворювання які передаються статевим шляхом.

Екологічні детермінанти здоров'я населення прямо або побічно мають відношення до всіх цілей сталого розвитку України та Світу в цілому. Аналіз цих даних свідчить про збільшення ролі еволюційно екологічних факторів довкілля, таких як структура раціону та режим харчування, фізична активність, якість питної води

і повітря приміщень, гострий і хронічний стрес (в тому числі і інформаційний) на формування рівня загального здоров'я населення.

На основі визначення об'єктивної профілактичної парадигми здоров'я – детермінанти здоров'я це свого роду «причини причин», що впливають на можливість зміцнення здоров'я та формування здорового способу життя, а також на характер розвитку, прояви та наслідки хвороби, тобто саногенез – комплекс захисно-приспосувальних механізмів, спрямованих на відновлення порушеної саморегуляції організму. Саногенетичні механізми регулюються нервовою системою, головним чином ЦНС.

До останнього часу такі дослідження в Україні не були комплексними та недостатньо враховувались у ході формування стратегії охорони здоров'я; пріоритетними у визначенні здоров'я за сучасних умов є соціально-економічні детермінанти: дохід та його розподіл; зайнятість; умови праці та безробіття; житлові умови; соціальний захист; соціальний капітал; соціальні конфлікти; ранній період життя; освіта, гендер тощо. Аналіз останніх публікацій свідчить, що вказана група детермінант визначає здоров'я приблизно на 40 %. Однак ця цифра може змінюватись залежно від країни чи території, для якої проводиться дослідження [3].

Виходячи з цього об'єктивна реалізація принципів детермінантів здоров'я людства виконується на основі науково-практичної концепції «Медицина граничних станів».

Медицина граничних станів (МГС) (англ.: *medicineofborderlineconditions*) – інноваційна область медичної науки і практики охорони здоров'я, яка вивчає загальні закономірності формування донозологічних станів і перехідні процеси їх перетворень, з метою профілактики соматичних і психічних захворювань різного генезу, шляхом встановлення і мінімізації (усунення) ризиків їх виникнення, з цілеспрямованою індивідуальною та (або) груповою корекцією функціонального стану організму [4, 5].

Реалізація концепції МГС, з метою подолання факторів ризику та додержання правил детермінант здоров'я, виконується за наступними принципами:

- 1) Здоров'я центрим – пріоритет здоров'я над усіма іншими складниками існування особистості (освітнянськими, екологічними, економічними, правовими тощо). Усі ці чинники є окремими здоров'я утворюючими складовими;
- 2) Діалектика перехідних процесів – життєдіяльність людини будується на об'єктивних закономірностях, притаманних перехідним процесам, які поєднують певну послідовність граничних станів на шляху до досягнення стійкого стану організму;
- 3) Методична послідовність – порядок дій під час практичної реалізації принципів МГС, спрямованих на збереження, наприклад, психічного здоров'я учнівської молоді, передбачає гігієнічну донозологічну психодіагностику, корекцію функціонального і психічного стану організму та оцінку ефективності цих дій;
- 4) Доказовість – реалізація програми МГС в охороні здоров'я передбачає введення до її методичного арсеналу стандартизованих методів вимірювання показників психічного та функціонального станів і об'єктивних критеріїв їх оцінки;
- 5) Зміна парадигми охорони здоров'я – впровадження удосконаленої методологічної концепції профілактичної медицини.

Етапи реалізації принципів МГС: I етап – визначення рівня здоров'я досліджуваного контингенту з акцентуванням уваги на поширеності окремих захворювань, вірогідно пов'язаних із ураженням систем та органів, які належать до «мішеней» несприятливого впливу шкідливих чинників довкілля, або спадковостію.

II етап – визначення чинників довкілля, які належать до чинників ризику, стосовно погіршення здоров'я досліджуваного контингенту за рахунок загального та спрямованого хвороботворного впливу на організм та окремі системи й органи.

III етап – визначення показників функціонального стану організму, які належать до критеріїв донозологічного стану, на підставі виміру рівня реалізації та сталості психофізіологічних і фізіологічних функцій, параклінічних показників гомеостазу.

IV етап – визначення психодіагностичних показників, які належать до ознак станів та періодів підвищеного ризику порушень психічного здоров'я.

V етап – розроблення на підставі даних гігієнічної донозологічної діагностики та впровадження профілактичних заходів, спрямованих на запобігання захворюванням, що передбачають індивідуальні та групові заходи психогігієнічного, адаптогенного, саногенного та режимно-організаційного характеру.

VI етап – оцінка ефективності впроваджених заходів на підставі аналізу динаміки стану здоров'я та функціонального стану досліджуваних за критеріями донозологічної діагностики (принцип зворотного зв'язку).

На сьогодні актуальним напрямком реалізації концепції Медицини граничних станів є охорона здоров'я військовослужбовців ЗСУ, включаючи гігієну праці особового складу ЗСУ, визначення та подолання факторів ризику погіршення стану здоров'я військовослужбовців ЗСУ, медичний контроль за умовами їхньої праці, охорона праці медиків ЗСУ.

Висновки:

1. Детермінанти здоров'я – це комплекс індивідуальних, соціальних, економічних та екологічних факторів, що визначають стан і рівень здоров'я окремих людей, груп населення та нації загалом.
2. Науково-практична концепція Медицини граничних станів – оптимальна складова реалізації всесвітньої парадигми охорони здоров'я на основі впровадження принципів детермінації здоров'я.
3. Сучасна парадигма охорони здоров'я, безпосередньо включаючи галузь громадського здоров'я, реалізує парадигми профілактичної медицини на основі реалізації відповідних принципів Медицини граничних станів.

Література:

1. CAPTURING THE LIFECOURSE The contribution of a Panel Study of Lifecourse Dynamics (PSLD) to public policy analysis in Canada [Електронний ресурс] / P. Bernard. – Режим доступу: http://www.ciqss.umontreal.ca/longit/session7_paper3.html
2. da Silva AW, Huckins JF, Wang R, Wang W, Wagner DD, Campbell AT. of Penalized Generalized Estimating Equations to Mobile Sensing Data. JMIR MhealthUhealth 2019 Mar 19; 7 (3): e12084.
3. Шушпанов Д.Г. Детермінанти здоров'я населення: суть та особливості систематизації. ISSN 2072-9480. Демографія та соціальна економіка, 2015, № 2 (24).
4. Лісовий В.М., Капустник В.А., Коробчанський В.О. Медицина граничних станів: теорія і практика донозологічної діагностики // Науковий журнал МОЗ України, – 2013. – № 2 (3). – С. 49–60.
5. V.O. Korobchanskiy, V.V. Sarkis-Ivanova, O.S. Bohachova, Y.O. Oliinyk, S.V. Bielecka. Implementation of the principles of the scientific concept “Medicine of borderline”, regarding donosological diagnosis and overcoming the risks of helth deterioration sn student youth // Medicniperspektivi. 2022; Vol. 27, No 4, P. 207–213.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ БОРЬБИ З РАКОМ В УКРАЇНІ, У Т. Ч. З РАКОМ ШКІРИ

Калашнікова Н.М., Грузєва Т.С.

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

Профілактика та боротьба з раком мають вирішальне значення для зменшення тягаря хвороб і досягнення амбітних цілей щодо забезпечення здоров'я та благополуччя для кожної людини. Це обумовлено тим, що злякисні новоутворення призводять до значних страждань населення, суттєвих медико-соціальних втрат та економічних збитків. Згідно з прогнозами, до 2030 р. кількість випадків нових захворювань на рак зростає до 21,6 млн в рік. Попередження, своєчасне виявлення та якісне лікування цих хвороб є важливою складовою стратегій і програм боротьби з неінфекційними захворюваннями.

Весвітня організація охорони здоров'я відносить питання профілактики і боротьби з раком до рангу пріоритетних. Про це свідчить Глобальний план дій в галузі профілактики неінфекційних захворювань і боротьби з ними на 2013–2020 рр., Комплекс проміжних завдань ВООЗ до 2023 р. з профілактики неінфекційних захворювань і боротьби з ними, Резолюція ВАОЗ «Профілактика раку і боротьба з ним в контексті комплексного підходу», Глобальна ініціатива з розвитку ракових реєстрів, Глобальна стратегія щодо прискорення елімінації раку шийки матки, Глобальна ініціатива ВООЗ по боротьбі з раком молочної залози, Глобальна ініціатива щодо боротьби проти дитячого раку з використанням методики CureAll, План дій щодо профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями в Європейському регіоні ВООЗ на 2016-2025 рр. тощо.

Резолюція ВАОЗ «Профілактика раку і боротьба з ним в контексті комплексного підходу» вказує на дії, які рекомендується прийняти державам-членам на рівні країн. Вони стосуються розробки та прийняття національного плану боротьби з раком з приділенням належної уваги забезпеченню справедливості і доступності; скорочення чинників ризику онкологічних захворювань за допомогою відповідних заходів політики та програм; розширення доступу до своєчасної діагностики та лікування; оптимізація використання існуючих кадрових ресурсів та прогнозування майбутніх потреб у галузі профілактики онкологічних захворювань та боротьби з ними; підвищення якості даних для прийняття обґрунтованих рішень щодо питань політики, включаючи розробку та ведення реєстрів онкологічних хворих на загальнопопуляційному рівні; здійснення нагляду за факторами ризику та заходами боротьби з ними; зміцнення систем реєстрації активів цивільного стану та природного руху населення; створення інформаційних систем охорони здоров'я, що дозволяють проводити оцінку як технічних, так і практичних аспекти діяльності на регулярній основі; оцінку діяльності медичних закладів для визначення рівня готовності та якості послуг; систему ретельного моніторингу та оцінки на національному та субнаціональному рівнях.

У Плані дій щодо профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями в Європейському регіоні ВООЗ на 2016–2025 рр. наголошується на пріоритетних сферах дій, а саме: стратегічному керівництві, епідагляді, моніторингу і оцінці та наукових дослідженнях, профілактиці та зміцненні здоров'я, системах охорони здоров'я. У документі наведено пріоритетні втручання популяційного та індивідуального рівнів, а також підтримуючі втручання.

В Україні боротьба з неінфекційними захворюваннями є пріоритетним напрямом діяльності системи охорони здоров'я. Це відображено у стратегічних і програмних документах державного рівня, які розроблено відповідно до засад державної політики в охороні здоров'я та національного контексту з урахуванням рекомендацій міжнародних та регіональних організацій в охороні здоров'я.

Профілактичну спрямованість охорони здоров'я закріплено в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», стаття 4 якого закріплює попереджувально-профілактичний характер та орієнтацію на сучасні стандарти здоров'я, медичної та реабілітаційної допомоги як основні принципи охорони здоров'я; розділ IV регламентує забезпечення здорових і безпечних умов життя, а розділ V – забезпечення надання медичної допомоги.

Низка підзаконних актів забезпечують реалізацію положень законодавства щодо охорони здоров'я, у т.ч. щодо боротьби з раком. Постановою Верховної Ради України схвалено Рекомендації парламентських слухань на тему «Організація протиракової боротьби в Україні. Проблеми та шляхи її вирішення» (2020 р.). У документі окреслено основні проблемні питання організації протиракової боротьби в країні та шляхи їх вирішення. Наголошено на необхідності прийняття національної стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 р., загальнодержавної цільової програми боротьби з онкологічними захворюваннями з відповідним ресурсним забезпеченням; організації дієвої міжгалузевої взаємодії у питаннях організації первинної та вторинної профілактики, лікування і реабілітації онкохворих; впровадження на первинному рівні онкоскринінгу, запровадження диспансеризації; забезпечення гарантованого рівня медичної допомоги онкологічним пацієнтам; перегляду та вдосконалення галузевих стандартів профілактики, діагностики та лікування онкологічних захворювань; запровадження обов'язкового онкоскринінгу населення; підвищення якості підготовки фахівців охорони здоров'я, удосконалення навчальних програм; розробки комунікаційної стратегії щодо профілактики онкологічних захворювань; продовження наукового супроводу розвитку онкології; затвердження місцевих програм з надання онкологічної допомоги населенню; врахування при формуванні номенклатури державних закупівель 100% заявленої регіонами потреби щодо забезпечення діагностики та лікування онкологічних захворювань; утворення регіональних центрів реабілітації онкологічних пацієнтів; модернізації Національного канцер-реєстру; постійного здійснення інформаційних медійних кампаній та інформаційно-роз'яснювальної роботи серед населення тощо.

Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 26.07.2018 р. №530-р затверджено Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку. Ним передбачено проведення інформаційно-освітньої діяльності з метою підвищення поінформованості та обізнаності з питань профілактики онкологічних захворювань, промоції здорового способу життя; удосконалення законодавства з питань охорони здоров'я та охорони довкілля; здійснення профілактики несприятливого впливу чинників навколишнього природного середовища; зменшення впливу чинників ризику онкологічної патології на здоров'я; удосконалення організації надання медичної допомоги населенню, у т.ч. профілактики, раннього виявлення та лікування онкологічних захворювань.

Галузевими наказами регулюються питання надання послуг охорони здоров'я пацієнтам зі злочасними новоутвореннями, оцінки якості цих послуг. Наказом МОЗ України від 17.09.2007 року № 554 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «онкологія» затверджено низку

протоколів, у т. ч. протоколів надання медичної допомоги пацієнтам, хворим на базальноклітинний рак шкіри, меланому шкіри, плоскоклітинний рак шкіри.

Порядком надання первинної медичної допомоги, затвердженим наказом МОЗ України від 19.03.2018 р. №504, визначено перелік медичних послуг з надання первинної медичної допомоги, який включає динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів відповідно до галузевих стандартів; направлення відповідно до медичних показань пацієнтів для надання їм вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; проведення профілактичних втручань, надання консультативної допомоги тощо.

Передбачено здійснення оцінки якості наданих пацієнтам медичних послуг відповідно до затверджених індикаторів якості (наказ МОЗ України від 02.11.2011 р. №743), порядку контролю якості медичної допомоги (наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752), моніторингу клінічних індикаторів якості медичної допомоги (наказ МОЗ України від 11.09.2013 р. № 795), організації клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування (наказ МОЗ України від 05.02.2016 р. № 69).

З огляду на вартість медичних препаратів для лікування злоякісних новоутворень в країні запроваджено державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення, закріплені на законодавчому рівні.

Важливою складовою боротьби з раком є моніторинг захворюваності та якості лікування. В Україні з 1996 р. функціонує Національний канцер-реєстру України відповідно до наказу МОЗ України від 22.01.1996 р. № 10, що забезпечує автоматизовану технологію онкологічного обліку, умови для формування єдиного інформаційного середовища в онкології.

Згідно з Законом України «Про систему громадського здоров'я» головна експертна установа у сфері громадського здоров'я здійснює забезпечення створення та функціонування системи моніторингу та оцінки у сфері громадського здоров'я, формує інформаційний фонд громадського здоров'я. Ці заходи є надзвичайно важливими для оцінок здоров'я, у т. ч. щодо поширеності раку, виявлення причинно-наслідкових зв'язків між станом здоров'я населення та впливом на нього факторів середовища життєдіяльності, розроблення науково обґрунтованих рекомендацій для прийняття своєчасних та ефективних управлінських рішень у сфері громадського здоров'я, у т. ч. щодо боротьби з раком.

Профілактика та боротьба з раком шкіри здійснюється відповідно до положень нормативно-правових документів, які регулюють попередження та боротьбу зі злоякісними новоутвореннями в цілому. Особливості медичної допомоги при захворюваннях на рак шкіри визначаються окремими нормативними документами. Наказом МОЗ України від 28.03.2016 р. № 246 затверджено уніфікований протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги при базальноклітинному раку шкіри. Спеціалістами розроблено уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги при злоякісній меланомі шкіри, який ґрунтується на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій.

Реалізація положень нормативно-правової бази щодо боротьби зі злоякісними новоутвореннями та її розвиток з урахуванням досягнень науки і кращого міжнародного досвіду забезпечать результативність та ефективність роботи з попередження захворювань населення на рак, якісного лікування патології та підвищення якості життя людей.

ВПЛИВ ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТІВ НА СТАН ЗДОРОВ'Я ЖІНОК: ГЛИБОКЕ ЗАНУРЕННЯ У ТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД ТА СОЦІАЛЬНІ ПОТРАПАННЯ

*Подольський В.В.¹, Подольський В.В.¹,
Медведовська Н.В.², Стовбан І.В.³, Знак В.М.¹*

¹ДУ «ІПАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

²Національна академія медичних наук України, м. Київ

*³Івано-Франківський національний медичний університет,
м. Івано-Франківськ*

Збройні конфлікти, що є повсюдною і прикрою реальністю нашого світу, мають глибокий і далекосяжний вплив на суспільство, особливо на найбільш вразливу групу жінок фертильного віку. Ця група непропорційно сильно страждає від травматичного досвіду, пов'язаного з війною, включаючи прямий вплив насильства, руйнування сімейних структур і соціальну дезінтеграцію. Тому, важливим є приділити увагу багатогранному впливу збройних конфліктів на жінок, з особливим акцентом на переміщення і, як наслідок, зупинення в таборах для біженців. У ньому також підкреслюється тенденція до ескалації затяжних комплексних конфліктів у міських умовах, які посилюють вразливість цивільного населення до травматичного досвіду [1]. Збройні конфлікти – страшний, але періодично повторюваний аспект людської історії – мають глибокий психологічний вплив на тих, хто в них потрапляє. Зокрема, жінки піддаються підвищеному ризику розвитку тривожних розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), та депресії під час і після конфліктів. Однак кількісна оцінка впливу бойових дій на психічне здоров'я є складним завданням через варіабельність поширеності та факторів ризику в різних конфліктах, а також через методологічні проблеми, пов'язані з вимірюванням психічного здоров'я [2, 3]. Представлені дослідження психологічних наслідків збройних конфліктів, підкреслюється підвищена поширеність тривожних розладів і депресії серед постраждалого від конфлікту населення, а також непропорційний вплив на жінок, часто пов'язаний з гендерно зумовленим насильством [4].

Прямий вплив насильства

Жінки в зонах конфлікту часто безпосередньо піддаються насильству, яке може набувати різних форм, таких як фізичний напад, сексуальне насильство, а також бути свідками вбивства або поранення близьких людей [5]. Таке насильство є не просто одноразовою подією, а постійною, повсюдною загрозою, яка значною мірою сприяє розвитку розладів психічного здоров'я, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривога і депресія. Психологічна травма, спричинена таким досвідом, може мати довготривалі наслідки, погіршуючи здатність цих людей вести нормальне життя навіть через тривалий час після завершення конфлікту [6].

Порушення сімейної структури

Збройні конфлікти часто призводять до руйнування сімейних структур, що може мати глибокий вплив на жінок і членів їх родини [7]. Втрата членів сім'ї через смерть або розлуку може призвести до відчуття незахищеності та нестабільності. Жінки можуть бути змушені виконувати роль єдиного годувальника і захисника своїх дітей, що може бути особливо складною ситуацією в умовах конфлікту, при цьому для дітей втрата батьків, або одного з них, і відсутність стабільного сімейного оточення може перешкоджати їхньому емоційному та когнітивному розвитку, що

призводить до довгострокових психологічних і соціальних проблем і опосередковано впливає на психоемоційний стан жінки-матері [8].

Соціальна дезінтеграція

Збройні конфлікти часто розривають соціальну структуру громад на частини. Руйнування будинків, шкіл та медичних закладів, разом із руйнуванням соціальних норм і цінностей, може призвести до стану соціальної дезінтеграції [9]. Ця дезінтеграція може ще більше посилити травматичний досвід жінок, оскільки системи підтримки, на які вони покладаються для виживання і психологічного благополуччя, руйнуються. Втрата дітьми в таких умовах освітніх можливостей викликає особливе занепокоєння жінки-матері, оскільки це впливає не лише на їхній поточний добробут, але й на перспективи на майбутнє і також опосередковано впливає на стан здоров'я жінок [10].

Табори для переміщених осіб та біженців

Багато людей, які постраждали від збройних конфліктів, змушені покидати свої домівки, що призводить до переміщення і часто тривалого ув'язнення в таборах для біженців. Ці табори, хоча й надають тимчасовий притулок, зазвичай характеризуються переповненістю, неадекватними базовими послугами та відсутністю безпеки [11]. Жінки в таких умовах піддаються підвищеному ризику експлуатації, насильства та хвороб. Невизначеність і нестабільність, пов'язані з переміщенням, можуть ще більше посилити травматичний досвід цих людей, що призводить до підвищеного ризику виникнення проблем із психічним здоров'ям [12].

Затяжні складні конфлікти в міських поселеннях

Тенденція до затяжних комплексних конфліктів у містах становить значну загрозу для цивільного населення, особливо для жінок. Бойові дії в містах часто призводять до більшої кількості жертв серед цивільного населення через безпосередню близькість комбатантів і цивільних осіб, а також використання важкого озброєння в густонаселених районах. Руйнування міської інфраструктури може призвести до відсутності доступу до основних послуг, таких як охорона здоров'я, освіта та санітарія, що ще більше посилює травматичний досвід цивільного населення. Ця тенденція підкреслює нагальну потребу в заходах із захисту цивільного населення в зонах конфлікту та пом'якшення впливу збройних конфліктів на жінок [13].

Зростання поширеності тривожних розладів та депресії

Вплив збройних конфліктів тісно пов'язаний з підвищеною поширеністю тривожних розладів і депресії. Травматичний досвід, пов'язаний з війною, наприклад, свідчення насильства, втрата близьких і вимушене переселення, може спричинити серйозний психологічний дистрес. Цей дистрес часто проявляється у вигляді тривожних розладів, у тому числі ПТСР, і депресії, як під час, так і після конфлікту. Ці розлади психічного здоров'я можуть мати виснажливі наслідки, погіршуючи працездатність людей і знижуючи якість їхнього життя [14].

Складнощі у кількісній оцінці наслідків впливу воєнних дій

Кількісна оцінка впливу бойових дій на психічне здоров'я є складним завданням. Поширеність і фактори ризику психічних розладів можуть значно відрізнятися в різних конфліктах через відмінності в характері, тривалості та інтенсивності конфліктів, а також через культурні, соціальні та індивідуальні чинники. Крім того, методологічні питання, пов'язані з вимірюванням психічного здоров'я населення, створюють значні проблеми. Серед них – відсутність стандартизованих діагностичних критеріїв, труднощі з отриманням репрезентативних вибірок в умовах конфлікту, а також потенційна похибка пригадування

в ретроспективних дослідженнях. Незважаючи на ці виклики, дуже важливо кількісно оцінити ці ефекти, щоб обґрунтувати інтервенції та політику, спрямовані на пом'якшення психологічних наслідків збройних конфліктів [15].

Зростання поширеності серед постраждалого від конфлікту населення

Незважаючи на вищезазначені складнощі, за оцінками, середній рівень поширеності тривожних розладів і великої депресії серед постраждалого від конфлікту населення в два-чотири рази перевищує загальносвітові оцінки поширеності цих розладів. Така висока поширеність підкреслює глибокі психологічні наслідки збройних конфліктів і нагальну потребу в послугах з охорони психічного здоров'я для постраждалого від конфлікту населення [16].

Більший вплив на жінок

Кілька досліджень повідомляють про більший вплив конфліктів на жінок, ніж на чоловіків [2, 3]. Ця нерівність часто пов'язана з гендерно зумовленим насильством, яке є поширеним в умовах конфлікту. Жінки, які зазнають впливу збройних конфліктів, піддаються високому ризику сексуального насильства, що може призвести до серйозних психологічних травм. Ця травма в поєднанні з соціальною стигматизацією, яка часто асоціюється з сексуальним насильством, може сприяти розвитку тривожних розладів і депресії. Крім того, жінки в умовах конфлікту часто несуть тягар догляду за своїми сім'ями в умовах хаосу, що може ще більше посилити їхній психологічний дистрес [17].

Висновок

Вплив збройних конфліктів на стан здоров'я жінок є глибоким і багатограним – від безпосереднього впливу насильства до соціальної дезінтеграції та переміщення. Тенденція до затяжних комплексних конфліктів у міських умовах ще більше посилює вразливість цієї групи населення до травматичного досвіду. Вирішення таких проблем вимагає комплексного підходу, що включає запобігання конфліктам, захист цивільного населення, надання психосоціальної підтримки та постконфліктну реконструкцію психічного здоров'я і реабілітацію жінок. Орієнтуючись у складнощах нашого глобального ландшафту, вкрай важливо, щоб ми надавали пріоритет добробуту і правам тих, хто найбільше страждає від збройних конфліктів, і жінок зокрема.

Психологічний вплив збройних конфліктів, особливо на жінок, є глибоким і далекосяжним. Зростання поширеності тривожних розладів і депресії серед цієї групи населення підкреслює необхідність надання комплексних послуг з охорони психічного здоров'я в умовах конфлікту. Незважаючи на складність кількісної оцінки впливу наслідків війни на стан здоров'я жінок, вкрай важливим є продовження досліджень в цьому напрямку для розробки інтервенцій і політик. Крім того, непропорційний вплив на жінок підкреслює необхідність гендерно-чутливих підходів у вирішенні конфліктів і постконфліктному відновленні. Оскільки, відоме наше прагнення до більш мирного світу, важливо подолати психологічні шрами, залишені збройними конфліктами, і працювати над зціленням і відновленням здоров'я жінок в нашій країні.

Література:

1. Bendavid E, Boerma T, Akseer N, Langer A, Malembaka EB, Okiro EA, Wise PH, Heft-Neal S, Black RE, Bhutta ZA; BRANCH Consortium Steering Committee. The effects of armed conflict on the health of women and children. *Lancet*. 2021 Feb 6; 397 (10273): 522–532. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00131-8. Epub 2021 Jan 24.

2. Подольський Вл.В., Подольський В.В. Психосоматичні проблеми відносин лікаря акушера-гінеколога з пацієнтками в сучасних умовах //Репродуктивна ендокринологія - № 4(48). – 2019. – С. 64–66.

3. Подольський Вл.В., Подольський В.В. Стресорне навантаження на організм жінок фертильного віку, що перенесли артифіційний аборт // Слово о здоров'є. – № 1. – 2019. – С. 28–33.

4. Egli-Gany D, Aftab W, Hawkes S, Abu-Raddad L, Buse K, Rabbani F, Low N, Onarheim K. The social and structural determinants of sexual and reproductive health and rights in migrants and refugees: a systematic review of reviews. *East Mediterr Health J.* 2021 Dec 28; 27 (12): 1203–1213. doi: 10.26719/emhj.20.101.

5. Larrea-Schiavon S, Vázquez-Quesada LM, Bartlett LR, Lam-Cervantes N, Stripad P, Vieitez I, Coutiño-Escamilla L. Interventions to Improve the Reproductive Health of Undocumented Female Migrants and Refugees in Protracted Situations: A Systematic Review. *Glob Health Sci Pract.* 2022 Dec 21; 10 (6): e2100418. doi: 10.9745/GHSP-D-21-00418.

6. Amiri M, El-Mowafi IM, Chahien T, Yousef H, Kobeissi LH. An overview of the sexual and reproductive health status and service delivery among Syrian refugees in Jordan, nine years since the crisis: a systematic literature review. *Reprod Health.* 2020 Oct 28; 17 (1): 166. doi: 10.1186/s12978-020-01005-7.

7. Pierce H. Reproductive health care utilization among refugees in Jordan: Provisional support and domestic violence. *Womens Health (Lond).* 2019 Jan–Dec; 15: 1745506519861224. doi: 10.1177/1745506519861224.

8. Ivanova O, Rai M, Kemigisha E. A Systematic Review of Sexual and Reproductive Health Knowledge, Experiences and Access to Services among Refugee, Migrant and Displaced Girls and Young Women in Africa. *Int J Environ Res Public Health.* 2018 Jul 26; 15 (8): 1583. doi: 10.3390/ijerph15081583.

9. Nowshin N, Kapiriri L, Davison CM, Harms S, Kwagala B, Mutabazi MG, Niec A. Sexual and reproductive health and rights of «last mile» adolescents: a scoping review. *Sex Reprod Health Matters.* 2022 Dec; 30 (1): 2077283. doi: 10.1080/26410397.2022.2077283.

10. Finnerty F, Shahmanesh M. Sexual and reproductive health in the European refugee crisis. *Sex Transm Infect.* 2016 Nov; 92 (7): 485–486. doi: 10.1136/sextrans-2016-052538.

11. Ahmed R, Aktar B, Farnaz N, Ray P, Awal A, Hassan R, Shafique SB, Hasan MT, Quayyum Z, Jafarovna MB, Kobeissi LH, El Tahir K, Chawla BS, Rashid SF. Challenges and strategies in conducting sexual and reproductive health research among Rohingya refugees in Cox's Bazar, Bangladesh. *Confl Health.* 2020 Dec 1; 14 (1): 83. doi: 10.1186/s13031-020-00329-2. Erratum in: *Confl Health.* 2020 Dec 30; 14 (1): 88.

12. Подольський В.В., Подольський Вл.В. Профілактика та лікування змін репродуктивного здоров'я та перинатальних порушень //Інформаційний лист – 2020, №201-2020 – 4 с.

13. Benner MT, Townsend J, Kaloi W, Htwe K, Naranichakul N, Hunnangkul S, Carrara VI, Sondorp E. Reproductive health and quality of life of young Burmese refugees in Thailand. *Confl Health.* 2010 Mar 25; 4: 5. doi: 10.1186/1752-1505-4-5.

14. Onyango MA, Heidari S. Care with dignity in humanitarian crises: ensuring sexual and reproductive health and rights of displaced populations. *Reprod Health Matters.* 2017 Nov; 25 (51): 1–6. doi: 10.1080/09688080.2017.1411093.

15. Lee C, Aules Y, Sami S, Lar PK, Schlect J, Robinson C. Sexual and reproductive health needs and risks of very young adolescent refugees and migrants from Myanmar living in Thailand. *Confl Health*. 2017 Nov 14; 11 (Suppl 1): 30. doi: 10.1186/s13031-017-0130-0.

16. Çöl M, Bilgili Aykut N, Usturalı Mut AN, Koçak C, Uzun SU, Akın A, Say L, Kobeissi L. Sexual and reproductive health of Syrian refugee women in Turkey: a scoping review within the framework of the MISP objectives. *Reprod Health*. 2020 Jun 22; 17 (1): 99. doi: 10.1186/s12978-020-00948-1.

17. Austin J, Guy S, Lee-Jones L, McGinn T, Schlecht J. Reproductive health: a right for refugees and internally displaced persons. *Reprod Health Matters*. 2008 May; 16 (31): 10–21. doi: 10.1016/S0968-8080(08)31351-2.

СИРІТСТВО ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА СУЧАСНОЇ УКРАЇНИ

Литвинова Л.О., Артемчук Л.І., Орличенко К.В.

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

Діти є надзвичайною цінністю, їх благополуччя та розвиток повинні бути в центрі уваги суспільства та держави. Збереження їх здоров'я, забезпечення прав і можливостей є важливою метою для будь-якого прогресивного суспільства. Усвідомлення важливості майбутнього 7,5 млн. українських дітей особливо посилюється під час війни. Діти, які перебувають в Україні, постійно наражаються на небезпеку внаслідок ворожих масованих обстрілів. Щонайменше 503 дитини загинули та понад 1115 отримали поранення різного ступеня тяжкості (станом на 20.08.23 р.). 70 % українських дітей були вимушені покинути рідні домівки або втратили їх, перемістилися в межах країни або виїхали за кордон. Майже 20 тис. дітей були депортовані на ворожу територію. Війна розлучила дітей з батьками, які стали на захист батьківщини, або в умовах воєнного стану не змогли виїхати з дітьми за межі країни. Справжньою трагедією для дитини є втрата батьків.

Сирітство - одна із важливих медико-соціальних проблем, яка виникає, коли діти втрачають одного або обох батьків внаслідок їх смерті чи загибелі і стають сиротами. Також діти за формальної наявності батьків, можуть залишитися без їх піклування у зв'язку з позбавленням їх батьківських прав чи за інших обставин (позбавлення волі та перебування батьків під вартою, визнання батьків безвісно відсутніми або недієздатними, тривала хвороба батьків, відмова виконувати батьківські обов'язки). Ця проблема має значний вплив на фізичне та психічне здоров'я дітей, їх соціальний розвиток.

Незважаючи на те, що в Україні існує налагоджена система медико-соціальної допомоги дітям-сиротам різного віку, проблема сирітства набуває ще більшої актуальності у зв'язку із повномасштабною війною.

За даними Міністерства соціальної політики України в державі налічується до 70 тис. дітей, які позбавлені батьківського піклування, дітей-сиріт та дітей, які вилучені від батьків. Переважна їх більшість перебуває під опікою родичів, 23 % – у прийомних родинах чи в дитячих будинках сімейного типу, 5,5 тис. цих дітей живуть в інтернатах, що підпорядковані Мінсоцполітики.

Будинок дитини є медичним закладом медико-соціального захисту дітей-сиріт, підпорядкований МОЗ, де діти можуть знаходитись під цілодобовим наглядом персоналу віком від народження до чотирьох років (загального типу – для здорових дітей-сиріт, спеціалізований – для дітей-сиріт з вадами фізичного та розумового розвитку). Саме туди потрапляють, наприклад, діти, від яких відмовились батьки в акушерських стаціонарах. Необхідно зазначити, що починаючи з 2004 року, коли кількість дітей-відмовників на 1000 народжених живими сягала 3,73 (всього 1549 дітей), цей показник невинно зменшувався і у 2014 році вже становив 0,88, але до 2021 року зріс до 1,29. Такі дані свідчать, що проблема лишається актуальною. Незважаючи на жахи війни, цей показник вже у 2022 р. становив 1,13 на 1000 народжених живими, що безумовно є позитивною ознакою стану суспільства.

Також цей показник має певні територіальні розбіжності і коливався в межах від 2,52 в Одеській області до 0,17 у Львівській області.

За даними Центру медичної статистики кількість будинків дитини з 2014 року скоротилася до 36, відповідно скоротилася і кількість місць для вихованців на 28,6 %, при цьому 68,9 % місць знаходиться у спеціалізованих будинках дитини (у 2014 р. їх було 90 %). Збільшення кількості місць у будинках загального типу є сумною ознакою, оскільки це означає, що є потреба в розташуванні в таких закладах дітей без тяжких розладів, але самотніх і безпорадних.

Якщо у 2014 р. дитячі будинки були заповнені на 58,8 %, то у 2022 р. цей показник становив відповідно 76,1 % (за рахунок зменшення кількості будинків) при збереженні наповненості кожного будинку в середньому 58 дітьми. Зменшилась питома вага дітей віком 0–12 місяців до 14,9 %, проте збільшилась частка дітей віком 3 роки і старших. Згідно інформації ЮНІСЕФ [1], майже половина дітей перебуває в будинку дитини менше року, але 21 % дітей – більше 4-х років, хоча мали б бути переведені в дитячі будинки, інтернати.

У складі вихованців будинків дитини на теперішній час переважають сироти і діти, які залишилися без батьківського піклування – 60,6 % (у 2014 році – 49,1 %), тобто відповідно дещо зменшилась частка дітей, яких передали у заклади батьки.

Поширеність хвороб у вихованців будинків дитини зросла на 6 % і становить 285,8 на 100 дітей, отже на кожного припадає 2,8 діагнозів. Чверть вихованців визнана інвалідами. Смертність вихованців низька і зменшилась на 6,6 %.

Подальша доля вихованців будинків дитини є різною, але близько 25 % дітей стабільно повертається до батьків. Помітно збільшився відсоток дітей, яких взято під опіку (з 13,6 % до 19,1 %). На жаль, порівняно з минулим роком зменшилась питома вага дітей, що потрапляють у сімейні будинки дитини, які складніше утримувати під час війни (з 6,4 % до 3,8 %).

Помітною негативною тенденцією є зменшення кількості вихованців будинків дитини, взятих на усиновлення: якщо у 2014 р. таких було 38,9 %, то у 2022 лише 24,1 %, особливо іноземними громадянами (відповідно від 4,9 % до 2,0 %). За даними досліджень ЮНІСЕФ [1] на можливість бути усиновленими у понад 44 % дітей з числа сиріт та позбавлених батьківського піклування впливають фактори ризику: вік дитини 4 роки і старше; наявність братів та сестер; термін перебування в закладі більше 4-х років; інвалідність одного чи декількох дітей однієї сім'ї; потреба у паліативній допомозі.

З 2015 року в Україні створено банк даних про дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, і сім'ї потенційних усиновлювачів, опікунів, піклувальників, прийомних батьків, батьків-вихователів, завдяки якому громадяни мають можливість

отримати повну та достовірну інформацію про дітей, які можуть бути усиновлені або влаштовані в їхні сім'ї. Вже під час війни держава задля полегшення пошуку інформації та можливостей для усиновлення запустила чат-бот «Дитина не сама». За його допомогою сім'ї можуть отримати додаткову інформацію про можливість прихистити дитину, стати усиновлювачами або патронатними вихователями.

Уряд України ухвалив низку рішень для забезпечення захисту прав дітей під час війни: рекомендував військовим адміністраціям евакуювати дітей, які проживають в закладах на цілодобовій основі, подалі від тимчасово окупованої території; унормував можливість усиновлення українцями тих дітей, які були евакуйовані за кордон; законодавчо закріпив статус «дитина, яка постраждала внаслідок воєнних дій і збройних конфліктів».

Постановою Кабінету Міністрів України від 29 вересня 2023 р. № 1048 створено Державну службу у справах дітей, яка реалізовуватиме державну політику, зокрема у сфері розвитку сімейних форм виховання та усиновлення, надаватиме соціальну підтримку прийомним сім'ям, сім'ям патронатних вихователів, дитячим будинкам сімейного типу, усиновлювачам.

Безперечно, найкращою альтернативою закладам медико-соціального захисту є виховання дітей в родинях. Цікавим виявився зарубіжний досвід щодо вирішення проблем сирітства у повоєнні часи. У Франції після Першої світової війни налічувалося близько мільйона сиріт та напівсиріт. Для цих дітей було введено спеціальний статус – «підопічні нації» з низкою пільг стосовно освіти, працевлаштування, медичної допомоги. Однак найбільшою допомогою для сиріт стало усиновлення, здебільшого вдовами, які виконували важливу соціальну місію. У Польщі діти до 10 років взагалі не потрапляють у сиротинці (згідно з місцевим законодавством та вимогами Європейського Союзу). З часів Другої світової війни в країні немає сиріт (дітей, у яких померли батьки) у традиційному розумінні, але є багато так званих соціальних сиріт (дітей, які позбавлені батьківської опіки). Максимальна потужність інтернатних закладів становить 30 осіб, в них зараз перебуває лише 20 тис. дітей. За цей же час стало більше сімей, що беруть на виховання дітей. Нині 46 тис. дітей виховуються у опікунських родинях, кількість яких зросла [2].

Для осиротілих дітей потрібно створювати середовище, максимально схоже на сімейне. Вдалим прикладом, який ще до війни був імплементований в Україні, є австрійська модель дитячого містечка, що утворюється із будинків з прийомними родинями. Інтегровані в громаду діти повністю соціалізовані і не відмовляються в майбутньому від власних дітей.

Сутність так званого фостерного виховання полягає у педагогічному супроводі не тільки дітей, а також їх сімей. У Великобританії дітей-інвалідів влаштовують на виховання у фостерні сім'ї, при цьому перевага надається прийомним батькам, які знаються на специфіці захворювання потенційно прийомної дитини [3].

Таким чином, найбільш ефективним способом поступового подолання проблеми сирітства в Україні є розвиток та удосконалення сімейних форм виховання, адже сім'я є основним чинником соціалізації дитини.

Література:

1. Діти і війна в Україні. Стан та потреби дітей, які перебувають в будинках дитини. Аналітичний звіт № 3. / Представництво Дитячого фонду ООН. – ЮНІСЕФ Київ – 2022. – 55 с. Режим доступу: https://www.unicef.org/ukraine/media/33956/file/Children_and_war_UA.pdf

2. Бурлака О. Зарубіжний досвід соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, і можливості його використання в Україні. Трудове право. Право соціального забезпечення – 1/2020 С. 59–64. DOI <https://doi.org/10.32849/2663-5313/2020.1.11>

3. Бельо Л. Ю. Фостерне виховання дітей у США та Великій Британії. Право, 2021 р., № 2 (72) с. 17–21. DOI <https://doi.org/10.32840/1813-338X-2021.2.3>

ДЕТЕРМІНАНТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЗДОБУВАЧІВ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

Разумна А.Г.

*Приватний вищий навчальний заклад
«Харківський міжнародний медичний університет», м. Харків*

Психологічне здоров'я як феномен та окрема категорія окреслює суб'єктивно-особистісні та соціокультурні аспекти здоров'я людини, відокремлюючись від феномену та категорії психічного здоров'я, якому при цьому відводиться роль структурно-функціонального аспекту психічної організації людини. Характер переживання суб'єктивного благополуччя, пов'язаного із сенсом та якістю життя, соціальною адаптацією, особистісною самореалізацією тощо, є певним інтегральним показником психологічного здоров'я, а характеристики базових психічних функцій є індикатором власне психічного здоров'я [1].

Психологічне здоров'я як категорія все більше визнається в сучасній науці та практиці. Важливим підтвердженням цього стала певна зміна діагностичної парадигми особистісних, психічних, поведінкових та нейропсихічних розладів у МКХ 11 в бік певної «психологізації». Базовою основою для диференціації особистісних розладів стає психологічна концепція особистості «big five». В психологічній науці розгорнута дискусія щодо предметного поля категорії «психологічного здоров'я», що виявляється у акцентах на різних особистісних характеристиках як його атрибутах, серед яких пропонується «суб'єктивне благополуччя», «адекватне ставлення до світу та себе», «позитивна ментальність» з гедоністичними та евдемонічними складовими щастя», «духовність», «соціальна адаптивність», «саморозвиток та самоактуалізація» тощо [1, 5].

Ми визначаємо категорію «психологічного здоров'я» як характеристику психологічного рівня, основними ознаками якого є суб'єктивність, аксіологічна обумовленість ставлення до себе, інших та світу, здатність до рефлексії та самодетермінації, соціокультурний контекст життя та обумовлення ним способу соціалізації та адаптації.

Психологічний пошук в сучасній науці не оминув проблему детермінації психологічного здоров'я. Сучасні дослідження детермінації психічного здоров'я в межах певної соціальної організації дали можливість виділити його рівні: макрорівень (об'єктивний державний, національний та соціокультурний), що визначає характер діяльності соціальних інституцій та державної політики в сфері забезпечення психологічного здоров'я, мезорівень (власне соціальної організації або певного закладу), що окреслює політику забезпечення психогієни та умов підтримки психологічного здоров'я, мікрорівень (окремої особистості), який визначається індивідуальним розвитком відповідних характеристик як самого психологічного

здоров'я, так і певними особистісними властивостями та навичками (soft skills), що його обумовлюють [2, 5, 7].

Воєнне сьогоднішня сучасної України, що виборює своє суверенне право на існування незалежної державності та аутентичної нації в умовах жорстокої війни, як мегачинник тотально впливає на визначені рівні детермінацій психологічного здоров'я. На нашу думку, психологічна сутність впливу такого мегачинника полягає в тому, що він актуалізує і радикалізує екзистенціальну проблематику в життєдіяльності особистості, яка постає перед цілою низкою категоричних життєвих виборів.

Дослідження психологічного статусу та характеру «чутливості» здобувачів медичної освіти до різних детермінант психологічного здоров'я у Харківському міжнародному медичному університеті проведене у 2022–2023 навчальному році. В межах отриманих результатів ми з'ясували особливості мезо- та мікрорівнів. На рівні університету як закладу освіти психологічне здоров'я здобувачів обумовлене здатністю освітньої системи створити гнучкі умови з врахуванням життєвих та індивідуальних обставин для опанування фахом та набуття освіти, забезпеченням суб'єктності освітньо-професійної діяльності майбутнього фахівця, можливості отримати психологічну допомогу та психологічний супровід в межах діяльності психологічної служби університету. Особливість цього рівня забезпечення полягає у створенні таких умов освітнього процесу, що дозволили б забезпечити його стабільну якість. Відчуття повноцінності освітньої діяльності та можливість вирішити питання опанування найсучасніших конкурентних компетентностей створює суб'єктивне відчуття психологічного благополуччя на підставі особистісного зростання в сфері професійної готовності.

Психологічне дослідження здобувачів освіти, проведене протягом першого року війни, враховувало практичний спосіб вирішення ними базової екзистенційної проблеми – вибору способу та місця життєдіяльності (місце проживання, зайнятість, практичне ставлення до проблеми війни в країні тощо), ставлення до навчальної діяльності та її ефективність, ресурсність особистості, що виявляється у копінг-стратегії подолання кризи та стресу війни, стрессосійкості, наявності психоємційного вигорання тощо).

На особистісному рівні ми визначили три найбільш важливі аспекти життєдіяльності особистості здобувача у воєнний період: на рівні спрямованості особистості – з'ясування екзистенціальної домінанти, що обумовлюватиме сенс життя в кризових умовах воєнного часу; на рівні інструментально-діяльнісному – визначення базових соціально-діяльнісних функцій та завдань, що найбільш важливі для особистості в цей період та актуалізація найбільш продуктивних способів їх виконання; на рівні психосоматичному – визначення дієвих шляхів та способів для поновлення власної суб'єктивної та фізіологічної ресурсності [3–6].

Проблема психологічного здоров'я виникає у здобувача освіти в ситуації особистісної неспроможності прийняти відповідальне життєвизначальне рішення (що викликає проблеми екзистенціального характеру та розлади самовизначення), неспроможності зосередитись на визначенні оптимальних способів розв'язання життєвих та особистісних ситуацій (що викликає проблеми інструментально-діяльнісного характеру та розлади соціально-діялісної адаптації), невміння поновлювати власну ресурсність (що викликає проблему виснаженості та розлади психорегуляції на психосоматичному рівні) [5, 6].

Отже, забезпечення психологічного здоров'я здобувачів освіти є, на нашу думку, певним критерієм якості організації освітнього процесу закладу вищої медичної освіти. Сучасні обставини війни в Україні є мегачинником, що змінює всю архітектуру детермінації психологічного здоров'я здобувача освіти, актуалізуючи на мікрорівні – екзистенціальний аспект розвитку особистості, здатність до оптимізації сфер власної професійної та особистісної життєдіяльності, спроможність до поновлення власної ресурсності за рахунок індивідуальних копінгів, що додають стресостійкості та продуктивності; на мезорівні – вимагають більш гнучких та студентоцентризованих оптимальних способів забезпечення якості освітніх послуг, можливості отримувати психологічну підтримку та психологічний супровід їхньої освітньої діяльності в умовах воєнного стану.

Література:

1. Галецька І.І. Психологічне здоров'я як проблема національної безпеки. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. 2012. №2(1). С. 49–58.
2. Жигалкіна Н.В. Основні детермінанти психологічного здоров'я особистості. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*. Vol. 17. No 5. 2016. P. 144–149.
3. Касьянова О.М., Разумна А.Г. Актуалізація екзистенціального аспекту професійної ідентичності як чинник виховання особистості майбутніх лікарів в умовах воєнного стану в Україні. *Грааль науки. Міжнародний науковий журнал*. № 17. 2022. ГО «Європейська наукова платформа» (Вінниця, Україна) та ТОВ «International Centre Corporative Management» (Відень, Австрія). С. 301–307.
4. Лець К.В., Прилуцька А.Є. Потенціал екзистенціальної установки особистості в процесі самореалізації в кризових умовах: українські реалії. *Вісник Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна*. 2011. № 940, вип. 42.: режим доступу: <https://periodicals.karazin.ua/thcphs/issue/view/202>
5. Разумна А.Г., Гиря М.П. Особистісна зрілість майбутніх фахівців сфери охорони здоров'я як чинник копінг-стратегій подолання ними ненормативної особистісної кризи, викликані війною. *Психолого-педагогічні проблеми вищої і середньої освіти в умовах сучасних викликів: теорія і практика : збірник матеріалів VII Міжнародної науково-практичної конференції (березень 2023р.)*. Харків, ХНПУ. 2023. С. 929–932.
6. Терещенко К. В. Детермінанти забезпечення психологічного здоров'я персоналу організацій в умовах соціальної напруженості. *Актуальні проблеми психології*. Том І. Випуск 55. С. 59–65.
7. Флярковська О. В. Розвиток м'яких (soft skills) навичок як складова самореалізації педагога; спецкурс підвищення кваліфікації для слухачів (освітян) очно-дистанційної форми навчання Київ, 2022. – 20 с.

ВПЛИВ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ДІТЕЙ

Коробко М.Ю.

Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро

Стоматологічні захворювання у дорослих та дітей є одними з найпоширеніших патологій в світовому масштабі. Це потребує надання масової стоматологічної

допомоги дорослим та дітям. На рівні країни це призводить до серйозних медичних та економічних наслідків, що проявляють себе у вигляді суттєвого зниження якості життя населення. Наскільки стан стоматологічного здоров'я впливає на якість життя дітей та підлітків вивчали у великому місті України.

Громадське стоматологічне здоров'я є неподільним компонентом загальної якості життя людини, тому можна говорити про його функцію як індикатора загального здоров'я та добробуту. Загальновідомі фактори впливу на загальний стан здоров'я населення – спосіб життя, генетичні фактори, навколишнє середовище, надання медичної допомоги. Всі ці пункти дуже важливі і для громадського стоматологічного здоров'я [1].

Рівень стоматологічного здоров'я дитини закладається ще до його народження, продовжується формуватися у дитячому і підлітковому віці. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), вважає дитячі та підліткові групи цільовими для формування та виконання заходів з збереження громадського стоматологічного здоров'я дітей й підлітків. Для формування адекватних програм збереження та відновлення громадського стоматологічного здоров'я дітей й підлітків потрібно знати вихідний рівень стоматологічного здоров'я дітей та підлітків.

Мета: Оцінити вплив стан стоматологічного здоров'я на якість життя дітей та підлітків.

Матеріали та методи: За допомогою анкети OHRQoL (Oral health related quality of life – Якість життя, пов'язана зі здоров'ям порожнини рота) проведено анкетування батьків у м. Дніпро, Україна.

Результати: Було опитано 59 осіб, переважна кількість з яких 48 (81,4 %) жінок та 11 (18,6 %) чоловіків. Опитані були від 21 років до 54.

Соціальний статус опитаних найчастіше – 61 % характеризували як добрий.

У 47 (79,66 %) опитаних дорослих було по 1 дитині, у 10 (16,95 %) по 2, у 2 (3,38 %) по 3 дитини.

Вік дітей коливався в межах від 7 місяців до 18 років.

На основні питання анкети відповіді розподілилися наступним чином:

1. Перше питання торкалося дискомфорту у ротовій порожнині через стоматологічні проблеми – його діти дуже рідко відчували – 40,67 % опитаних, ніколи 25,4 % (разом 66,07 % – 2/3). Часто відчували тільки 8,5 %.

2. Друге питання торкалося труднощів при вживанні гарячих і холодних напоїв через стоматологічні проблеми – його ніколи не відчували 42,37 % опитаних, дуже рідко відчували – 35,59 % (разом 78 % – більше ¾), часто 11,86 %.

3. Третє питання було про відчуття дискомфорту при вживанні їжі через стоматологічні проблеми – його ніколи не було у 49,15 % опитаних. Дуже рідко – 23,73 % (разом 73 % – біля ¾ опитаних). Часто і дуже часто 11,86 %.

4. Четверте питання – про неможливість спати дитині через стоматологічні проблеми – її ніколи не було у 64,41 % опитаних. Часто та дуже часто її відчували – 6,77 %.

5. П'яте питання було про відчуття труднощів при вимовленні яких-небудь слів через стоматологічні проблеми у – його ніколи не було у 59,32 % опитаних, рідко або дуже рідко – 37,28 % (разом 96,6 % переважна більшість) часто – 3,39 %.

6. Дитина ніколи не засмучувалась чи ставала роздратованою через стоматологічні проблеми – у 54,23 % опитаних, часто та дуже часто – 10,16 %.

7. Ніколи у дитини не виникало проблеми зі здоров'ям невротичного, психологічного характеру, розвиток почуття страху перед візитом до стоматолога – у 47,46 %

опитаних. Рідко та дуже рідко у 37,28 % опитаних. Біля 85 % дітей не відчувають значного страху перед відвідуванням стоматолога. Часто та дуже часто у 15,24 % опитаних.

8. Ніколи діти не уникали спілкування з іншими дітьми через стоматологічні проблеми – у 72,88 % опитаних, часто у 3,39 % випадків.

9. Ніколи дитина не пропускала відвідування дитячого садочку, підготовчої школи або школи через стоматологічні проблеми у 66,1 % опитаних, часто – 1,69 %.

10. Ніколи Ви та члени Вашої родини не були засмучені через стоматологічні проблеми Вашої дитини 66,1 % опитаних, часто – 1,69 % опитаних.

11. Ніколи не Ви чи член Вашої родини не відчували себе винуватими через стоматологічні проблеми дитини – 59,32 % опитаних, часто та дуже часто 6,76 %?

12. Ніколи не Ви чи інші члени Вашої родини не брали вихідний через стоматологічні проблеми у дитини – 47,45 % опитаних, часто та дуже часто 10,16 %?

13. 13 питання було про стоматологічні проблеми або великі витрати коштів з бюджету родини на лікування дитини – така ситуація була рідко та дуже рідко у 47,45 % опитаних, ніколи у 39 % опитаних, часто та дуже часто 13,76 %.

Висновки: Дани анкетування свідчать що OHRQoL у дітей негативно пов'язаний із захворюваністю та тяжкими стадіями стоматологічної захворюваності, лише мала частина жалілася на проблеми з зубами у дітей, але коли діти звертали увагу дорослих на свої проблеми з зубами, вони потребували коштовного лікування. Це тенденція відповідає даними наведеним у науковій літературі [1–3].

Ця інформація ще раз свідчить про необхідність профілактичних стоматологічних заходів та уваги до громадського стоматологічного здоров'я дітей.

Література:

1. Sammia Anacleto de Albuquerque Pinheiro, Hermanda Barbosa Rodrigues, Jhonatan Thiago Lacerda Santos, Gélica Lima Granja, Adrian Lussi, Soraya Coelho Leal, Michele Baffi Diniz. Association of dental caries morbidity stages with oral health-related quality of life in children and adolescents. *Int J Paediatr Dent.* 2020 May; 30 (3): 293–302. doi: 10.1111/ipd.12605. Epub 2019 Dec 27. Affiliations expand PMID: 31834963 DOI: 10.1111/ipd.12605

2. Zaror C, Matamala-Santander A, Ferrer M, Rivera-Mendoza F, Espinoza-Espinoza G, Martínez-Zapata MJ. Impact of early childhood caries on oral health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Int J Dent Hyg.* 2022 Feb; 20 (1): 120–135. doi: 10.1111/idh.12494. Epub 2021 May 26. PMID: 33825317 Review.

3. Knorst JK, Tomazoni F, Sfreddo CS, Vettore MV, Hesse D, Ardenghi TM. Social capital and oral health in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2022 Dec; 50 (6): 461–468. doi: 10.1111/cdoe.12714. Epub 2021 Dec 24. PMID: 34951711 Review.

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ЛІКАРІВ-ІНФЕКЦІОНІСТІВ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ (НА ПРИКЛАДІ COVID-19)

Завгородня Л.В., Стукалкіна Д.С.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Вступ. Пандемія коронавірусної хвороби (COVID-19) спричинила суттєве перетворення умов роботи медичних працівників по всьому світу. Лікарі-інфекціоністи виявилися на передньому краї боротьби з поширенням вірусу та наданням

медичної допомоги хворим на COVID-19 [1]. Їхні професійні завдання стали надзвичайно важкими через стримування поширення вірусу та надання медичної допомоги пацієнтам, це поставило перед ними високі вимоги до контролю за інфекційними ризиками та проведення медичних процедур в умовах підвищеного ризику зараження. Ця постійна тривожність та стрес можуть призвести до серйозних психологічних наслідків [2].

Тому важливо проводити дослідження та розробляти програми психологічної підтримки для лікарів-інфекціоністів, які працюють в умовах пандемії. Такі заходи сприятимуть збереженню фізичного та психічного здоров'я медичних фахівців, які відіграють критичну роль у боротьбі з пандемією COVID-19.

Мета. Оцінити вплив робочого навантаження на психологічний стан лікарів-інфекціоністів під час пандемії COVID-19.

Матеріали та методи. Дослідження проведене за методологічної підтримки фахівців Інституту медицини праці (керівник проф. І. Беккельманн) медичного факультету Магдебурзького університету імені Отто фон Геріке, Німеччина. За допомогою анонімного анкетування було оцінено психологічний стан лікарів-інфекціоністів, які працюють в КНП ХОР Обласній клінічній інфекційній лікарні м. Харкова під час пандемії COVID-19.

Опитування включало окремі блоки питань для оцінки різних аспектів робочого навантаження та психологічного стану лікарів-інфекціоністів. Перший блок питань стосувався робочого навантаження та містив питання, на які респонденти мали вибрати одну з відповідей: «повністю не згоден», «не згоден», «згоден» та «повністю згоден». Другий блок питань вимірював моральний стрес, який лікарі-інфекціоністи відчували на роботі, за шкалою від 0 до 10, де 0 вказував на відсутність обтяження, а 10 – на дуже сильне обтяження. Третім блоком були «Думки про пандемію COVID-19», включаючи запропоновані думки та можливі відповіді, які вказували частоту цих думок, від «взагалі ні» до «часто».

Результати. Середній вік учасників опитування становив $44,73 \pm 2,16$ років, при цьому 56,2 % були жінками, а 43,8 % – чоловіками. Дивлячись на показники робочого навантаження можна стверджувати, що через високу напругу у 81,25 % опитуваних виникав великий брак часу та у 62,2 % збільшився обсяг роботи. Це може бути причиною того, що 68,75 % лікарів відчули на собі високий моральний стрес (≥ 5 з 10 по десятибальній шкалі), серед яких 18,75 % відчували його на рівні 10/10. Разом з тим 75 % (62,5 % згодні та 12,5 % дуже згодні) лікарів-інфекціоністів стверджували, що отримують достатньо визнання від свого керівника та 93,75 % вважають визнання доречним, але 81,25 % вбачають, що їхня заробітна плата недостатня у порівнянні з витратами та зусиллями, витраченими на виконану роботу. Так, 62,5 % лікарів не бачили великих шансів на зріст в їхній кар'єрі і ще 56,25 % відчували або очікували погіршення власного робочого становища. Щодо того, як праця в умовах пандемії впливала на думки лікарів, то можна спостерігати певні патерни. *“Навіть без наміру я мушу подумати про це”* – нав'язливість думок була частим явищем для 50 % опитаних поряд із тим, що *“інші речі постійно нагадували про це”*. Робоче навантаження під час пандемії призвело до суб'єктивного підвищення чутливості та обережності у половини лікарів. Проте 37,5 % працівників рідко відчували труднощі у зосередженні, і 25 % не мали жодних порушень концентрації.

Висновки. Отримані дані вказують на високий рівень робочого навантаження та стресу серед лікарів під час пандемії. Брак часу спричинив збільшення обсягу роботи та високий рівень морального стресу, пов'язаного з постійними думками про

пандемію. Однак, близько 75% лікарів-інфекціоністів отримували визнання від керівників, що сприяло їхньому психологічному комфорту. Багато лікарів залишались високопрофесійними та позитивно оцінювали свою роботу. Попри це важливо врахувати, що більшість лікарів відчували нестачу у фінансовій винагороді та не мали чіткої перспективи у своїй сфері.

Результати цього дослідження допоможуть розуміти психологічний стан медичних працівників під час кризових ситуацій, таких як пандемія. Це може сприяти коригуванню робочого навантаження та винагороди для забезпечення психологічного благополуччя медичного персоналу та розробці превентивних заходів.

Література:

1. Psychological distress among infectious disease physicians during the response to the COVID-19 outbreak in the Republic of Korea / S. Y. Park et al. *BMC Public Health*. 2020. Vol. 20, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09886-w>

2. Nicholson F. Infectious Diseases: The Role of the Healthcare Professional. *Clinical Forensic Medicine*. Cham, 2020. P. 343–392. URL: https://doi.org/10.1007/978-3-030-29462-5_10

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ГРИП ЗА РЕГІОНАМИ КРАЇНИ

Сімонян Л.С.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Грип – це гостре вірусне захворювання, яке вражає верхні і нижні дихальні шляхи, супроводжується вираженою інтоксикацією та може призводити до серйозних ускладнень і летальних наслідків – в основному у літніх людей і дітей.

Актуальність дослідження особливостей медичного забезпечення хворих на грип обумовлена специфікою цього захворювання. Грип характеризується високою поширеністю, тяжким перебігом, високим ризиком смертності і виникнення ускладнень. Періодичні спалахи нових штамів вірусів призводять до неминучих епідемій і пандемій [1].

За офіційними даними ВООЗ, грип є найпоширенішою інфекційною хворобою, яка легко передається від людини людині. Важливими соціально-економічними наслідками цього захворювання є глобальність поширення інфекції, мінливість і складність діагностики збудників, висока частота виникнення ускладнень і тимчасова непрацездатність хворого. За останні роки максимальної пандемії світ зазнав від штаму SARS-CoV-2.

В Україні протягом епідемічного сезону 2022/2023 зареєстровано 3,9 млн випадків захворювання на грип та ГРВІ, показник захворюваності становив 9582,5 на 100 тис. населення, що на 38,2 % менше показника минулого епідемічного сезону. Питома вага дітей віком до 17 років серед загальної кількості хворих становить 49,2 %.

Максимально високі показники захворюваності, на грип різної етіології, за регіонами країни відмічаються у Чернівецькій (42,9 %), Одеській (32 %), Запорізькій областях (28,6 %) та у Дніпрі (30,6 %). Найнижчі показники – у Кропивницькій (1,8 %) та Вінницькій області (4,6 %) [2].

Вищезазначене вказує на необхідність постійного контролю з боку держави за захворюваністю на грип, а також проведення фармакоеконімічної оцінки технологій

лікування, що, зі свого боку, дозволить проводити раціональну фінансову політику та сприятиме визначенню оптимальної тактики лікування хворих на грип.

Використання у лікуванні хворих на грип противірусних препаратів та, у разі виявлення ускладнень, антибактеріальних ліків потребує залучення чималих коштів, що за умов дефіциту фінансових ресурсів у вітчизняній моделі бюджетної медицини є вкрай проблематичним. Реформування вітчизняної системи охорони здоров'я та задекларованих намірів стосовно впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні, потребують ґрунтовних організаційно-економічних досліджень відносно застосування противірусних та антибактеріальних лікарських засобів у терапії грипу та його ускладнень з метою їх включення у страхові переліки.

Література:

1. Грип (клініка, діагностика, лікування та профілактика) : навч.–метод. рек. / В. П. Малий, І. С. Кратенко, О. К. Полукчича та ін. – Х., 2016. – 36 с.

2. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Захворюваність на грип та ГРВІ в Україні – Режим доступу : <https://phc.org.ua/control-zakhvoryuvan/inshifektsiyni-zakhvoryuvannya/zakhvoryuvanist-na-grip-ta-grvi-v-ukraini>

ЗАПРОВАДЖЕННЯ ТЕХНОЛОГІЙ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ У ВИЩІЙ ОСВІТІ КРИЗЬ ПРИЗМУ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ

Сущенко Е.В., Меркулова Т.В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Здоров'я студентів у закладах вищої освіти на сьогодні є соціально-значущим показником медико-демографічної характеристики населення, який суттєво впливає на ефективність навчальної, а у майбутньому, і професійної діяльності. Сучасна система освіти зазнає безперервної трансформації та змін, особливо з початку пандемії COVID-19 та повномасштабного вторгнення ворога на територію України. Одночасно з підготовкою висококваліфікованих спеціалістів, провідним завданням вищих навчальних закладів також залишається сприяння розвитку освітнього потенціалу студентів, забезпечення умов для подальшої успішної реалізації здобувача за обраним фахом, так і в цілому підтримка оптимального рівня психічного і фізичного здоров'я з перших днів навчання у ЗВО. Вважається, що здобування вищої освіти можна віднести до категорій специфічної розумової праці, яка потребує активного напруження інтелектуальних, емоційних та вольових функцій, характеризується високою інтенсивністю, академічною складністю, високим ступенем відповідальності [1].

Поняття «здоров'язбережувальні технології» – це сукупність педагогічних та дидактичних прийомів, форм, засобів та методів, спрямованих на побудову психологічно комфортного освітнього середовища, що сприяє формуванню здоров'язбережувальної компетентності особистості [2]. Інтенсифікація освітніх програм і загального навчального навантаження, запровадження технологій змішаного навчання, що обумовлено кризовими подіями в країні, зростання вимог до якості освіти тощо, підвищують в свою чергу й рівні нервово-психічного навантаження. Тому на тлі загальних негативних тенденцій погіршення стану здоров'я молоді підвищується значимість здоров'язбережувальної діяльності закладів освіти.

Вивчаючи адаптаційні можливості молоді, науковці виділяють умови, що сприяють соціальній адаптації і, як наслідок, збереженню ментального здоров'я,

а саме створення креативного і відкритого освітнього простору, яке стимулює залучення здобувачів до соціально-культурної, навчально-пізнавальної та наукової діяльності [3]. Напружений характер щоденного соціального ритму вмотивовує включати додаткові ресурси по відпрацюванню запобіжних функцій щодо зміцнення системних факторів. Під час кризових подій (пандемія Covid-19, збройний конфлікт) в сфері охорони здоров'я актуалізувалось використання цифрових засобів комунікації та інформативності, в т.ч. для нагляду і моніторингу, сталою надання медичної допомоги, наприклад, шляхом дистанційних консультацій, впровадження та моніторингу програм вакцинації тощо. Важкі епідеміологічні випадки, хронічні перебіги захворюваності не обмежуються профілактичними діями, проте формують інше наукове завдання – передбачити можливості для застосування, вкрай потрібних сучасних здоров'язбережувальних технологій.

Впродовж останніх років дослідники [4] звертають увагу на необхідність збереження і зміцнення здоров'я студентів, одночасно вказуючи на ряд труднощів, а саме: специфічність і широкий діапазон цієї соціальної групи (гуманітарні та технічні ЗВО, терміни і форми навчання, тощо); динамічність факторів ризику і їх належність від регіональних умов, а також фрагментарність наукових досліджень та відсутність єдиної комплексної програми досліджень серед цієї категорії. Це, з одного боку, не дозволяє своєчасно виявляти загальні (для всієї молоді) і специфічні (наприклад, для студентів медичного ЗВО) фактори ризику, а також визначати особливості соціально-гігієнічних і медико-біологічних характеристик, що безпосередньо впливають на стан здоров'я студентів, з іншого – дати науково обґрунтовану медико-соціальну оцінку стану здоров'я та визначити шляхи вдосконалення організації медичної допомоги студентам конкретного закладу вищої освіти. Науково-практична необхідність розробки спеціальних здоров'язбережувальних технологій, які мобілізують ресурсний потенціал учасників освітнього процесу для досягнення цілей освітньої парадигми, зростає. У зв'язку з цим, процес, спрямований на формування здорового способу життя та саморегуляцію особистості, повинен стати пріоритетним напрямком розвитку здоров'язбережувальних технологій в навчальному закладі.

Література:

1. Алексеева Т. В. Соціально-психологічні аспекти адаптації: монографія. – Донецьк: Вебер, 2008. – 230 с.
2. Горяна Л.Г. Генетично детерміновані органоспецифічні зміни деяких морфометричних характеристик тканин організму при різних екзогенних впливах // Фізіологічний науково-теоретичний журнал Інституту фізіології імені О.О. Богомольця НАНУ. – Том 53, № 2. – К: Видавничий дім «Академперіодика», 2007. – С. 8–16.
3. Мамаев Д. Ю. Соціально-психологічна адаптація молоді до умов навчання у вищому навчальному закладі // Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. пр. / Східноукр. нац. ун-т ім. Володимира Даля. – 2009. – № 1 (21). – С. 1–3.
4. Schulz P. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17969862/>. *Chronobiology in Psychiatry*. 2007. Vol. 9, no. 3. P. 237–255. URL: <https://doi.org/10.31887/dcms.2007.9.3/pschulz>

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ В УКРАЇНІ

*Александрова К.В., Лісова Є.М., Григоров М.М. (керівник роботи)
Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Зважаючи на сучасні реалії подій, які відбуваються в Україні, працівникам сфери охорони здоров'я необхідно володіти знаннями про психологічні ускладнення як військовослужбовців, так і громадянського населення, задля того, щоб мати можливість надавати якісну допомогу в повному обсязі.

З початку повномасштабної війни в Україні докорінно змінилося відчуття безпеки у громадян, що призвело до стресу, психологічні наслідки якого можуть бути непередбачувані. Пережитий досвід, що травмує, може стати причиною розвитку посттравматичного стресового розладу.

ПТСР – це психічний розлад, різновид неврозу, що виникає внаслідок переживання однієї чи кількох подій, котрі ушкоджують психіку. Наприклад, військові дії, теракти, аварії чи стихійні лиха, катастрофи, важкі фізичні нівечення, побутові або статеві насильства та загроза смерті. Зазвичай ПТСР починає проявлятися приблизно через шість місяців після події, що травмує. Проте, якщо стресор має потужну тривалу у часі дію (наприклад, перебування в окупації, постійні ситуації обстрілів та повітряних тривог тощо), вірогідність швидкого розвитку ПТСР підвищується.

Одні і ті самі події впливають по різному на психіку людей. Це відбувається за рахунок поєднання факторів, комбінація яких впливає на рівень прояву ПТСР в подальшому:

- інтенсивність події, що травмує, її тривалість, несподіваність та неконтрольованість;
- сила захисних механізмів особистості та наявність соціальної підтримки;
- особисті фактори ризику: вік на момент подій, які травмують, наявність психічних розладів в попередні періоди життя людини.

Клінічні симптоми ПТСР різноманітні, але частіше проявляються як невроз, головними характеристиками якого є:

- напливи нав'язливих спогадів про небезпечні для життя ситуації, учасником яких була людина;
- сновидіння з кошмарними сценами пережитих подій, порушення сну;
- прагнення уникати емоційних навантажень;
- невпевненість через страх, і як наслідок – відкладання прийняття рішень, неконтактність з оточуючими;
- надмірна втома, дратівливість, депресивні стани, головні болі, нездатність концентрувати увагу на чомусь тощо.
- як наслідок всього вищезазначеного – схильність до антисоціальної поведінки (алкоголізація, наркотизація, надмірний цинізм).

Що ж стосується психологічного стану громадян України, то станом на 2016 рік, оцінювали розповсюдженість ПТСР серед військовослужбовців на театрі військових подій під час російсько-української війни в Донбасі, у 10–15 %. Станом на червень 2017 року, в Україні 280 тис. осіб мали статус учасників бойових дій; за даними прокуратури 500 учасників війни в Донбасі, скоїли самогубство після повернення із зони бойових дій.

Який відсоток психологічних розладів буде після повномасштабного вторгнення в Україну достеменно невідомо, але працівники сфери охорони здоров'я повинні почати поглиблювати свої знання в питаннях ментального благополуччя населення.

Висновки:

1. Кожна людина, яка стала свідком або учасником військових подій, має індивідуальні переживання та прояви реакції на досвід, який травмує що є абсолютно нормальними у відповідь на ненормальну ситуацію.

2. Ментальне здоров'я кожної людини має безумовну цінність та повинна бути пріоритетом для фахівців у сфері охорони здоров'я. Психіка людини містить величезні резерви для відновлення і саморегуляції, тому при психологічній підтримки фахівців, які обізнані в питаннях ПТСР, людина може повернутися до норми досвіду, який травмував людину.

3. Важливо не нехтувати психічним здоров'ям громадян та, у разі виявлення ознак, що можуть свідчити про посттравматичний стресовий розлад своєчасно звертатися за допомогою спеціалістів, для того, щоб попередити тяжкі наслідків перенесених подій.

Література:

1. Психологічна діагностика та корекція посттравматичного стресового розладу особистості: метод. посіб. / В. Є. Харченко, М. А. Шугай. – Острого: Острозька академія, 2015. – 160 с. – ISBN 617-7328-18-5.

2. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder(PTSD) in Adults / American Psychological Association. Guideline Development Panel for the Treatment of PTSD in Adults. Adopted as APA Policy February 24, 2017

3. Посттравматичний стресовий розлад: [навч. посіб. для студентів вищ. мед. навч. закл. МОЗ України / Венгер О. П. та ін.] ; ДВНЗ «Тернопіл. держ. мед. ун-т ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України». – Тернопіль: ТДМУ, 2016. – 260 с. – ISBN 978-966-673-278-

**ФЕЛЬДШЕРСЬКО-АКУШЕРСЬКІ
ПУНКТИ – ОСЕРЕДОК СІЛЬСЬКОЇ МЕДИЦИНИ:
МИНУЛЕ І СЬОГОДЕННЯ**

Литвинова Л.О., Донік О.М., Гречишкіна Н.В.

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

Важливою складовою у комплексній системі організації надання медичної допомоги сільському населенню є фельдшерсько-акушерський пункт (ФАП). За останнє десятиріччя у сфері охорони здоров'я відбулося багато подій, що переважно пов'язані із започаткуванням поетапної медичної реформи, у т.ч. сільської медицини. Справжнім випробовуванням для вітчизняної системи охорони здоров'я стала пандемія Ковід-19 та тривалі військові дії, що торкнулись практично всього населення країни і територій, на яких воно проживає. Ці події безумовно позначились на здоров'ї громадян, а значна міграція населення призвела до справжньої демографічної кризи. Інтенсифікація урбанізації, зниження народжуваності призвели до скорочення чисельності сільського населення на 10,9% за довоєнні 10 років. У 2020 р. вона становила 12,7 млн. Щорічно з карти України зникає до двох десятків

населених пунктів. Важливою демографічною рисою сільського населення є його значне постаріння (від 17 % до 30 % осіб у віці 65 і старше).

Метою даного дослідження було вивчення змін в організації долікарської медичної допомоги сільським жителям, що відбулися за період 2012–2021 рр. За даними Центру медичної статистики МОЗ України у 2021 р. в Україні налічувалось 8708 ФАПів, які обслуговували 13506 населених пунктів (у порівнянні з 2012 р. їх кількість скоротилась на 24,6 %). На один ФАП припадає 1,55 населений пункт проти 1,38 – у 2012 р., від 1,09 у Закарпатській до 2,1 у Сумській областях. Кількість ФАПів, де жодна посада не зайнята медперсоналом, складає 1020 (11,7 %). Укомплектованість зайнятими посадами – 83,8 %.

Про обсяги роботи ФАПів свідчить кількість їх відвідувань пацієнтами на рік, яка значною мірою залежить від кількості жителів і стану їх здоров'я, а також, віддаленість ФАПу від населеного пункту. За 10 років абсолютна кількість відвідувань ФАПів зменшилась на 40 % і становила 16,28 млн. осіб. Це в середньому становить 1870 відвідувань на кожен заклад протягом року (від 2071 у Житомирській та 1472 у Дніпропетровській областях). Таким чином, щоденно ФАП відвідує 4–8 осіб. Кількість відвідувань на одного сільського жителя в Україні складає 1,74 (від 0,3 в Сумській області до 4,0 у Івано-Франківській областях), причому на відвідування удома припадає майже 30 %.

Важливою частиною роботи ФАПу є здійснення прийому вагітних–патронажного відвідування породілей та дітей удома. У зв'язку зі значним скороченням цієї групи пацієнтів, що перебувають на обліку ФАПу, зокрема вагітних (у 2,86 разів) та дітей до 1 року (у 2,56 разів), скоротилась кількість відвідувань за цей період (наприклад, на одну вагітну жінку – з 17,1 до 13,85 відвідувань на рік).

Подальша доля ФАПів викликає занепокоєність, насамперед, жителів сільських громад, яким загрожує скорочення ФАПів. Адже їх існування напряму залежить від можливостей їх фінансування (це стосується заробітної плати, закупівлі ліків, медобладнання, комунальних послуг, проведення ремонтних робіт тощо). Статтею 89 Бюджетного кодексу передбачено фінансування ФАПів тільки з місцевих бюджетів – сільських, селищних чи міських територіальних громад. Тому, місцеві органи влади мають вирішити, які ФАПи залишити, чи можуть вони їх утримувати? За самими скромними підрахунками утримання одного ФАПу складає орієнтовно 100 тис. грн на рік. Якщо ФАП буде в структурі громади, тоді можна вимагати і відповідної якості наданих медичних послуг. Однак, законодавство забороняє передати ФАПи на баланс сільських рад, з яких лише 30 % спроможні фінансувати свої економічно-збиткові медичні заклади. ФАПи наразі підпорядковані Центрам первинної медико-санітарної допомоги, яким також не вигідно їх утримувати, оскільки Програма медичних гарантій передбачає оплату послуг лікарів (сімейних, педіатрів, терапевтів), а не фельдшерів ФАПів.

Ще однією проблемою є гранична чисельність жителів населеного пункту, в якому може бути розгорнуто ФАП. Ця норма чітко прописана у спільному Наказі Мінрегіонбуду та МОЗ України від 21 лютого 2018 р. № 215/31667 «Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги». В ньому зазначено, що чисельність таких населених пунктів має складати не менше ніж 750 осіб, через них мають проходити одна або декілька автомобільних доріг державного значення. У такий спосіб забезпечується доступність первинної медичної допомоги найменшою можливою кількістю місць її надання з урахуванням граничної потужності спроможної мережі та загальної кількості

мешканців цих населених пунктів. Але, реалії є такими, що українські села сьогодні на межі виживання, чисельність їх мешканців (хоча і не у всіх) катастрофічно зменшується, а отже, не відповідає цій нормі. Тому, утворюється диспропорційне навантаження на медперсонал ФАПів на різних територіях, що неминуче призводить до їх закриття або скорочення персоналу.

Однак, медичні послуги мають наблизитися до пацієнта, а не віддалятися від нього, тому з соціально-психологічної точки зору ФАПи ліквідувати недоцільно (достатньо пригадати реакцію населення на закриття дільничних лікарень, які були просто реорганізовані у амбулаторії сімейної медицини). Скорочення ФАПів може не тільки стати загрозою погіршення надання медичної допомоги на селі, а й призвести до безробіття сільських медиків (фельдшерів, акушерів та медсестер), яких і так бракує.

Доцільно погодити мережу сільських медичних закладів з вимогами сучасного етапу медичної реформи з урахуванням економічної доцільності, чисельності населення, відстані, наявності сполучення між населеними пунктами, якості покриття мобільного зв'язку.

Також потрібно налагодити «логістику» роботи ФАПів. Наприклад, сімейні лікарі сільських амбулаторій можуть за графіком відвідувати села і вести прийом на ФАПах. Решту днів там працюватимуть медсестра або фельдшер, утримання яких, кілька днів на тиждень, не буде доволі обтяжливим для територіальної чи селищної громади.

Для сільських жителів фельдшер – це не лише медичний працівник, який надає медичну допомогу на ФАПі чи за необхідності прийде додому. Це і психолог, від якого люди чекають душевної розмови чи звичайної життєвої поради. В ситуації відсутності сімейного лікаря професіоналізм фельдшера може врятувати життя людини. ФАП працює практично щодня, а точніше його медичні працівники не знають вихідних. За наявності медичного працівника у населеному пункті жителі почувалися впевненіше і спокійніше. Щоби це зрозуміти, відкинувши суто раціональні міркування, достатньо просто порівняти можливості міських і сільських жителів щодо отримання медичної допомоги.

У Законі України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» задекларовано забезпечення медичних та фармацевтичних працівників з метою їх заохочення усім необхідним для роботи та життя на селі, а саме: житлом, службовим транспортом, належними умовами праці, стаціонарним та мобільним зв'язком, мобільною комп'ютерною технікою та програмними продуктами, професійною літературою та періодичними медичними виданнями, у тому числі електронними. Крім того, передбачені додаткові стимули для залучення на роботу висококваліфікованих медичних працівників шляхом запровадження мотиваційних пакетів, а також забезпечення доступу до Інтернету та запровадження телемедицини. На жаль, не всі ці положення реалізовані, особливо стосовно середньої ланки сільської медицини.

Проблеми організації надання медичної допомоги сільському населенню України і досі не втратили актуальності, тим більше під час повномасштабної війни, коли за 15 місяців було пошкоджено понад 1560 медичних об'єктів, 184 – зруйновано вщент. Саме тому, в повоєнний час доведеться повернутися до проблеми ФАПів і, можливо, переглянути доцільність їх існування, концепцію їх роботи та знайти шляхи їх оптимізації.

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ

Мищенко М.М.¹, Мищенко О.М.²

*¹Харківський національний медичний університет, м. Харків
²НТУ «ХПІ», м. Харків*

Вступ. Значною кількістю проведених світових досліджень визначається, що серцево-судинні захворювання (ССЗ) є одними з найпоширеніших захворювань світового населення й є провідною причиною смертності та інвалідизації та значного зниження якості життя [1].

Визначається, що захворюваність на ССЗ постійно зростає та за існуючими прогнозами, ця тенденція буде зберігатися й в наступному десятиріччі. При цьому вказується, що постійно зростаючий тягар ССЗ є значною проблемою охорони здоров'я [2].

Так, згідно з існуючими даними у 2017 році серед 54 країн-членів ESC налічувалося 108,7 млн захворювань на ССЗ, а середня стандартизована за віком поширеність на 100000 мешканців кожної країни-члена ESC визначалася на рівні 6595 (від 6184 до 7108), коливаючись від 5254 серед мешканців Норвегії та до 8766 серед жителів Болгарії [3].

Серед усіх ССЗ за рівнями поширеності, інвалідизації та смертності населення перші місця за даними досліджень Глобального тягаря хвороб за 2019 р. посідають ішемічна хвороба серця та інсульти. Так, за офіційними даними загальна кількість поширених випадків інсульту невпинно зростає з 1990 р. сягнувши у 2019 р. 101 млн (95,0 % довірчі інтервали 93,2–111 млн) випадків [4]. При цьому, саме через інсульти світова галузь охорони здоров'я втрачає значну кількість своїх загальних витрат.

Визначається, що інсультна патологія провокує значні зміни в соціо-психологічному орієнтуванні хворого та його особистісних психологічних характеристиках, що визначається характером самого захворювання (вимушена зміна взаємодій із соціумом, вимушені зниження соціальної та фізичної активності, втрата більшості соціальних контактів, порушення системи суспільних та соціальних відносин, певна «ізоляція», тощо) [5]. Все це тягне за собою трансформацію усієї психосоціальної сфери особистості. Тому вивчення соціально-психологічних особливостей таких хворих є визначною проблемою як в цілому світовій охорони здоров'я, так і галузі громадського здоров'я.

Мета: вивчити та проаналізувати рівні реактивної тривожності у хворих після перенесеного мозкового інсульту.

Матеріали та методи: було досліджено 300 осіб, які перенесли мозковий інсульт та отримували реабілітаційні заходи на базі ДП «Клінічний санаторій «Роцца» ПРАТ «Укрпрофоздоровниця» та ДП «Клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води» ПРАТ «Укрпрофоздоровниця». Серед хворих було визначено рівні реактивної тривожності (тривожність як стан), для чого було використано опитувальник самооцінки рівнів тривожності Спілберга Ч. Д. та Ханіна Ю. Л.

Отримані результати: серед хворих із мозковими інсультами визначалася значна кількість осіб, що мали помірний та високий рівні тривожності (відповідно 151 (50,3 %) і 124 (41,3 %) обстежених), що значно перевищували кількість хворих (25 (8,3 %)) із низьким рівнем реактивної тривожності.

Висновки. Таким чином, було встановлено значний вплив наслідків інсульту на психологічну сферу такої особистості, що позначається на знижених можливостях їх соціалізації та значних зниженнях їх якості життя.

Література:

1. Global Updates on Cardiovascular Disease Mortality Trends and Attribution of Traditional Risk Factors / R. Jagannathan et al. *Curr Diab Rep.* 2019. Vol. 19. P. 44. doi: <https://doi.org/10.1007/s11892-019-1161-2>
2. Flora G. D., Nayak M. K. A Brief Review of Cardiovascular Diseases, Associated Risk Factors and Current Treatment Regimes. *Current Pharmaceutical Design.* 2019. Vol. 25. P. 4063–4084. doi: <https://doi.org/10.2174/1381612825666190925163827>
3. Association of depression at any time to risk of death following coronary artery disease diagnosis / H. T. May et al. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes.* 2017. Vol. 3. P. 296–302.
4. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990–2019 / G. Roth et al. *J Am Coll Cardiol.* 2020. Vol. 76 (25). P. 2982–3021. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.11.010>
5. Психологічні фактори в кардіології: update 2018: Політика німецького Кардіанського товариства / C. Albus et al. *Significance Clin Res Cardiol.* 2019. Vol. 108 (11). P. 1175–1196. doi: [10.1007/s00392-019-01488-w](https://doi.org/10.1007/s00392-019-01488-w)

СТРУКТУРНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОПТИМІЗОВАНОЇ МОДЕЛІ РАНЬОГО ВІЯВЛЕННЯ ТА ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ МОЗКОВИХ ІНСУЛЬТІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Мищенко М.М.¹, Мищенко О.М.²

¹*Харківський національний медичний університет, м. Харків*
²*НТУ «ХПІ», м. Харків*

Вступ. Останніми десятиріччями відзначається справжня пандемія неінфекційних захворювань, серед яких першочергово за рівнями поширеності, інвалідизації та смертності світового населення фіксують серцево-судинні захворювання (ССЗ), діабет та рак [1]. Так, основними причинами смертності світового населення згідно з фахівцями ВООЗ у 2019 р. були: ішемічна хвороба серця та інсульт; хронічна обструктивна хвороба легень; інфекції нижніх дихальних шляхів; неонатальні та хвороби; онкологічні захворювання трахеї, бронхів і легень; хвороба Альцгеймера та інші деменції; діарея; цукровий діабет і захворювання нирок [2].

Згідно з визначеннями глобального тягаря захворювань світова смертність від неінфекційних захворювань складає близько 73,4 % усіх смертей, а основними її причинами є ССЗ (першочергово ішемічна хвороба серця та інсульт) [3]. Такий тягар цих захворювань є досить актуальною проблемою вітчизняної і світової галузі охорони здоров'я.

Окрім цього, спеціалістами ОЕСР (організація економічного співробітництва та розвитку) констатуються значні витрати на охорону здоров'я через ССЗ, які становлять більш ніж 10,0 % усіх поточних витрат на охорону здоров'я [4]. Таким чином, ССЗ створюють значний соціально-економічний тягар для усього світового населення в цілому.

Слід вказати, що значно знизити рівні цієї захворюваності можливо за умови впровадження ефективних профілактичних заходів. Значна кількість вітчизняних та світових спеціалістів галузі громадського здоров'я визначають пріоритетним профілактичний напрямок сучасної медицини через його економічну доцільність та низьку затратність й можливість швидкого досягнення високих рівнів медичної, соціальної та економічної ефективності, так, як дає змогу значного покращення показників здоров'я населення й підвищення рівнів їх якості життя та зменшення показників захворюваності, смертності та інвалідності [5–8].

На доцільність профілактичного спрямування вказують і спеціалісти МОЗ України, які визначають першочерговість впровадження заходів раннього виявлення та первинної профілактики в структурі профілактичних заходів. Вони констатують, що заходи раннього виявлення та первинної профілактики можуть базуватися як на популяційному, так і на індивідуальному підходах [9]. Тому, розробка заходів раннього виявлення та первинної профілактики найбільш поширених захворювань є першочерговим та актуальним питанням галузі громадського здоров'я.

Мета: напрацювати механізми розробки оптимізованої моделі раннього виявлення та первинної профілактики мозкових інсультів.

Матеріали та методи: аналіз сучасної світової літератури щодо визначення можливостей оптимізації раннього виявлення та первинної профілактики мозкових інсультів.

Отримані результати. Оптимізована модель раннього виявлення та первинної профілактики мозкових інсультів у своїй структурі має дієвий та ефективний понятійно-категоріальний апарат, який включає основну мету (попередження виникнення мозкових інсультів та зменшення рівнів їх поширеності та інвалідизації) та завдання (встановлення рівнів ризику виникнення та розвитку мозкових інсультів та наявних факторів ризику; раннє активне виявлення осіб зі збільшеним ризиком мозкових інсультів; формування груп збільшеного ризику та напрацювання відповідної інформаційної бази; виявлення індивідуальних потреб осіб із групи ризику в заходах раннього виявлення та первинної профілактики; допомога особам з низьким ризиком виникнення та розвитку мозкових інсультів щодо збереження цього стану впродовж усього життя; зменшення ризиків виникнення та розвитку мозкових інсультів серед осіб із високим загальним ризиком; досягнення фізичних і фізіологічних характеристик, притаманних здоровим особам).

Оптимізована модель функціонує згідно з основними загальноприйнятими підходами (системності планування та аналізу, процесно-комплексності й програмно-цільовості та діяльнісно-інноваційності) й цільовими пріоритетами (системна інтеграція усіх надавачів послуг із раннього виявлення та первинної профілактики мозкових інсультів; визнання раннього виявлення та первинної профілактики мозкових інсультів пріоритетним напрямком галузі охорони здоров'я; промоції здорового способу життя та здорового харчування; орієнтованість на індивідуальний (пацієнт), сімейний (родина хворого), груповий (громади) і популяційний (суспільство в цілому) підходи; стратегія високого ризику й популяційна масова стратегія; рівні можливості для усіх; безоплатність заходів раннього виявлення та первинної профілактики мозкових інсультів; вільний вибір надавачів послуг; комунікації пацієнта та лікаря; усвідомленість методів і механізмів профілактичного втручання; відповідність затвердженим галузевим стандартам; введення в дію новітніх нормативно-правових законодавчих актів; соціалізація та інтеграція у суспільстві; можливість професійного переорієнтування та працевлаштування; раціональне використання існуючих економічних та людських ресурсів; впровадження світового

досвіду; формування позитивної суспільної думки щодо активного та здорового способу життя).

Оптимізована модель володіє властивостями (самоорганізаційності та цілісності, врівноваженості та цілеспрямованості, відкритості з взаємодієвістю, інтегративності з механізмами полізадачності та емерджентності) й має функціонально-дієві принципи (державний рівень, безпековість і результативність, послідовність, доступність та своєчасність, економічність, недискримінаційність, індивідуальна орієнтованість та достатність заходів, нормативно-правовий супровід, активна та дієва співпраця, комплексність й інтегративна спрямованість профілактичних впливів, превентивність профілактичних заходів, повсебічне інформаційне забезпечення із залученням усіх можливих засобів інформування, захист честі та прав і свобод людини, комплексність і взаємодієвість).

Оптимізована модель функціонує за допомогою основних методів (модифікація способу життя та фізичних навантажень із режимом харчування, скринінг хворих високого ризику, контроль наявних у хворого факторів ризику).

Функціонування оптимізованої моделі контролюється її стратегічно-діяльнісним апаратом (три управлінських рівні – стратегічний, тактичний та оперативний) з урахуванням вимог нормотворчого (існуюча та новітня нормативно-правова база) й інформаційно-комунікативного (збір та обробка медико-соціальної інформації з формуванням відповідного банку даних) апарату. Дієвість моделі визначається включенням усіх необхідних елементів функціонально-організаційного апарату на всіх можливих організаційних рівнях медико-профілактичного втручання (індивідуальний, сімейний, груповий та популяційний рівень) задля досягнення основної мети та очікуваних результатів (попередження виникнення мозкових інсультів та зменшення рівнів їх поширеності та інвалідизації й смертності через них). Все вищевказане визначається виконанням заходів практично-реалізаційного апарату (орієнтири, досягнення результатів, перевірка дієвої ефективності та корегування за необхідності) за умови оперативно налагоджених «зворотніх зв'язків».

Висновки. Таким чином, були визначені можливості оптимізації раннього виявлення та первинної профілактики мозкових інсультів із розробкою відповідної оптимізованої моделі.

Література:

1. Лихота К. О., Закаложний В. М. Серцево-судинні захворювання та здоров'я населення України. *Методика навчання природничих дисциплін у середній та вищій школі (XXVIII Каришинські читання): матеріали Міжнар. наук.-практ. конф.*, (Полтава, 27–28 трав. 2021 р.) / за ред. М. В. Гриньової; НАПН України, Полтава нац. пед. ун-т імені В. Г. Короленка, Ін-т пед. освіти та освіти дорослих НАПН України та ін. Полтава: Астрая, 2021. С. 205–207.

2. Серцево-судинні захворювання — головна причина смерті. URL: <https://phc.org.ua/news/sercevosudinnizakhvoryuva>

3. Глобальна, регіональна, і національна age-sex-specific mortality для 282 causes death in 195 countries and terri. 2018. Vol. 392 (10159). P. 1736–1788. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32203-7

4. OECD. Expenditure by disease, age and gender-focus on health spending. 2016. URL: <https://www.oecd.org/els/health-systems/estimating-expenditure-by-disease-age-and-gender.htm>

5. Віктор Ляшко: Польща та Україна продовжуватимуть активну співпрацю у сфері громадського здоров'я. Урядовий портал. Новини. Міністерство охорони

здоров'я України, опубліковане 28 квітня 2023 року о 13:16. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/viktor-liashko-polshcha-ta-ukraina-prodovzhat-aktyvnu-spivpratsiu-u-sferi-hromadskoho-zdorovia>

6. Віктор Ляшко. Надання підтримки Україні у розвитку сучасної системи громадського здоров'я. Інформаційний бюлетень проекту. Червень 2020 року. 3 с. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/newsletter%20March-June%202020_RUS.pdf

7. Віктор Ляшко: Маємо збудувати цілісну систему громадського здоров'я, яка запобігатиме травматизму та інвалідизації, працюватиме над продовженням тривалості життя. Тернопільська обласна військова адміністрація. Новини. Опубліковано 07 вересня 2022 року о 10:18. URL: <https://oda.te.gov.ua/news/viktor-liashko-maemo-zbuduvaty-tsilisnu-sistemu-hromadskoho-zdorovia-i-aka-zapobihatyme-travmatyzmu-ta-invalidyzatsii-pratsiuvatyme-nad-prodovzheniam-tryvalostiz->

8. Міністр охорони здоров'я Максим Степанов: треба перестати знущатися з медичних працівників. Інтерв'ю. 14 травня 2020 року // Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/article/interview/ministr-ohoroni-zdorovja-maksim-stepanov-treba-perestati-znuschatisja-nad-medichnimi-pracivnikami>

9. Міністерство охорони здоров'я України. Державне підприємство «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України». Вторинна профілактика інсульту. Клінічна настанова, що ґрунтується на доказах. 2022. 130с. URL: https://www.dec.gov.ua/wpcontent/uploads/2022/11/2022_04_05_kn_profilaktyka_insultu.pdf

AGILE-ТРАНСФОРМАЦІЯ ПРОЦЕСІВ УПРАВЛІННЯ ЛЮДСЬКИМИ РЕСУРСАМИ В МУЛЬТИПРОЄКТНОМУ МЕДИЧНОМУ СЕРЕДОВИЩІ

*Чумаченко І.В.¹, Бондаренко А.В.²,
Доценко Н.В.¹, Бондаренко О.В.³*

*¹Харківський національний університет міського господарства
ім. О.М. Бекетова, м. Харків*

²Харківський національний медичний університет, м. Харків

³Харківський міжнародний медичний університет, м. Харків

Нестабільність та агресивність умов у медичних установах вимагають перегляду підходів до відбору персоналу та формування спеціалізованих бригад. Це необхідно для забезпечення адаптивності та стійкості працівників, які надають медичну допомогу. Управління людськими ресурсами у такому турбулентному оточенні вимагає врахування міграції персоналу та пацієнтів. Це призводить до необхідності перерозподілу ресурсів при обмежених фінансових можливостях. Також важливо розглядати медичний персонал як обмежений ресурс, який не може бути легко поповнений, із урахуванням неможливості залучення додаткових кваліфікованого персоналу.

Під час створення медичного персоналу в стабільних умовах розумно використовувати методи підбору, спрямовані на формування високоєфективних команд. Однак у ситуаціях, пов'язаних з воєнними конфліктами, епідеміями або пандеміями, виникають різкі виклики, такі як стрімке зменшення кількості медичного персоналу,

швидка зміна спеціалізації медичних працівників з урахуванням місцевих умов, труднощі у доступі до місця роботи, формування бригад з урахуванням можливостей транспортування медичного персоналу і відсутність можливості розрізнення між анестезіологічними та терапевтичними бригадами через нестачу персоналу та складнощі у відокремленні пацієнтів з інфекційними та неінфекційними хворобами.

Багато методологічних підходів, таких як Lean Six Sigma та традиційні моделі покращення якості, незважаючи на їх систематичний підхід, не враховують унікальних особливостей різних медичних середовищ та їх складний характер. Ті, хто вважає організацію охорони здоров'я складною адаптаційною системою, критикують Lean Six Sigma за підкреслення стандартизації, але ігноруючи необхідні варіації. Традиційні підходи до управління медичними середовищами можуть бути повільними та неефективними й не сприяють інноваціям, оскільки їх головна мета – ефективність і спрощення, а не адаптація до потреб клієнтів. У зв'язку з цим, все більше та більше медичних установ виявляють інтерес до Agile-трансформації – методології управління, яка сприяє прискоренню інновацій та покращенню ефективності. Agile-трансформація є унікальним методом для стійких інновацій, спрямованих на клієнтів, у складних адаптивних системах охорони здоров'я.

З метою забезпечення надійності функціонування медичного закладу трансформація процесів управління людськими ресурсами, на відміну від існуючих підходів, повинна базуватися на забезпеченні стратегічної гнучкості при управлінні людськими ресурсами, організаційної резильєнтності та стійкості як елементів безпеко-орієнтованих систем, що може бути досягнуто шляхом застосування методологічного забезпечення управління ресурсами мультипроектного середовища.

Розгляд мережі медичних установ як мультипроектного середовища дозволяє застосувати методологію проектно-орієнтованого управління ресурсами формування адаптивних команд у мультипроектному середовищі задля забезпечення гнучкого перерозподілу ресурсів як у межах однієї установи, так і в рамках мережі установ [1].

Agile-трансформація передбачає перехід від традиційних, ієрархічних структур та процесів до гнучких та колаборативних підходів до управління. Переваги Agile-трансформації в мультипроектному медичному середовищі очевидні. По-перше, це дозволяє швидше виявляти та вирішувати проблеми, що виникають. Agile-підхід дозволяє здійснювати швидкі ітерації та тестування, що сприяє виявленню проблем на ранніх етапах та забезпечує їх швидке виправлення. По-друге, Agile-трансформація стимулює інновації. За допомогою Agile-підходу, команди можуть швидко та гнучко реагувати на зміни в ситуації та впроваджувати нові ідеї та підходи. Це дозволяє медичному середовищу бути в курсі останніх тенденцій та найкращих практик у галузі. По-третє, Agile-трансформація сприяє залученню персоналу та покращенню комунікації. В Agile-підході, вирішення проблем та прийняття рішень здійснюється колективно. Це сприяє активному залученню всіх зацікавлених сторін, а також покращенню комунікації та співпраці між різними групами. В медичному середовищі це може сприяти більш ефективному обміну інформацією та швидшому реагуванню на зміни в ситуації. Швидкість, гнучкість та інноваційність, які притаманні Agile-підходу, можуть допомогти забезпечити безпеку та якість у медичному середовищі, а також покращити результати лікування.

Як будь-який процес, Agile-трансформація має свої виклики. Її успішне впровадження вимагає, крім матеріальних ресурсів, адекватних людських ресурсів,

часу та терпіння для ітерацій. Ще одним практичним викликом є збалансування творчого мислення з науковим методом, не допускаючи перешкод для прогресу. Майбутня робота має включати такі аспекти: детально документувати використання гнучких інновацій, включаючи виявлені проблеми та застосовані стратегії для їх вирішення; розробляти засоби підтримки навчання та впровадження гнучких інновацій, включаючи не стандартне програмне забезпечення; порівнювати результати гнучких інновацій з іншими підходами, такими як традиційні методи покращення якості; вивчати можливість підтримки гнучких інновацій як організаційної практики протягом тривалого часу та ідентифікувати фактори, що сприяють їх стійкості; розробляти нові теорії та методи впровадження гнучких інновацій, дизайну участі та орієнтації на клієнтів у сфері охорони здоров'я.

Таким чином, актуальною є прикладна проблема розробки методологічного та інструментального забезпечення Agile трансформації процесів відбудови медичних закладів України для подолання розладів здоров'я населення у воєнний та повоєнний періоди.

Дослідження фінансується Національним фондом досліджень України в рамках дослідницького проєкту 2022.01/0017 за темою "Розробка методологічного та інструментального забезпечення Agile трансформації процесів відбудови медичних закладів України для подолання розладів здоров'я населення у воєнний та повоєнний періоди".

Література:

1. Dotsenko N., Chumachenko D., Husieva Y., Kosenko N., Chumachenko I. Sustainable Management of Healthcare Settings' Personnel Based on Intelligent Project-Oriented Approach for Post-War Development. *Energies*. 2022. N 15 (22). P. 8381. <https://doi.org/10.3390/en15228381>

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НИЖНІХ КІНЦІВОК У СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Якубінський М.В.

*Національний університет охорони здоров'я України
імені П.Л. Шупика, м. Київ*

Проблема профілактики неінфекційних захворювань є одним із провідних завдань громадського здоров'я як на Європейському, так і на національному рівнях.

Поширеність судинних захворювань нижніх кінцівок (СЗНК), в тому числі і облітеруючого атеросклерозу судин нижніх кінцівок (ОАСНК), встановлена більше ніж у 35 мільйонів осіб у країнах Європейського Союзу та у 10 % населення світу.

Підвищена зацікавленість системи громадського здоров'я до патології судин нижніх кінцівок обумовлена широким розповсюдженням даної проблеми. Патолофізіологічний процес хвороби включає: ураження ендотелію, накопичення низькомолекулярних речовин та формування реакції запалення. На термінальних стадіях хвороби, що супроводжується поступовим звуженням просвіту судини та оклюзією, виникає хронічна ішемія нижньої кінцівки з вираженим больовим компонентом. Відрив атеросклеротичних бляшок може спричинити гострий тромбоз артеріальних судин нижніх кінцівок з розвитком гострої ішемії та з подальшим розвитком гангрен кінцівки.

В сучасній системі громадського здоров'я України недостатня увага приділяється проблемам профілактики патологій судин нижніх кінцівок. Частота розвитку захворювання у дорослих людей складає до 10% випадків. Приблизно через 5 років після проявів клінічної симптоматики 1/3 хворих вмирає. Небезпечною прогностичною ознакою є критична ішемія нижньої кінцівки (КІНК), під якою розуміють виникнення періодичної або постійної болі у спокої, особливо в нічний час, що вимагає прийому знеболювальних препаратів. У разі відсутності вчасної діагностики та лікування КІНК процес призводить до незворотних некротичних змін в тканинах кінцівки і розвитку гангрені пальців або стопи.

Вчасність діагностики ОАСНК та їх лікування з наступним призначенням профілактичних програм з метою попередження прогресування захворювання, дозволяє значно скоротити прямі і непрямі витрати, а головне отримати кращий клінічний ефект від лікування та не допустити до інвалідизації пацієнта. Актуальністю проблеми ОАСНК з одного боку, є прогресуючий тип перебігу, що приводить до важкої ішемії і трофічних змін через 5-15 років, а з іншого – спірні результати традиційних методів консервативного та хірургічного лікування. Враховуючи, що в Україні працездатний вік у жінок та чоловіків збільшений до 60 років, ОАСНК набуває ще й соціально-економічної проблеми щодо зниження здоров'я осіб працездатного віку. Щорічно реєструється близько 36 тисяч ампутацій нижніх кінцівок у хворих на ОАСНК.

На шляху зміцнення здоров'я населення України залишається значна поширеність неінфекційних захворювань, а саме СЗНК. Сьогодні проблеми громадського здоров'я, що пов'язані із СЗНК, ускладнюються негативним впливом шкідливих умов праці, забрудненням навколишнього середовища, кризою галузі медичної допомоги, незадовільним контролем за вживанням фармацевтичних засобів, тютюнокурінням. Відсутність регламентованого моніторингу за станом судин нижніх кінцівок спонукає до пошуку відповідей на розв'язання проблем у сфері охорони громадського здоров'я та створення умов для зменшення впливу факторів ризику. Сучасна система охорони здоров'я України спрямована більше на лікування, ніж на превенцію захворювань та пропаганду здорового способу життя, і як наслідок, спостерігається тенденція до збільшення кількості СЗНК кінцівок у людей працездатного віку.

Антикоагулянтна медикаментозна терапія є основною загальноприйнятою складовою профілактики прогресування васкулярних хвороб та їх ускладнень, що на думку багатьох клініцистів не є достатньою. Складністю профілактики та ранньої діагностики ОАСНК є його безсимптомний перебіг на ранніх стадіях.

У генеруванні високого рівня захворюваності на ОАСНК в Україні головне місце посідає незадовільний стан здоров'я населення в цілому, нерациональна організація профілактичної роботи у наданні медичної допомоги, брак матеріально-технічного обладнання, низький рівень інформованості про сучасні медичні технології, дефіцит фінансових ресурсів для ефективної роботи системи охорони здоров'я. Превентивні заходи залежать також від впровадження досконалих нормативно-правових актів, які впливають на створення умов для поліпшення стану громадського здоров'я та підвищення ефективності використання матеріально технічних та фінансових ресурсів.

Імплементация організаційно-правових та інституційних заходів, співпраця з країнами Європейського Союзу з питань профілактики та контролю за судинними

захворюваннями нижніх кінцівок потребує модернізації національних реформ та моделювання нових програм.

За результатами аналізу міжнародного досвіду та наукової літератури в розвинутих країнах світу проводяться наукові дослідження по вдосконаленню здоров'я, що є інтегральним показником успішності функціонування держави, всіх її інституцій, і до реформування цієї сфери має бути залучений державний комплексний підхід.

На сьогоднішній день в Україні не існує уніфікованого клінічного протоколу по лікуванню або профілактиці саме ОАСНК та хронічного захворювання вен нижніх кінцівок. У наявному та затверженому загальному клінічному протоколі первинної, вторинної, третинної медичної допомоги з «профілактики серцево-судинних захворювань» за основу взяті медико-організаційні підходи профілактики кардіологічної патології. Актуальність, поширеність та тенденція до прогресування СЗНК у пацієнтів працездатного віку спонукає до створення, з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, уніфікованих клінічних протоколів саме з профілактики цієї патології.

FOREIGN EXPERIENCE OF THE ORGANIZATION OF SOCIAL AND MEDICAL ASSISTANCE TO THE ELDERLY POPULATION

Vasheva A.O.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv

Ukraine is one of the largest countries in the European region. As for many European countries, the problem of population aging is relevant. Ukraine belongs to the countries with a high level of population aging (28th place among the countries of the world in terms of the specific weight of the population over 60 years old). According to official state statistics, the share of the population aged 65+ in 2022 was 18.6 % of the population, which gradually increased from 12.1 % in 1990. According to the national demographic forecast, by 2030, the share of people over 65 years may reach a level of more than 20 %.

People of the older age group today face deprivation in the medical and social sphere. Despite the implementation of the aging strategy in Ukraine, a number of issues remain undefined.

Yes, there is no publicly available data on the state of health of the elderly, the level of hospitalization among them, the structure of the leading pathology. The level of accessibility to medical care for the elderly is low. The needs of elderly citizens in various types of medical care (preventive, curative, long-term, palliative) are not identified and assessed. It requires improvement and legal regulation of geriatric care, development and approval of standards of medical care and clinical protocols for the provision of various types of such care, their coordination with the relevant standards of provision of social services.

Innovative areas of geriatric medicine that are actively being researched include multidisciplinary care in healthy aging, systematic data approaches to patient assessment.

However, there is a lack of understanding of how to introduce and adapt health technologies in a reliable manner in accordance with the existing diversity in health sectors.

At the moment, the following questions remain unresolved:

The medico-social importance of healthy population aging has not been fully studied, as we do not have enough information on the factors of the quality of life of the elderly.

Significant determinants that affect the quality of life of the elderly population are insufficiently studied, and there are almost no methods of studying and evaluating the quality of life, on which the achievement of satisfactory well-being, healthy aging and active longevity depends. The lack of proper medical and technological training reduces the ability and willingness of specialists to develop the clinical field, where the rapid introduction of new technologies plays a decisive role.

The system of providing medical and social assistance to the elderly requires a versatile study, because in the conditions of reforming the health care system in Ukraine, the algorithm for introducing innovative developments in the field of geriatric care to the practical activities of medical institutions is not defined.

One of the main international documents in the field of providing medical and social assistance to the elderly is the Madrid International Plan of Action on the Problems of Aging. It is the second internationally agreed program to offer the guidance to countries which are interested in developing and implementing aging policies and programs. In particular, this plan considers recommendations for three priority areas of action, such as the participation of elderly people in the process of development of society's activities; health and well-being in old age; conditions that promote and support the individual development of a person throughout his life. In general, the document highlights 18 priority issues in each direction, formulates 35 goals and 239 recommendations on the implementation of the action plan, the main goal of which is the transition from an aging society to a society for any age. The governments of different countries, including the countries of the European region, have undertaken to compare the directions and content of measures at the national level in the field of aging, based on the global framework strategy and taking into account the capabilities and living conditions of different countries. For Europe, this is the Regional Strategy for the Implementation of the International Madrid Action Plan on Aging in the Region of the UN Economic Commission for Europe. The Strategy highlights 10 main obligations regarding the implementation of the recommendations specified in the action plan:

- ensuring the organic reflection of aging problems in all spheres of politics, to bring society and the economy into line with demographic changes and build an accessible society for any age;
- ensuring full integration and participation of elderly people in society;
- promotion of equitable and sustainable economic development in response to the problems of aging;
- adjustment of the social protection system taking into account demographic changes and the social and economic consequences caused by them;
- providing markets with labor force to be able to respond to the economic and social consequences of population aging;
- promotion of continuous learning, adaptation of the education system to changing economic, social and demographic conditions;
- ensuring quality of life at any age and maintaining independence, including health and well-being;
- consideration of gender factors in an aging society;
- providing support to families caring for elderly people, strengthening solidarity between different generations and within each generation;

– facilitating the implementation of the regional implementation strategy thanks to regional cooperation.

The Madrid Plan is not a binding document, it calls for a change in attitudes, policies and practices so that older people are considered not just recipients of charity, but active participants in the development process, whose rights must be respected. But the five-year results of the regional implementation of the International Madrid Plan of Action on Aging in the United Nations European Region of UN (UNECE UN) show that people aged 60 years and older demonstrate incredible work productivity and make a huge contribution to society, and with the right health care system in place, regular material support, social association and legal protection, both current and future generations of people around the world can receive «longevity dividends».

References:

1. Madrid Plan of Action on Ageing, WHO. URL: <https://www.emro.who.int/elderly-health/elderly-events/madrid-plan-of-action-on-ageing-events.html>
2. Regional implementation strategy for the Madrid International Plan Of Action On Ageing. URL: <https://unece.org/DAM/pau/RIS.pdf>
3. Synthesis report of the implementation of the Madrid International Plan Of Action On Ageing in the Economic Commission for Europe region in 2017–2022: Executive summary. URL: <https://unece.org/sites/default/files/2022-04/ECE-AC.30-2022-3-E.pdf>
4. Національний інститут стратегічних досліджень. Міжнародні підходи до політики щодо громадян поважного віку. URL: <https://niss.gov.ua/en/node.html>

MEDIA DISCUSSIONS ABOUT HOSPICE AND PALLIATIVE CARE IN UKRAINE SINCE THE BEGINNING OF THE WAR

Nesterenko V.G.¹, Krasnikova S.O.¹, Shevchenko A.S.²

¹Kharkiv National Medical University, Kharkiv

²Kharkiv Regional Institute of Public Health Services, Kharkiv

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the challenges of terminal illness by preventing and alleviating suffering through early detection, careful assessment and treatment of pain and other physical symptoms, and the provision of psychosocial and spiritual support [1]. Palliative patients are a particularly vulnerable category of patients who need special attention from the state and society, especially in conditions of social unrest (the COVID pandemic and war). Since the beginning of the full-scale war with the Russian Federation, hospices in the front-line and remote areas of Ukraine have continued their work, adapting to the new living conditions of both patients and staff. Analysis of recordings of discussions about palliative and hospice care (PHC) on the *Youtube* platform shows that their initiators are professional public organizations that care for palliative patients, scientists who study PHC organizers and the National Health Service of Ukraine (NHSU), which finances PHC under medical guarantee programs.

Thus, the analysis of the discussion, initiated by the former Minister of Health of Ukraine V. Knyazevich, allows us to understand how hospices and palliative care units in Ivano-Frankivsk, Kharkiv and Kyiv have been working in the conditions since the beginning of the war, how adaptation to new conditions took place, who is a participant in

the assistance palliative patients in Ukraine and abroad. Thus, the CNPE «Ivano-Frankivsk Regional Clinical Center of Palliative Care of the IF Regional Council» was established 25 years ago. Since the beginning of the full-scale war with the Russian Federation, the Ivano-Frankivsk hospice has not only not stopped its work, but also accepted additional patients. Individual patients were also invited to hospices in European countries (Poland, Germany, Finland). But most palliative patients are of limited mobility. Their transportation is a significant problem and the transportation of palliative patients took place with the participation of Ukrainian and foreign volunteers. However, most of the patients who remained in the departments of hospices and palliative hospices of multidisciplinary hospitals in Ivano-Frankivsk, Kharkiv, and Kyiv remained in their places and, together with the staff of these medical institutions, continue to hope that their institution will remain unscathed during the shelling. There is no technical possibility to transfer palliative patients to rooms protected from shelling. In connection with the close location of the city of Kharkiv from the border with the aggressor country, there is also no time to transfer patients to the bomb shelter. There is only one hope for protection of palliative medical facilities with anti-aircraft defense.

Some of the recordings we found of public discussions about PHC are timed to international days related to hospice and other types of medical care. For example, to the World Day of Hospice and Palliative Care, which is celebrated at the beginning of October every year [2]. On this day, WHO, professional public organizations, NHSU, the national Public Health Center, regional health centers, regional, city and district government administrations, health care departments, medical institutions that include palliative departments and wards, medical universities, medical information Internet-portals publish messages about PHC. They usually talk about what PHC is, how many patients in the world need for PHC, under what slogan of this day is celebrated in the world, what problems are being solved by states and regions to improve PHC, what help and support are needed for palliative patients and their relatives, how many patients take a palliative care, what are the legal grounds for providing such care, such as the organized work of mobile teams providing palliative care to patients at home.

Already in the autumn of 2021, before the war, more than 500 medical institutions provided PHC in Ukraine, and the NHSU paid more than UAH 800 million for these medical services. In hospice institutions and palliative departments, patients received pain medication and were placed in relatively comfortable conditions (in single or double wards with round-the-clock medical supervision). They carried out clinical laboratory and instrumental studies, oxygen therapy, fed, provided devices to facilitate the movement of patients with limited mobility (wheelchairs, walkers, sticks, crutches), carried out physical therapy, psychological rehabilitation for those who do not tolerate their difficult condition [3]. In order to successfully obtain funding for applications from medical institutions from the NHSU, the service held a series of public discussions to explain to customers the routes, algorithms for entering information in the Electronic Health Care System (eHealth), coding rules for ordered medical services, etc. [4]. NHSU noted that errors in filling out the documents for the application for funding can be the reason for the refusal to start funding or the reason for the delay in the continuation of funding, which can negatively affect the quality of PHC.

It is known that Ukraine still has a number of unsolved problems in the PHC organization [5, 6]. In the reform of the PHC organization, which Ukraine is continuing even in the war, the Ministry of Health of Ukraine focuses on the «best practices» of developed countries. Therefore, part of the video materials we found related to trainings

conducted by professional medical and social organizations, scientific and medical institutions, which shared such «best practices» [7].

Thus, the majority of public media discussions about PHC in Ukraine since the beginning of the war concern the adaptation of hospices, palliative care units, staff and patients to new living conditions. At the same time, there is a public discussion of the material and technical support of with the package financing of the NHSU in a professional environment. Public discussion of the problems of PHC providing contributes to a better understanding of the needs of patients whose lives are coming to an end, and also allows medical specialists to be more effective in the organization of medical care for this category of patients.

References:

1. Yanevskyi D., Kniazevych V., Sluhotska I.V., Bilichenko O.D. (participants in the discussion). War and us: Palliative care. Ukrainian Media Network, 12 Jan 2023. [Internet]. Available at: <https://youtu.be/Q-u5NkOSTXs> [Accessed on 30 Sep 2023]. [In Ukrainian].

2. World Hospice and Palliative Care Day (14 Oct 2023). Worldwide Hospice Palliative Care Alliance [Internet]. Available at: <https://thewhpc.org/world-hospice-and-palliative-care-day/about-2> [accessed 30 Sep 2023].

3. What is palliative care and how can a patient receive it free of charge. You-tube channel of the National Health Service of Ukraine, 07 Oct 2021 [Internet]. Available at: <https://youtu.be/wm4M3590LyU> [accessed 30 Sep 2023]. [In Ukrainian].

4. Palliative care in PMG 2023: routes, algorithm for entering information into Electronic Health Care System (eHealth), coding rules. You-tube channel of the National Health Service of Ukraine [Internet]. Available at: https://youtu.be/5_3PHr0XjSM [accessed 30 Sep 2023]. [In Ukrainian].

5. Holovanova I.A., Shevchenko A.S. The issue of patient-oriented organization of palliative and hospice care in Ukraine. *Experimental and Clinical Medicine*. 2021; 90 (2): 7p. In press. <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.2.hos>

6. Nesterenko V.G. On the procedure for providing palliative and hospice care in Ukraine. *Medicine Today and Tomorrow*. 2021; 90 (2): 57–62. <https://doi.org/10.35339/msz.2021.90.2.nes> [in Ukrainian].

7. Slater S. Palliative care in primary care: the US experience. Lecture. Your Family Doctor, Youtube Channel (@simeynyilykar), 13 Feb 2023. [Internet]. Available at: https://youtu.be/4bGMoE2NL_k [Accessed 30 Sep 2023]. [In English & Ukrainian].

THE EFFECT OF ECONOMIC CRISIS ON HEALTH SYSTEM IN LEBANON

Bachir Almoghrabi¹, Nesterenko V.H.², Nesterenko R.V.³

¹University of Strasbourg, France

²Kharkiv International Medical University, Kharkiv

³National academy of the national guard of Ukraine, Kharkiv

Introduction: The Republic of Lebanon is a democratic, parliamentary state located in the Middle East. It is a country of 10452 sq. km. The Lebanese population is estimated at approximately 5.2 million inhabitants (500 individuals per 1 sq. km) with the majority (85 %) living in urban regions, 38 % of whom are found in Mount Lebanon. There is a strong transition at the demographic level, with 25 % of the population below

the age of 15 and 10 % older than 65, indicating that almost half of the population is active with a dependency rate of 52 %. Moreover, the fertility rate of 2.2 is relatively low (2017). Life expectancy is 77 years, ranging between 75 years for men and 80 years for women (WHO, 2017); and the national growth rate is 1.8 % [1, 3, 5, 7].

Lebanese health system may be divided into:

1-The civil war (1975–1992)

In 1975 the Lebanese Civil war started, and at that time the services of the Ministry of Public health (MOPH) were stopped. Due to war we had increase of the demand for healthcare that was compensated by private hospitals. Which let the MOPH to make some contracts with these hospitals to help the war victims. And after big increase in costs of the health expenses the budget of MOPH wasn't enough to cover all patients that need help so the only hope was insurance that is only available for a special part of the population [2, 3, 6, 8, 9].

2-The recent health system (1993–2019)

The recent health system can be described as renovation. Due to long years of war the destruction affected the country as well as the health system, so just after the war the MOPH started making achievements. Connecting public and private hospitals started with social security system. [1–6]

3-The current health system (2019–2021)

In 2019 the economic system in Lebanon was broken down. Due to accumulated financial debts and wrong politics the Lebanese Lira started losing her value, and the banks started restriction for money withdraws and progressively stopped any withdraw for all the customers, all this resulted in increased poverty and unemployment and divided Lebanese population to middle and poor class. During this period also the COVID-19 was there and like all countries it affected the health system as well. Lebanon have received help from other countries to fight the pandemic, but right after finishing this war the all health pyramid was tired and almost destructed [10–12].

Since the economic tailspin began in 2019, tens of thousands have lost their jobs and three-quarters of the population has been pushed into poverty. “This is the first time such a decision brings up stateless people in Lebanon – but the right to work is a basic right, and it should have been available to them anyway”, said Karim Nammour, a researcher at Lebanese advocacy group Legal Agenda. “Lebanon is going through one of the biggest crises in our history – we need something much more serious than this”, Nammour told the Thomson Reuters Foundation [4, 5, 7].

After all the positive effect of technology in Lebanon health system from 90's till 2019, last 3 years changes a lot of things. Even medicine in pharmacies was affected, the MOPH tried to use all the capacity to keep the medicine prices stable with all this changes in Lebanese lira value, but recently with no financial support the prices increased by 15 times as well as any medical need. All that is becoming worse day after day due to political issues that didn't start finding any solution to stop that and everything still going forward [4, 6, 8, 9, 12].

The Aim: To assess the impact of different factors happening recently on the health system of Lebanon.

Material and Methods: Data collection was carried out by anonymous survey using google form online survey. This study involved 50 persons living in Lebanon, mainly between 18 and 45 years old. The questionnaire contained questions about personal questions (gender, age), the rate of personal health, hereditary conditions if available,

frequency of health checkup, the personal idea of health system in Lebanon, presence of health insurance and in case of absence the high prices effect on health routine.

Discussion: The Lebanese pound (LBP) is the currency used in Lebanon, in the last period from 1999 till 2019 the currency rate was fixed on 1500 for 1 American dollar (USD). In 2019 and due to political problem the dollar starts to be absent what leads to a decrease in Lebanese pound currency rate that arrived to a pic around 24,000 LBP for 1 USD in July 2021. With all this change the banks changed their policies and put limit for monthly withdrawals. And as a country based on import all the prices still increasing every time the currency rate changes even medicine and medical equipment what forced hospitals to raise prices and ministry of public health to raise prices of medicines that became not available for everyone and leads to stop treatments of many people. Due to the high emigration rate from many years many families now lives on a salary from relatives in any country around the world.

Cash-strapped Lebanon needs to find new sources of financing to keep providing healthcare for a traumatized population struggling with shortages of medications, skyrocketing hospitalization costs and an exodus of doctors and nurses, Health Minister Firas Abiad said in an interview with UPI.

Abiad, who announced earlier this month a gradual lifting of subsidies on medicines, including some for chronic illnesses, said late Monday the country's unprecedented financial crisis has left the healthcare system in "a precarious situation".

Only \$25 million is left to buy medications and \$10 million to purchase medical supplies and medical raw material. "We are not able to buy all what we need... It all depends on the funding that the government has. It is clear that Lebanon needs to find sources of financing", Abiad said.

Lebanon's economic crisis has placed mental health care workers in a challenging situation with minimal financial and psychological support. This has resulted in health concerns such as anxiety, depression and possibly post-traumatic stress disorder. Mental health services are scarce, hence a need for a national policy on mental health, immediate attention to the economic needs of Lebanon's health care workers is essential to rebuilding trust and strengthening the healthcare system.

Results of study: All that explain the increase of poverty in Lebanon in the last 3 years: from 60 % in 2019 till 74 % in 2020 and almost 82 % in 2021, that leads to a big decrease in hospitalization. And now Lebanon is suffering from a huge loss of medical staff and doctors with a significant absence of main medications even those for chronic diseases.

The study was made starting from October 2021 till December 2021, 50 persons with an age between 18–45 and 60 % males and 40 % female have filled the survey and here what we received:

Age structure 18–64 years: 18–24 – 80 %, 25–44 – 12 %, 44–64 – 8 %.

For the question of "rate your health from 1 to 5 (where 1 is the worst and 5 is the best)" the result was so remarkable because even during this period of time almost half of the answers was 5 or they think they have a full health.

By asking them "Do you have any hereditary conditions/diseases?" the answers where received like that: no hereditary disease 86 %, hypertension 4 %, diabetes 2 %, cholesterol 2 %, haven't checked on myself 6 %.

And that was expected as the survey was filled by the young population and the chronic diseases usually start appearing after the age of 45.

The next question was “What do you think about today’s health system in your country?”, and “How often you do regular health checkup?”excellent 47 %, good 7 %, average 27 %, poor 19 %. Medical checkup: once a year 18 %, once every 2 years 18 %, once every 3 years 6 %, never 58 %.

Seeing such result explains that the population have a bad review of the health system in the country.

The last question was about the health insurance and in case they don’t have did this affected the health routine in their life? Health insurance: yes 62 %, no 38 %.

Allowance to medical help: no 61 %, not purchase medicine 32 %, postpone a doctor’s appointment 2 %, skip a doctor’s appointment 5 %.

What is remarkable here the answer of 31.7 %, that they cannot purchase medicine may be due to economic cause or due to the availability in the pharmacies.

Day after day the case is going worse by affecting lifestyle of all people, big part of Lebanese stops eating meat and chicken because they are not capable to buy anymore what will affect the future health of the community and may lead to many new diseases in the population.

Conclusion: The healthcare system is the main important part in a population, because it is related with all the parts of the society and may be at the same time the cause of a society development and destruction.

After all this discussion we may conclude that the healthcare system in Lebanon is in the weakest level and start threatening life of many Lebanese people and the results will be seen in few years even if it is not clear now.

References:

1. William L. Ochsenwald. Lebanon; Alternate article titles: Al-Jumhūrīyah al-Lubnānīyah, Lubnān, Republic of Lebanon “Britannica” BY. Available from : <https://www.britannica.com/place/Lebanon> [access date 05.01.2022]
2. Jocelyne Gérard,Carole Nehmé. Lebanon A Geography of Contrasts By: Available from: <https://doi.org/10.4000/mediterranee.11018> [access date 05.01.2022]
3. National Health Statistics Report in Lebanon This document was prepared by the Institute of Health Management and Social Protection (IGSPS) at Saint-Joseph University and coordinated by Dr. Michèle Kosremelli Asmar with the technical support of the WHO office in Beirut and the Lebanese Ministry of Public Health and the financial assistance of the WHO office in Beirut. Available from: https://www.usj.edu.lb/intranet/annonce/files/pdf/175_pdf_1.pdf [access date 05.01.2022]
4. Ministry of public health; Republic of Lebanon (official website). Available from: <https://www.moph.gov.lb/en/Pages/8/138/health-indicators> [access date 05.01.2022]
5. Medecins sans frontiers Health care system in Lebanon disintegrates as political vacuum persists; Lebanon, 2021. Available from: <https://www.msf.org/healthcare-system-lebanon-crumbles-amidst-political-and-economic-crisis> [access date 05.01.2022]
6. United Nations; Lebanon Multidimensional poverty in Lebanon (2019-2021): Painful reality and uncertain prospects, 2021. Available from: <https://lebanon.un.org/en/143629-multidimensional-poverty-lebanon-2019-2021-painful-reality-and-uncertain-prospects> [access date 05.01.2022]
7. IHME; Lebanon Measuring what matters. Available from: <http://www.healthdata.org/lebanon> [access date 05.01.2022]

8. United Nation; UN News (Global perspective human stories) Lebanon: Almost three-quarters of population living in poverty. 2021. Available from: <https://news.un.org/en/story/2021/09/1099102> [access date 05.01.2022]
9. Arab reform initiative Data with borders for a borderless virus: Insights and recommendations from the case of Lebanon. 2021. Available from: <https://www.arab-reform.net/publication/data-with-borders-for-a-borderless-virus-insights-and-recommendations-from-the-case-of-lebanon/> [access date 05.01.2022]
10. Wiley Online library Mental health impacts of Lebanon's economic crisis on healthcare workers amidst COVID-19 First published: 2021. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hpm.3324> [access date 05.01.2022]
11. Yahoo news: From Reuters Analysis: Lebanon hands its undocumented a win - but little work By Maya Gebeily, 2021. Available from: https://news.yahoo.com/analysis-lebanon-hands-undocumented-win-120243360.html?fr=sycsrp_catchall [access date 05.01.2022]
12. United Press International: Lebanon's healthcare system in 'precarious situation,' health minister warns, 2021. Available from: https://www.upi.com/Top_News/World-News/2021/11/30/lebanon-Lebanon-precarious-healthcare/9441638307193/ [access date 05.01.2022]

REJUVENATION OF CARDIOVASCULAR DISEASES: CAUSES AND CONSEQUENCES

Podpriadova A.A.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv

Cardiovascular diseases are almost the main cause of death, disability and loss of working capacity among adults in the world and in Ukraine in particular. The most common cardiovascular diseases include: hypertension, ischemic heart disease, angina pectoris, myocardial infarction, stroke, thrombosis and embolism.

According to the World Health Organization (WHO), more than 17 million people worldwide die each year from cardiovascular diseases – more than from cancer, respiratory diseases and diabetes combined.

Every year at congresses and conferences dedicated to the pathology of the cardiovascular system, data are presented about the significant rejuvenation of this pathology, that is, cases of heart attacks, strokes, and cases of high blood pressure in young people are becoming more frequent.

Statistics show that diseases of the heart and blood vessels have become younger by about 10 years. If earlier these diseases were characteristic of the elderly, now these diseases are found in young, able-bodied people.

In order to understand why such a trend occurs, it is necessary to consider the risk factors for heart and blood vessel diseases. Therefore, the risk factors for the occurrence of cardiovascular pathology include: smoking, alcohol abuse, stress, physical inactivity, overweight/obesity, diabetes and high blood pressure.

Smoking is one of the most widespread and harmful habits among young people in Ukraine. Among young people, 45% of boys and 35% of girls smoke. Every fourth teenager in Ukraine smokes their first cigarette at the age of 10. Ukraine is the second

country in the world (after Chile) where more than 30 % of boys and girls smoke at the age of 13–15. The mass spread of smoking is one of the main reasons for the widespread spread of cardiovascular diseases. It has been proven that more than 50 % of all diseases that cause the death of smokers are due to cardiovascular diseases [1].

The toxic effect of alcohol harms the cardiovascular system: heart muscle cells are particularly sensitive to alcohol and at the same time recover slowly. As a result, the risk of developing cardiomyopathy, coronary heart disease, arterial hypertension, arterial damage and stroke increases. Drinking alcohol at a young age leads to the early development of cardiovascular diseases. According to the World Health Organization, 40 percent of children aged 14 to 18 in Ukraine regularly drink alcohol. There are many reasons for young people's use of light alcoholic beverages: family adversity, positive advertising in mass media, unemployment of the free time, lack of knowledge about the consequences of drinking alcoholic beverages, moving away from problems, psychological characteristics of the individual, self-affirmation [2, 3].

Hypodynamia is a consequence of lifestyle changes in the modern world. It is sometimes called the «disease of civilization». It especially affects the cardiovascular system: the strength of the contractions of the heart weakens, the working capacity decreases, the tone of blood vessels decreases. Hypodynamia can lead to obesity and atherosclerosis [4].

Conclusions. In a complex with measures to strengthen healthy habits among teenagers, implementation of measures, aimed at reliably protecting young people from health risks will be of great importance to prevention of health problems during the adult period, as well as for the future medical and sanitary and social condition of the country.

References:

1. Поширеність тютюнопаління серед підлітків України (за результатами глобального опитування підлітків 2011 р.) / Н. М. Полька, О. В. Бердник, О. В. Добрянська [та ін.] // Довкілля і здоров'я. – 2013. – № 3. – С. 57–61.
2. Itali E. Comparison of risk factors of CHD in the men and women with MI / E. Itali, Z. Taraghi // Pak. J. Biol. Sci. – 2010. – №13. – P. 344-347.
3. Lawrence J. The Worldwide Environment of Cardiovascular Disease: Prevalence, Diagnosis, Therapy, and Policy Issues / J. Lawrence, M.D. Laslett, P.J. Alagona // Journal American College of Cardiology. – 2012. – P. 1–49.
4. Roever L. Risk Factors for Cardiovascular Disease: Evidence from Studies / L. Roever, Resende // Journal of Cardiovascular Diseases and Diagnosis. – 2015. – Vol. 3 (2). – P. 23–25.

PREVALENCE OF PREGNANCY COMPLICATIONS IN THE KHARKIV REGION

Orel O.V.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv

One of the important problems of today in obstetrics and gynecology practice is the pathological course of pregnancy, which manifests itself in the form of the threat of abortion, placental dysfunction and many other pathological conditions. According to the literature, the most common determinants of the risk of complications during pregnancy are extragenital pathology, the importance of which does not decrease and is caused by the

deterioration of the health of the female population and the increase in the specific weight of women over 35 years old among pregnant women. There are also conditions that complicate pregnancy, such as anemia of pregnancy, preeclampsia and others [1, 2].

An analysis of statistical reports (form No. 21 Report on medical care for pregnant women, women in labor and women in labor «KNE KRC Regional Center of Medical Statistics, Healthy Lifestyle and Information and Analytical Activities») of the prevalence of pregnancy complications in the Kharkiv region for 2017–2021 was carried out. It was established that anemia, diseases of the genitourinary system, diseases of the circulatory system and edema, proteinuria, hypertension had the highest percentage of prevalence per 100 pregnant women who ended their pregnancy, in descending order.

An analysis of the prevalence of indicators that complicate pregnancy and exceeded the Ukrainian average, such as anemia and infections of the genitourinary system in dynamics over five years, was conducted. A high prevalence of anemia, which complicates pregnancy, was registered in the Kharkiv region in 2018 (25.3 per 100 pregnant women who completed their pregnancy). The highest prevalence rates were registered in the following districts: Dvorichanskyi (64.8), Valkivskyi (62.2), Zachepylivskyi (50.7), Sakhnovshchynskyi (50.4) per 100 women who completed pregnancy. The maximum rate exceeded the regional average by 2.6 times.

In 2019, the prevalence of complications of pregnancy due to diseases of the genitourinary system in the Kharkiv region exceeded the Ukrainian average by 1.5 times and was 21.5 against 14.5 per 100 pregnant women who ended their pregnancy. The highest prevalence rates were registered in the following districts of the region: Krasnokutskyi (54.3), Bogodukhivskyi (40.6), Lozivskyi (33.7), Vovchanskyi (28.4), Zachepylivskyi (27.8) per 100 pregnant women who ended their pregnancy.

When studying the dynamics of 2017-2021 indicators of the prevalence of pregnancy complications, such as anemia, diseases of the genitourinary system, diseases of the circulatory system, edema, proteinuria, hypertension, it was established that there is no steady downward trend and requires timely preventive, diagnostic and therapeutic measures.

References:

1. Вдовиченко С.Ю. Профілактика акушерської та перинатальної патології при використанні родинно орієнтованих технологій під час вагітності та пологів / Вдовиченко С.Ю. // Здоров'я жінки. – 2017. – № 3 (119) – 79–81.

2. Сюсюка В.Г. Медико-психологічна корекція та реабілітація вагітних із соматоформною дисфункцією вегетативної нервової системи / Сюсюка В.Г. // Запорізький медичний журнал. – 2014. – № 1 (82) – 55–59.

ORGANIZATION OF MEDICAL ASSISTANCE FOR PREGNANTS WITH HYPERTENSIVE DISORDERS

Orel O.V.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv

According to the European Society of Cardiology, hypertensive disorders during pregnancy are the most common medical complications, occurring in 5–10 % of pregnancies worldwide. They remain the main cause of morbidity and mortality of mothers, fetuses and newborns. Risks to the mother include premature abruption of the

normally positioned placenta, stroke, multiple organ failure, and disseminated intravascular coagulation syndrome. The fetus has a high risk of intrauterine growth retardation (25 % of preeclampsia cases), prematurity (27 % of preeclampsia cases), and intrauterine death (4 % of preeclampsia cases) [1].

In 2021, the rate of prevalence of pregnancies complicated by edema, proteinuria, hypertension in the Kharkiv region was 5.0 against 6.8 in Ukraine per 100 pregnant women who ended their pregnancy.

As of September 1, 2023, the order of the Ministry of Health of Ukraine dated July 15, 2011 No. 417 «On the organization of ambulatory obstetric and gynecological care in Ukraine.

Currently, medical assistance to pregnant women whose pregnancy was complicated by edema, proteinuria, hypertension is provided on the basis of the unified clinical protocol of primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical care «Hypertensive disorders during pregnancy, childbirth and the postpartum period», approved by order of the Ministry of Health of Ukraine dated January 24, 2022 No. 151.

Medical care at the primary level is provided by general practitioners-family doctors, therapists, obstetricians-gynecologists. At the secondary and tertiary levels, pregnant women with the above-mentioned complications are provided with medical care by obstetrician-gynecologists, anesthesiologists, therapists, cardiologists, endocrinologists, nephrologists, neuropathologists, and ophthalmologists.

Thus, the legislative support for the organization of obstetric and gynecological care needs to be revised and improved in accordance with modern challenges [2].

References:

1. Электронний ресурс. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0417282-11#Text>
2. Электронний ресурс. Режим доступу: <https://www.dec.gov.ua/mtd/gipertenzyni-rozlady-y-vagitnyh/>

PROCEDURE FOR CARRYING OUT PREVENTIVE VACCINATIONS AMONG CHILDREN IN UKRAINE

Yaremenko A.V.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv

Today, immunoprophylaxis is recognized as one of the most effective and cost-effective measures in the field of health care. Every year, between 2 and 3 million children's lives worldwide could be saved with immunopreventive measures. Vaccinating people worldwide would help prevent 1.5 million deaths from infectious diseases each year. The main goal of immunoprophylaxis is to protect the health of the population by reducing morbidity, mortality and disability due to infectious diseases, forming collective immunity and reducing the costs of the health care system for the treatment of infectious diseases, which can be prevented with the help of immunoprophylaxis.

To ensure and preserve the epidemic situation in Ukraine regarding infectious diseases that can be prevented through immunoprophylaxis, it is necessary to ensure coverage of the population with preventive vaccinations recommended by the World Health Organization.

To date, vaccination of the children's population is carried out in accordance with the approved order of the Ministry of Health of Ukraine dated 16.09.2011 No. 595 «On

the procedure for preventive vaccinations in Ukraine and quality control and circulation of medical immunobiological drugs».

The main normative-legal act of the central executive body, which ensures the formation of state policy in the field of health care, which establishes the list of mandatory preventive vaccinations and the optimal dates for their implementation, is the Calendar of preventive vaccinations in Ukraine. This Calendar includes mandatory preventive vaccinations to prevent diphtheria, whooping cough, measles, polio, tetanus, and tuberculosis.

Other mandatory vaccinations are established in accordance with this Calendar for population groups: by age; vaccination of children in violation of this Calendar; vaccination of HIV-infected persons; according to the state of health; vaccination of children after allo/auto-TSGK (transplantation of hematopoietic stem cells); vaccination in endemic and enzootic territories and for epidemic indications.

Despite the fact that modern vaccines are quite safe, none of them can completely eliminate the risk of developing post-vaccination reactions and post-vaccination complications. Post-vaccination reaction (PVR) is a health disorder that developed after and most likely as a result of immunization, which quickly passes without consequences and is characterized by a short duration (from a few hours to 1-2 days). Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 48 dated 02.03.2006 «On the procedure for carrying out prophylactic vaccinations in Ukraine and quality control and circulation of medical immunobiological drugs» regulates the list of contraindications to prophylactic vaccinations and possible PVR and PVA, and in Information Letter No. 168/2004 regarding of innovations in the health care system «Vaccination Tactics of Immunocompromised Persons» the groups of the above-mentioned persons are clearly identified and the tactics of their vaccination are given.

References:

- 1.Електронний ресурс. Режим доступу:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1159-11#Text>
- 2.WHO. Vaccine Position Papers. –
<http://www.who.int/immunization/documents/positionpapers/en/>

HEALTHCARE IN CONDITIONS OF MODERN CHALLENGES

Yaser J.K. Alsaidi

Doctor / WHO Ambassador, Lviv-Kharkiv

More than a year and a half of a brutal war, the Ukrainians health system remains resilient and overall access to some level of health services is still high, but spiraling costs, logistical hurdles and damaged infrastructure are making access to essential services all the more challenging for growing numbers of civilians.

Even before the war, Ukraine's health reform process was showing promising results. "From those who sought care, 95 % report having had primary care services and up to 90 % had access to health services for chronic conditions".

Having analyzed numerous issues and studied the expertise of world health organizations, the Ministry of Health took a democratic and evidence-based path to healthcare reform in Ukraine. After 22 failed attempts, over 25 years by predecessors, they have secured the support of Ukraine's Parliament to reform the old system and in late 2017 formal laws were passed to build a new patient-oriented healthcare service.

But upcoming wintertime challenges and the latest escalation in fighting could add to a significant burden on the health system, with thousands of civilians living in damaged homes without fuel or power, potentially vulnerable to a range of dangerous cold weather conditions, from frostbite to pneumonia.

The major barriers to accessing health care as people across Ukraine report are cost, time constraints to get to and from health facilities, as well as limited transport availability. Chief among these is the cost of care. Those who are living in temporarily occupied territories and active combat areas remain the most vulnerable, with 1 in 3 reporting reduced access to services and medicines, compared to 1 in 5 people nationwide.

In response to ongoing, urgent needs, Many countries continue to bring life-saving medical supplies into the country. Massive amount of supplies have been delivered to Ukraine since 24 February in coordination with the Ministry of Health. And many countries continue to bring in much-needed supplies to newly liberated areas as well, including the Kharkiv and Donetsk regions. Areas including Izium, Lyman, Kharkiv and Sviatohirsk have been reached in the last few weeks with supplies.

The war in Ukraine has created a huge need for psychological support ranging from psychological first aid to comprehensive psychological care. People have experienced fear, trauma and isolation and are showing symptoms of anxiety, depression and stress.

Besides tangible medical and humanitarian supplies, WHO and Many medical and humanitarian organizations are also providing capacity-building and technical guidance to meet ongoing health needs.

WHO has so far trained more than 11 000 health care workers on a range of issues, including trauma surgery, mass casualties, chemical exposure, epidemiology, and laboratory diagnostics.

Mobile health units supported by WHO and many organizations from different countries continue to ensure that medical consultations can reach the most vulnerable and those who have returned to liberated areas. The focus of these organizations has been to ensure extended primary care and support in managing chronic conditions, such as hypertension and diabetes, in numerous oblasts.

During the crisis, health must remain a priority pillar, with health workers being protected so they can continue to save lives and with health systems and facilities being protected so that they remain functional, safe and accessible to all who need essential medical services.

Секція 5.
ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я, ПРОФІЛАКТИЧНІ СТРАТЕГІЇ

**ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ТА ДУХОВНІ АСПЕКТИ
СТАРІННЯ ЛЮДСТВА У СУЧАСНОМУ СВІТІ**

Семидоцька Ж.Д., Чернякова І.О., Красовська К.О.
Харківський національний медичний університет, м. Харків

Старіння населення – одна з головних планетарних проблем ХХІ століття. Генеральна Асамблея ВООЗ оголосила період 2021–2030 років «Десятиліттям здорового старіння».

Десятиліття здорового старіння - це перехід від «старіючого суспільства» до «суспільства усіх вікових груп», забезпечення повної інтеграції і активної участі літніх людей у всіх сферах суспільного життя, політика «активного старіння», «успішного старіння», «активного довголіття», адаптації людини до нових умов старіючого організму [1].

ВООЗ відмічає, що активне старіння є процесом оптимізації можливостей для підтримання та покращення здоров'я, участі у соціальному житті та почуття безпеки, що спрямовані на підвищення якості життя. Така політика забезпечить включення літніх людей до всіх сфер соціального буття, допоможе реалізувати їх потенціальні можливості працювати у різних галузях економіки, науки, мистецтва, брати участь у соціальній діяльності згідно за їх потребами та бажаннями, потребами суспільства, робити вагомий внесок до соціально-економічного розвитку держави.

Існує багато теорій і гіпотез щодо причин і механізмів розвитку старіння. Біологічні теорії включають стохастичні (теорія апоптозу, «старіння за помилкою», старіння як хвороба); гормональні (підвищення рівнів інсуліну і кортизолу; зниження рівнів тестостерону, естрогену, прогестерона, мелатоніна); адаптаційно – регуляторна, енергетична, і таке інше. Процес старіння пов'язується з накопиченням у клітинах продуктів життєдіяльності, виведених з обміну речовин, а також позаклітинних накопичень. Вивчається роль регуляторних білків циркадних ритмів клітин, виявлено їх транскрипційно – трансмутаційні автономні петлі зворотного зв'язку, які активують сигнальні каскади, пов'язані зі старінням. Натепер актуальними є молекулярно – генетичні теорії, зокрема, скорочення теломерів у хромосомах, елеваційна (онтогенетична). Останнім часом привертається увага до ролі мікробіома людини у розвитку процесів старіння [2].

Розвиваються соціологічні напрямки теорії старіння: структуралізм, теорія відчуження (звільнення), діяльності (активності), структурної залежності, символічного інтеракціонізму. Старість розглядається як своєрідний психологічний феномен [3].

У сучасному суспільстві продовжують існувати міфи щодо старіння. Вважається, що особи похилого віку не можуть приносити користь суспільству в зв'язку з обтяженням багатьма хворобами, нездатністю до навчання, небажанням змінювати свій спосіб життя, погіршенням фізичного стану, розумових, когнітивних здібностей.

Натепер у протилежність міфам про старіння і старість розвивається теорія і практика «успішного старіння». Старіння є «успішним» («активним», «продуктивним», «здоровим»), якщо старіюча людина приймає участь у соціальному житті, зберігає стиль життя, який був притаманним їй у молодому і зрілому віці, робить свій внесок у розвиток суспільства, здатна запобігати ризикам захворювань та інвалідності [4].

Суспільство має усвідомити, що в умовах зростання демографічної кризи використання потенціальних можливостей старіючого населення при успішному старінні може бути вирішенням проблеми подальшого успішного економічного розвитку. Необхідно створення умов для підвищення компетентності людей похилого віку, надання можливостей підвищувати освітній рівень, зберігати і підтримувати соціальні зв'язки, при необхідності набувати нові професії. Успішне старіння має забезпечити літнім людям оплачувану зайнятість, задоволення своїм життям, можливість додати сенсу минулому, сьогоденню, майбутньому.

Останніми роками спостерігається зростання інтересу до проблеми духовності в усіх сферах життєдіяльності людини, існує міжнародна група вчених з участю українських науковців, які вивчають проблеми духовності суспільства. Духовне здоров'я визначається як динамічний стан людини, для якого притаманні любов до життя в усіх його проявах, творчий підхід до вирішення проблем, стійкість до випробувань, прагнення до самопізнання, самовдосконалення.

Проявами духовності є прагнення до позитивних цінностей: справедливості, свободи вибору, захисту прав на життя, здоров'я, здатності до співпереживання, доброчесність, гідність, пошуки істини, сенсу життя та смерті, потреба у творчості.

Духовність є необхідним компонентом і результатом процесу успішного старіння, виступає як потенціал для виникнення нових поглядів на життя, трансформації матеріальних, життєвих прагматичних підходів до сенсу життя у трансцендентні, ідеальні простори. Важливою умовою успішного старіння визнається подолання відокремленості від соціального, природного світів, відчуття своєї єдності з усім довкіллям, з Космосом, необхідності постійного самовдосконалення, самореалізації. Вививання *Nomo sapiens* як виду можливо, якщо пріоритетом у соціумі переважатиме духовне над матеріальним, система абсолютних базових духовних цінностей ХХІ століття. Такими цінностями є фундаментальні права і свободи людини, демократичний принцип державного устрою, правова і соціальна держава, громадянськість, толерантність, соціальна справедливість. Втілення цих цінностей має забезпечити умови для успішного старіння усіх верств населення. Цінності визначають духовну ситуацію, в якій натепер перебуває людство.

Не дивлячись на усі зусилля суспільства, держави щодо захисту прав літніх людей, продовжує існувати ейджизм, стереотипи, упередження, дискримінація відносно віку. ВООЗ пропонує три стратегії щодо подолання ейджизму: (1) – поведінкова політика, (2) – правила та закони, (3) – освітні заходи та співпраця різних поколінь.

Бажання жити довго, при тому зберігати здоров'я, вести активний спосіб життя є природним для людини.

Філософська концепція і міжнародний рух трансгуманізму підтримує застосування новітніх досягнень біомедичних технологій для покращення фізичних, психічних, когнітивних здібностей людини з метою усунення страждань, захворювань, старіння, смерті шляхом нескінченного вдосконалення організму, заміну органів старіючої або хворої людини штучними, створення сильного штучного інтелекту,

екзоскелетів, нейро-комп'ютерних інтерфейсів, завантаження свідомості за допомогою інформаційних технологій, біоінженерії. Трансгуманізм може призвести до виникнення постлюдини, суспільства постлюдей, появи нових етичних постлюдських стандартів, до втрати видової, соціальної, духовної самоідентифікації Homo sapiens [5]. Старіння може сповільнюватися або прискорюватися під впливом різних життєвих обставин (феномен «прискороного старіння»).

Війна в Україні створює умови для розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривалої реакції на події, загрозливі для життя людини, її гідності, цінностей. Розвиток ПТСР загрожує військовим, волонтерам, медичним працівникам, рятувальникам, біженцям, переселенцям, усім верствам населення. Ускладнена форма ПТСР може сприяти «омолодженню» на 10–15 років хронічних неінфекційних, онкологічних захворювань, розвитку феномена «прискороного старіння».

ВООЗ прогнозує розвиток погіршення психічного здоров'я внаслідок війни у кожного четвертого українця. Порушення соціального здоров'я пов'язується з проблемами зміни соціального статусу у біженців, переселенців, з дистанційною формою спілкування, втратою роботи, зменшенням прибутку, тощо. Страждає також фізичне здоров'я населення внаслідок порушень здорового способу життя, неправильного харчування, вимушеного зменшення фізичної активності, розвитку інфекційних і загострення хронічних неінфекційних захворювань.

Успішне старіння в Україні буде можливим після зникнення травматичної ситуації, після перемоги у війні, повернення до мирного життя, відновлення економіки, добробуту. Під час війни медичні працівники мають надавати необхідну психологічну, духовну допомогу в умовах посттравматичного стресового розладу, звертатися до вищих духовних цінностей людини: віри, милосердя, справедливості аби запобігти розвитку прискороного старіння. Професійна духовність лікаря, медичної сестри є надійним захистом людини від прискороного фізичного, психічного, соціального та духовного старіння.

Покоління успішно старіючих людей у XXI столітті має стати рушійною силою в економічному, політичному розвитку суспільства, сприяти його духовному вдосконаленню, подоланню демографічної кризи.

Література:

1. Демографічні тенденції в Україні у 2002–2019 рр: Колективна монографія / За ред. О.М. Гладуна; НАН України, Ін-т демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи. – Київ, 2020. – 174 с.
2. Широкобоков В.П., Янковський Д.С., Димент Г.С. Мікробіом та старіння людини. // Журнал НАМН України. – 2019. – Т. 25. – № 4. – С. 463–475.
3. Подорожний В. Старість як психологічний феномен // Науковий вісник МНУ імені В.О. Сухомлинського. Психологічні науки – 2017. – № 2 (18). – С. 157–163.
4. Джуган Р.І. Концептуалізація поняття «успішне старіння» у соціогуманітарних науках та соціології. / Вісник Львівського національного університету імені І. Франка. Серія: соціологічна. Львів, 2020. Вип. 14. С. 54–62.
5. Капустіна Н., Попсуєнко Л. Трансгуманізм як проект покращення людини: філософсько-етичний вимір. Юридичний вісник, 2019/2. – С. 94–99.

КЛІМАТИЧНІ ЗАГРОЗИ ВОДОПОСТАЧАННЮ ПІВДНЯ УКРАЇНИ

Бабієнко В.В.¹, Мокієнко А.В.², Валькевич Д.В.¹

¹Одеський національний медичний університет, м. Одеса

²Національний університет «Острозька академія»,

м. Острог, Рівненська область

Україна є однією з найменш водозабезпечених країн Європи. Як свідчить «Стратегія екологічної безпеки та адаптації до зміни клімату на період до 2030 року» [1], із змінами клімату ця ситуація буде загострюватися, перш за все на півдні країни. Це стосується погіршення якості поверхневих вод, що потребуватиме як додаткових заходів з очищення води, так і можливого транспортування води в ці регіони. Недостатність поверхневих вод потребуватиме залучення вод з глибоких підземних водоносних горизонтів. За умови недостатнього підживлення суміжних водойм від р. Дніпро можливе запровадження заходів з обмеження водопостачання [1].

Це повною мірою стосується українського узбережжя Чорного моря як рекреаційної зони, яка найбільш відвідувана туристами. Тут на збільшення загроз впливає застаріла інфраструктура систем водопостачання та водовідведення [2].

Цілком очевидно, що завданнями для вирішення накопичених проблем є будівництво нових, реконструкція та модернізація очисних споруд і формування планів дій з адаптації до зміни клімату у сферах управління водними ресурсами.

Події, які зараз відбуваються, призвели до значних, а іноді невідомих руйнувань критичної інфраструктури централізованого водопостачання та водовідведення міст, гідротехнічних споруд, що мали протипаводкове призначення та використовувалися для боротьби із шкідливою дією вод, а також об'єктів гідротехнічної мережі систем зрощення і дренажу. Наслідки військових дій призвели до посилення зазначених проблем [2].

Аналіз прогнозних кліматичних змін басейну Дністра показав, що зараз потрібно планувати адаптацію не лише відповідно до вже передбачуваних змін кліматичних параметрів, а й до можливості слабо прогнозованої поведінки кліматичної системи, характеристики якої поки невідомі. Це вимагає, з одного боку, більшого «запасу міцності» вживаних заходів, здатних працювати в широкому діапазоні можливих майбутніх змін клімату, а з іншого – постійних спостережень за кліматичними і похідними від них параметрами, аналізу і використання такої інформації для прийняття рішень [2].

Одними із найбільш уразливих до зміни клімату в басейні Дністра будуть наступні.

Водопостачання. Зниження рівня підземних вод, пересихання колодязів і джерел – основних постачальників води в сільській місцевості. Можливий дефіцит доступних водних ресурсів у нижній частині басейну і погіршення якості води.

Населення. Ризик для життя, пов'язаний з екстремальними погодними і гідрологічними явищами. Загальна уразливість внаслідок низького рівня доходів населення, соціального розшарування, погіршення демографічної ситуації, зниження якості освіти [3].

Розрахунки за глобальним сценарієм А1В для басейну Дністра показують імовірне зниження до 2050 року середнього і мінімального стоку в середній та нижній течії Дністра.

У районі питного водозабору в селищі Біляївка, що забезпечує водою Одесу, спостерігається погіршення якості води внаслідок збільшення концентрацій біогенних та органічних речовин. Води в нижній течії річки також забруднені такими небезпечними сполуками, як нафтопродукти, хлорорганічні пестициди, поліароматичні і леткі вуглеводні. Забрудненість малих річок басейну Дністра значно вища, зокрема через їх маловодність, зумовлену переважанням випаровування над опадами в нижній течії. Забруднені й ґрунтові води, про що свідчить низька якість води в колодязях сільської місцевості.

Основна частина проблем сконцентрується в середній і, особливо, нижній течіях Дністра. Тут буде спостерігатися найбільш виражене зниження середнього і мінімального стоку, збільшення висоти та інтенсивності дощових паводків, загострення проблеми водозабезпечення через зниження рівня і якості води.

Використання водно-балансового моделювання водного стоку дозволило встановити, що з 2041 року можливе припинення місцевого поверхневого стоку в маловодні роки в Херсонській, Одеській, Миколаївській, Дніпропетровській та Запорізькій областях [4].

Така ситуація загрожує різким погіршенням водопостачання міст і сіл регіону, обмежить розвиток аграрного сектора, погіршить санітарно-гігієнічні умови рекреаційних зон Причорномор'я. Особливо загрозливою є ситуація для комунального та промислового водопостачання міста Одеси, для якого р. Дністер є основним джерелом водопостачання.

Тому основними адаптаційними заходами для водного господарства півдня України слід вважати раціональне використання наявних водних ресурсів та їхній захист від забруднення. Варто вже зараз розпочати проведення рішучих заходів із метою подолання несанкціонованого відбору водних ресурсів із поверхневих і підземних джерел, заохочувати маловодні технології в регіоні, вводити нові альтернативні джерела водопостачання, не ігноруючи заходи з опріснення морської води чи перекидання водного стоку з інших регіонів, наприклад із басейну Дунаю. Окремо слід зазначити, що зменшення обсягів водних ресурсів вплине не лише на функціонування галузей економіки, але й може призвести до обмеження водопостачання населення [4].

Як показує даний аналіз кліматичних загроз для півдня України, загальна тенденція розвитку ситуації визнається як погіршення. Це особливо актуально, якщо врахувати старі проблеми водопостачання населення цього регіону, які не були вирішені до війни, а під час війни набули особливої гостроти.

Аналіз досліджень щодо взаємозв'язку якості питної води та інфекційною захворюваністю населення Одеси та Одеської області показав наступне.

Результати проведених досліджень [5] дозволяють судити, що у м. Одесі протягом 1970–2004 років провідна роль в етіології вірусного гепатиту А (ВГА) належала водному чиннику.

Показано персистувальний характер вірусного забруднення водних об'єктів Одеської області за 1994–2008 рр. [6]. Обґрунтовано недостатню ефективність існуючої системи водопідготовки на ВОС «Дністер» по відношенню до значимих вірусних контамінантів та високий ризик вторинної контамінації води вірусами у водорозподільних мережах міста.

Вивчено питому вагу водного фактору в структурі інфекційної та неінфекційної захворюваності Одеської області. Висловлено припущення, що «водний» фактор внаслідок неефективності хлорування води впливає на періодичність, циклічність і сезонність водно-обумовлених інфекцій ВГА (вірусний гепатит А) та РІ (ротавірусна інфекція), результатом чого є спорадична інфекційна захворюваність населення [6].

Встановлено, що захворюваність у Придунайському регіоні (особливо в м. Ізмаїл та окремих районах, які варіюються в залежності від груп хвороб) вірогідно вище по всім групам інфекційних захворювань (за винятком ВГА) та деяким групам неінфекційної захворюваності різних категорій населення [7].

Висновки.

1. Основними адаптаційними заходами до змін клімату для водного господарства півдня України слід вважати раціональне використання наявних водних ресурсів та їхній захист від забруднення.

2. Поверхневі та підземні водойми і питна вода в Одеській області, яка є однією із найбільш кризових у контексті водопостачання, слід розглядати як джерело перманентного епідеміологічного ризику.

3. Зважаючи на зростання біологічної загрози води всіх видів користування, слід визнати терміновим проведення епідеміологічних досліджень водно-обумовлених інфекцій.

Література:

1. Стратегія екологічної безпеки та адаптації до зміни клімату на період до 2030 року. Схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 20 жовтня 2021 р. N 1363-р.

2. Стратегічні напрями адаптації до зміни клімату в басейні Дністра. ENVSEC. СЕК ООН. ОБСЄ. 2015. 72 с.

3. Сніжко С., Шевченко О., Дідовець Ю. Аналіз впливу кліматичних змін на водні ресурси України (повний звіт за результатами проекту). Центр екологічних ініціатив «Екодія». 2021. 68 с.

4. Розробка наукових засад адаптації водного господарства України до можливих змін клімату із врахуванням гідрологічних показників основних річкових басейнів. Звіт про виконання НДР. Державне агентство водних ресурсів України. Київ, 2011. 119 с.

5. Козішкурт О.В. Роль водного чинника в розповсюдженні вірусного гепатиту А в м. Одесі. *Вісник проблем біології і медицини*. 2005. № 2. С. 26–30.

6. Мокиєнко А. В. Вода и водно-обусловленные инфекции. 2-е изд. перераб. и доп. 2021. Т. 2. 408 с. URL: <https://repo.odmu.edu.ua:443/xmlui/handle/123456789/10873>

7. Мокієнко А. В., Ковальчук Л. Й. Українське Придунав'я: гігієнічні та медико-екологічні основи впливу води як фактору ризику на здоров'я населення. Одеса. Прес-кур'єр, 2017. 352 с.

ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧУВАННЯ ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Григоров М.М., Огнєв В.А., Нестеренко В.Г.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Харчування – засіб підтримання життя, росту і розвитку, здоров'я та високої працездатності людини. Нераціональне харчування призводить до порушення обміну та розладу функціонального стану систем організму, особливо травної, серцево-судинної та центральної нервової систем.

Негативні наслідки нераціонального харчування найбільше проявляються у дітей та літніх людей, а також у всіх людей при малій рухливості та недостатньому м'язовому навантаженні. Таким чином, раціональне харчування є засобом нормалізації стану організму та підтримання високої його працездатності. Раціональним харчуванням називається харчування, яке задовольняє енергетичні, пластичні та інші потреби організму, забезпечуючи при цьому необхідний рівень обміну речовин, сприяє збереженню здоров'я, опору шкідливим факторам навколишнього середовища, високій фізичній й розумовій працездатності, а також активному довголіттю [1].

Основу раціонального харчування складають три *основних принципи*:

1. Баланс енергії – передбачає відповідність енергії, яка надходить в організм з їжею, енергії, яка витрачається в процесах життєдіяльності.

2. Забезпечення потреби організму в оптимальній кількості та співвідношенні поживних речовин.

3. Режим харчування – дотримання визначеного часу споживання їжі, а також раціонального розподілу їжі при кожному її споживанні [1].

Під режимом харчування розуміють кількість, і розподіл прийомів їжі протягом доби, інтервалами між прийомами їжі і розподіл обсягу їжі на кожний прийом.

При порушенні режиму харчування, перш за все, страждає травна система: можуть розвиватися такі захворювання, як гастрит, виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки. При цьому може з'явитися надлишкова маса тіла, ожиріння, знизитися працездатність.

Від кратності прийому їжі залежить обмін речовин в організмі. Чим рідше прийом, тим більше надлишкова маса тіла людини. Це відбувається тому, що за один раз в до організму людини потрапляє велика кількість їжі, в результаті чого переповнюється і розтягується шлунок, обмежується рухливість і перетравлення їжі. Це у свою чергу, ускладнює роботу травних залоз. Якщо розриви між прийомами їжі складають 7-8 годин, організм перебудовується на більш економне витрачання отриманого матеріалу, накопичення жиру і уповільнення процесів розкладу харчових речовин, розвивається ожиріння, що часто сприяє виникненню цукрового діабету.

З фізіологічної точки зору більш раціональним є порівняно частий прийом їжі. Рекомендується 4-х разове харчування. При цьому проміжки між прийомами їжі не перевищують 4-6 годин.

Поведінка під час їжі. Під час їжі краще усього концентруватися саме на їжі, а також перебувати у хорошому настрої. Тобто потрібно ізолювати зовнішні подразники, такі, як смартфон, ноутбук, книга, телевізор, тощо. Оскільки сфокусовані думки забезпечать кращий результат – оптимальне травлення та засвоєння їжі. Негативні емоції, також, погано впливають на травлення [2].

Сучасна молодь не відрізняється чітким дотриманням правил раціонального харчування, правил прийому їжі та, як правило, більшість осіб молодого віку харчуються не збалансовано.

Проведене дослідження серед осіб молодого віку для виявлення харчових звичок сучасності.

Мета дослідження полягає у виявленні харчових звичок осіб молодого віку, факторів, що сприяють збільшенню маси тіла та появі ожиріння.

Матеріали та методи

В роботі використані соціологічний та математико-статистичний методи дослідження, які проведено на базі Харківського національного медичного університету в період з листопада 2022 року до березня 2023 року шляхом анкетування. В опитуванні прийняли участь 267 респондентів (студентів 1–6 курсів). 13 анкет були забраковані. З 254 анкет рандомно були відібрані 200. Анкета містила питання щодо якості життя осіб молодого віку, у яких зафіксована надлишкова маса тіла, або встановлено діагноз ожиріння.

Статистична обробка даних проведена з використанням програмного забезпечення MS Excel. При перевірці статистичних гіпотез критичним був визначений рівень значущості $p=0,05$ [3].

Результати та їх обговорення

Питання анкети стосувалися осіб молодого віку та обізнаності з правил раціонального харчування. Відповіді респондентів щодо дотримання раціонального харчування виявили, що 35 % осіб молодого віку часто пропускають сніданок, їдять переважно в обід та вечерю. При стресових ситуаціях або «поганому настрої» 35 % респондентів завжди, а 40 % іноді вживають смачну їжу. 62,5 % дуже часто, майже завжди полюбляють поїсти перед телевізором, комп'ютером або іншим електронним приладом, іноді це здійснюють 30 %, ніколи цього не здійснюють 7,5 %. Дивляться телевізор, проводять час за комп'ютером або іншими електронними приладами: а) в середньому до 3-х годин на добу – 21,2 % респондентів; б) більше 3-х годин на добу – 78,8 %. Вживають продукти, які рекламують по телевізору: часто – 8,8 %, іноді 43,8 %, ніколи не вживають 47,5% респондентів.

Питанням анкети також стала обізнаність осіб молодого віку щодо рекомендацій та правил здорового харчування. Респондентам, які користуються рекомендаціями щодо раціонального харчування, у 20 % випадків рекомендації були розроблені сімейним лікарем, 15 % – лікарем ендокринологом, 12,5 % – групою лікарів, 52,5 % лікарями інших спеціальностей.

Відповідаючи на запитання про дотримання режиму харчування, 68,5 % респондентів зазначили, що не мають суворо певного режиму, 17,5 % приймають їжу в один і той же час, не частіше 3-х разів на добу, 13,8 % також повідомили, що приймають їжу в один і той же час, але частіше ніж 3 рази на добу. Більшість респондентів (51,2 %) вказали в анкетах, що здійснюють прийом їжі тільки за кухонним столом, 28,8 % вказали, що не мають певного, фіксованого місця прийому їжі, 20 % частіше за все поєднують прийом їжі з переглядом телепередач або роботою за комп'ютером.

Висновки

1. За результатами анкетування серед студентів 1–6 курсів Харківського національного медичного університету, стало відомо, що 36,2 % дотримуються певного режиму раціонального харчування, 35 % пропускають сніданок, 28,8 % – не дотримуються будь-якого режиму харчування, вживають їжу, коли голодні. 17,5 %

приймають їжу в один і той же час, не частіше 3-х разів на добу, 13,8 % також повідомили, що приймають їжу в один і той же час, але частіше ніж 3 рази на добу.

2. При виникненні стресових ситуацій або «поганому настрої», 35 % респондентів зазначили, що завжди, а 40 % – іноді вживають смачну, не завжди корисну їжу.

3. Більше половини респондентів (62,5 %) не дотримуються правил «столового» етикету, полюбляють поїсти пере телевізором, комп'ютером або іншими електронними пристроями, допускаючи прийом їжі поза спеціально для цього призначених місць. 78,8 % респондентів повідомили, що більше 3-х годин на добу дивляться телевізор або проводять час за комп'ютером.

В довершенні висновків, потрібно зазначити, що респонденти велику увагу приділяють саме нераціональному способу харчування та відмічають збільшення ваги за останній період часу.

Література:

1. Мигович І.І. «Основи раціонального харчування та його роль у формуванні здорового способу життя». Матеріали Ужгородського національного університету. 2022 рік.

2. health.blog.net.ua/2009/

3. Огнев В.А., Нестеренко В.Г., Григоров М.М., Григоров С.М., Григорова А.О. «Харчові звички осіб молодого віку, пов'язані з ожирінням та надлишковою вагою». Журнал «Медицина сьогодні і завтра» 92(1)2023.

ОБҐРУНТУВАННЯ УНІФІКОВАНОГО ПІДХОДУ ДО ПРОГНОЗУВАННЯ ДОНОЗОЛОГІЧНИХ СТАНІВ ЗДОРОВ'Я У ШКОЛЯРІВ

Сокол К.М.¹, Подрігало Л.В.², Подрігало О.О.²

¹Харківський національний медичний університет, м. Харків

²Харківська державна академія фізичної культури, м. Харків

Погіршення здоров'я дітей шкільного віку, що відбувається в даний час, зумовлює актуальність профілактичної роботи, причому превентивна спрямованість діяльності найбільш ефективна на рівні донозологічних станів (ДС), проміжних між здоров'ям і хворобою [3]. Виходячи з цього необхідною умовою є обґрунтування та розробка у школярів критеріїв донозологічної діагностики (ДД), адекватних існуючим критеріям оцінки здоров'я та практично застосовних в умовах повсякденної діяльності лікарів та педагогів. Тобто необхідно розробити схему, яка дозволяє співвіднести наявні критерії оцінки здоров'я дітей та критерії ДД та максимально стандартизувати цей процес, щоб виявлення та прогноз цих станів були можливі в умовах навчального закладу та з використанням наявного арсеналу методик дослідження та методів обробки інформації.

В даний час загальноприйнятими є наступні критерії оцінки здоров'я дітей, що дозволяють характеризувати цей стан: функціональний стан органів і систем, рівень та гармонійність розвитку (фізичного, нервово-психічного та ін.), реактивність та резистентність, наявність чи відсутність захворювань чи вад розвитку. Як критерій, що зумовлює здоров'я, прийнято використовувати стан навколишнього середовища, який оцінюється за наявними факторами ризику та їх впливом на організм.

Відповідно до наявних робіт [1, 2] для оцінки ДС на сьогодні використовуються рівень функціонування (РФ), функціональні резерви (ФР) та ступінь напруги регуляторних механізмів (СН), пов'язані між собою, що дозволяють оцінити особливості гомеостазу організму, що перебуває на межі норми та патології.

Використання зазначених вище критеріїв ДД дозволяє виділити характерні ознаки крайніх станів на шкалі здоров'я – донозологія – хвороба. Тобто здоров'я має характеризуватися гармонійним фізичним розвитком середнього або вище середнього рівня, середньою чи високою працездатністю з оптимальною реакцією на навантаження, відсутністю або одиничними випадками гострої захворюваності, оптимальним імунним статусом та відсутністю хронічних захворювань.

Стан хвороби характеризується полярно протилежними проявами: дисгармонійний фізичний розвиток з рівнем нижчим за середній або низьким, низька або нижча за середню працездатність з несприятливою реакцією на навантаження, кратність гострих захворювань на рівні (або вище) чотирьох за рік, низький імунний статус і, природно, наявністю хронічних захворювань.

Тобто ДС займають проміжне положення між вказаними крайніми станами шкали. Таким чином, використаний підхід дозволяє виділити основні ознаки власне ДС виходячи з критеріїв оцінки здоров'я та з огляду на показники ДД.

Найпростіше це зробити для фізичного розвитку, де відповідність фактично визначається самими термінами. Так, УФ характеризуватиметься рівнем фізичного розвитку, СН – ступенем його гармонійності, а про ФР можна судити з динаміки основних антропометричних показників, причому найбільш інформативними будуть фізіометричні (ЖСЛ, динамометрія, ЧСС, АТ тощо) та соматометричні (окружність плеча, передпліччя, стегна, екскурсія грудної клітки тощо). Отже, у процесі дослідження фізичного розвитку можна прогнозувати наявність ДС. Його характерними ознаками будуть зниження рівня та формування дисгармонічності розвитку, погіршення динаміки антропометричних показників.

Досить просто з позицій ДД може бути охарактеризовано функціональний стан органів та систем. Тут УФ відповідає рівню працездатності, про величину ФР дозволяє судити характер реакції на тести навантаження, а СН оцінюється за асоціацією показників, що характеризують працездатність. Фактично ДД проводиться при дослідженні працездатності школярів, причому ДС прогноуються у разі встановлення зниження рівня працездатності, виявлення несприятливої реакції на навантаження та зміну зв'язків між показниками, що характеризують працездатність.

Реактивність та резистентність відображає, перш за все, рівень опірності, який і характеризуватиме УФ за цим критерієм здоров'я. Стан ФР відбиває динаміка показників, а СН, як і вище, ілюструється асоціацією показників, але в даному випадку, що відображають опірність організму. Несприятливий прогноз розвитку ДС буде зроблено у разі зниження рівня опірності нижче критичного, погіршення динаміки показників, що характеризують резистентність та реактивність, та, як і раніше, зміни зв'язків між показниками.

Запропонована схема дозволяє охарактеризувати та захворюваність, застосувавши загальноприйняті статистичні показники. Для УФ це кількість гострих захворювань, для ФР – динаміка тривалості випадків непрацездатності, а СН оцінюватиметься з допомогою стану задіяних систем. Тобто, збільшення числа випадків гострих захворювань, подовження випадків захворюваності та зростання кількості захворювань ілюструватимуть розвиток ДС та підвищення ймовірності розвитку патології.

До основних переваг запропонованого підходу повинні бути віднесені уніфікованість і економічна доцільність, оскільки більшість критеріїв передбачає використання одних і тих же показників (динаміка, зв'язок, рівень тощо), тобто запропонована схема, практично не вимагає модифікації існуючого порядку роботи та додаткових фінансових вкладень.

Розроблена схема може бути реалізована із застосуванням методів та методик, традиційних для оцінки здоров'я дітей (дослідження фізичного розвитку та працездатності, статистичний аналіз гострої захворюваності та патологічної ураженості тощо). Запропонований підхід дозволяє реалізувати схему прогнозування ДС за аналогією з комплексною оцінкою фізичного розвитку. Позначивши кожен критерій здоров'я великими літерами – ФР, ФС, РР, З, як індекс вказуються критерії ДД, які дають підстави для незадовільного прогнозу, наприклад $ФР_{уф}$ означає низький рівень фізичного розвитку, а $ФС_{фр}$ – несприятливий характер реакції навантаження. Тобто результатом проведення досліджень стає приведення інформації у формалізованому вигляді, наприклад, аналогічно формулі статевого дозрівання, де нульове значення відображатиме відсутність відхилення, а зазначення індексу – порушення, які трактуються як ДС.

Так, формула $ФР_{уф,0,0,сн}$, $ФС_{уф,0,0}$, $РР_{0,0,сн}$, $З_{0,0,0}$ означає, що у обстеженого має місце низький рівень та дисгармонійний фізичний розвиток, зниження рівня працездатності, зміна зв'язків, що характеризують резистентність та реактивність за відсутності несприятливих змін інших показників (реакції на навантаження, захворюваності тощо). Крім збереження досить великого обсягу інформації у порівняно невеликому вигляді, така формула цінна ще й тим, що дозволяє обґрунтувати необхідні рекомендації для оздоровлення та розробити профілактичні заходи. Тим самим реалізується один із основних принципів моніторингу здоров'я – зворотний зв'язок, коли отримувана інформація використовується для оптимізації стану людини.

Важливим моментом є важлива можливість використання цього підходу на індивідуальному, груповому і популяційному рівнях. Тобто запропонований підхід здебільшого відповідає принципам організації моніторингу здоров'я, що дає підстави рекомендувати його для використання з цією метою.

Література:

1. Бердник О.В., Полька Н.С., Добрянська О.В., Рудницька О.П., Скочко Т.П. Дитяче населення крізь призму громадського здоров'я. К. МВЦ «Медиаформ», 2020. 200 с.
2. Берзін В.І. Стельмахівська В.П., Подрігало Л.В., Даниленко Г.М. Гігієна дітей та підлітків. К. Видавничий дім «Асканія», 2012. 304 с.
3. Подрігало Л.В., Даниленко Г.М. Донозологічні стани у дітей, підлітків та молоді: діагностика, прогноз та гігієнічна корекція. К. Генеза, 2014. 200 с.

КОГНІТИВНІ РОЗЛАДИ У ОСІБ МОЛОДОГО ТА СЕРЕДНЬОГО ВІКУ ТА МЕТОДИ ЇХ КОРЕКЦІЇ

Крупеня В.І., Просолєнко Н.В., Каук О.І.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Однією з найбільш складних функцій головного мозку, за допомогою яких саме і відбувається взаємозв'язок людини з навколишнім середовищем та

реалізуються такі процеси, як сприйняття, мислення, увага, мова, пам'ять і рухові навички є когнітивні функції. Зниження однієї чи кількох пізнавальних функцій порівняно з рівнем називається когнітивним розладом (КР) [1]. Частіше за все це є порушення уваги, пам'яті та інтелектуальної діяльності.

Останнім часом спостерігається чітка тенденція зростання кількості осіб молодого та середнього віку, які мають КР різного ступеня від субклінічних або суб'єктивних до легких та помірних розладів (так звані недементні порушення). Це зазвичай призводить не тільки до зниження якості життя, а й до порушення професійної та соціальної діяльності людини.

Згідно останніх досліджень, 69,25 % людей молодого віку (до 44 років) пред'являють скарги на порушення концентрації уваги та пам'яті за відсутності значних відхилень при клініко-неврологічному обстеженні. А у 6,7 % осіб, які відзначають суб'єктивну когнітивну дисфункцію, протягом року розвиваються легкі та помірні КР [2].

Серед причин, які можуть викликати КР у осіб молодого та середнього віку на перших місцях знаходяться повторні черепно-мозкові травми, серцево-судинні захворювання (не коригована артеріальна гіпертензія та порушення серцевого ритму) і перенесенні інфекційні захворювання (менінгіти, енцефаліти). КР є найчастішими проявами постковидного синдрому поряд із швидкою стомлюваністю чи слабкістю. Серед пацієнтів, які перенесли коронавірусну інфекцію, у 85,1 % відзначався «туман у голові» (англ. brain fog), у 74,8 % – зниження концентрації уваги, особливо при виконанні інтелектуальної роботи (64,9 % випадків), у 57,6 і 54,1 % – порушення керуючих функцій та проблеми у прийнятті рішень відповідно і у 49,1 % – уповільненість мислення [3].

Також до КР у осіб молодого та середнього віку можуть призводити метаболічні порушення при цукровому діабеті, гіпотиреозі та інших ендокринологічних, аутоімунних захворюваннях, дефіциті заліза, вітаміну B12, фолієвої кислоти, гіпергомоцистемії та інших. КР часто супроводжують тривожно-депресивні розлади на тлі тривалого стресу [4].

Початкові симптоми когнітивного розладу найчастіше протікають під маскою астеничних проявів та характеризуються зниженням ініціативи, активної уваги, звуженням кола інтересів, загальною слабкістю, сонливістю [5].

З метою об'єктивізації наявності та уточнення характеру когнітивного дефекту всім пацієнтам зі скаргами когнітивного характеру, крім оцінки неврологічного статусу, необхідно проводити нейропсихологічне дослідження з оцінкою емоційно-поведінкової сфери. Для дослідження емоційних та поведінкових порушень можна використовувати спеціальні психометричні шкали. Це можуть бути як опитувальники, які заповнює пацієнт (шкала депресії Бека, госпітальна шкала тривоги та депресії, шкала тривоги Спілбергера), так і рейтингові шкали, за якими тяжкість симптомів оцінює лікар (наприклад, шкала депресії Гамільтона) [4].

З метою профілактики та корекції КР доцільно застосовувати когнітивну гімнастику. Насамперед це методи боротьби зі втраченою пам'яттю (ремінісцентна психотерапія, орієнтація на реальність, когнітивна стимуляція та когнітивна реабілітація).

1. Ремінісцентна психотерапія (психотерапія спогадами) (англ. reminiscence therapy) – метод, який застосовують, щоб допомогти людям згадати події зі свого минулого. Для цього використовуються прості нагадування (пісні, фотографії тощо).

2. Орієнтація на реальність (англ: reality orientation) - терапевтичний підхід, що використовується для збереження пам'яті та мислення. Використовуються усні та письмові нагадування про колишні та поточні події, що дозволяє людям підтримувати зв'язок із повсякденним життям.

3. Когнітивна стимуляція - комплекс індивідуальних вправ, підібраний для поліпшення або відновлення пам'яті, уваги та мислення. Вправи, що часто використовуються: збирання пазлів, гра в бінго, рішення кросвордів, судоку.

4. Когнітивна реабілітація спрямована на оцінку можливості людини вести незалежний спосіб життя, на вироблення рекомендацій щодо адаптації до реального життя. У ході когнітивної реабілітації люди з когнітивними порушеннями працюють з медичним персоналом над формуванням індивідуальних цілей і розробляють план досягнення цих цілей (цілі, що розробляються, відповідають потребам людини).

Для корекції КР поряд з когнітивною гімнастикою рекомендована й лікувальна фізкультура та плавання в басейні, прогулянки на свіжому повітрі, їзда на велосипеді, скандинавська ходьба, прогулянки, танці під улюблену музику вдома.

Література:

1. Diagnostic and statistical manual of mental diseases. 5th ed. (DSM-5, DSM-V). Washington, DC: London: American Psychiatric Association, 2013.

2. Fernández-Blázquez M.A., Ávila-Villanueva M., Maestú F., Medina M. Specific features of subjective cognitive decline predict faster conversion to mild cognitive impairment. *J Alzheimers Dis.* 2016; 52 (1): 271–281. DOI: 10.3233/JAD-150956.

3. Tavares-Júnior J.W.L., de Souza A.C.C., Borges J.W.P. et al. COVID-19 associated cognitive impairment: A systematic review. *Cortex.* 2022; 152: 77–97. DOI: 10.1016/j.cortex.2022.04.006.

4. Huang X., Zhao X., Li B. et al. Comparative efficacy of various exercise interventions on cognitive function in patients with mild cognitive impairment or dementia: A systematic review and network meta-analysis. *J Sport Health Sci.* 2022; 11 (2): 212–223. DOI: 10.1016/j.jshs.2021.05.003.

5. Livingston G., Huntley J., Sommerlad A., et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission // *Lancet.* 2020; 396 (10248): 413–446.

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ СЕРЕД МЕШКАНЦІВ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Усенко С.Г., Малюкін І.Г., Усенко С.А.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Виникнення низки захворювань та їх поширення визначається такими факторами як природньо-екологічні, кліматичні, демографічні, соціально-економічні та соціокультурні. Прояв цих захворювань відбувається через спосіб життя, доходи населення, житлові умови, якість харчування, спілкування та ряд інших чинників. Зрозуміло, що окремі з них мають поєднання у своєму впливі на здоров'я населення, та підсилюють або послаблюють один одного. Однією з причин, що формують сучасний стан здоров'я та демографічну ситуацію, є рівень соціально-економічного розвитку, урбанізація та розвиток системи охорони здоров'я. Сучасна політика,

спрямована на збереження здоров'я і підвищення тривалості життя, сприймається світовим науковим співтовариством як усвідомлено планований і поступальний вплив на соціальні детермінанти суспільного здоров'я [1, 2].

Як відомо, метою нової політики є поліпшення здоров'я, підвищення рівня добробуту населення, скорочення нерівності стосовно здоров'я і забезпечення стійкості систем охорони здоров'я, орієнтованих на людину. Це відповідає усвідомленню міжнародним співтовариством фізичної доступності, прийнятності, доступності за ціною медико-санітарної допомоги. Одним з напрямків досягнення мети є проведення наукових досліджень з вивчення факторів ризику, які негативно впливають на стан здоров'я, а також соціальних детермінант та шляхів зніження цього впливу.

Метою нашого дослідження було обґрунтування медико-соціальних особливостей впливу факторів навколишнього середовища в умовах воєнного часу серед мешканців Харківської області.

Нами було розроблено анкету виявлення причин виникнення й розвитку захворювань та станів, які пов'язані зі стресовими ситуаціями А також оцінки якості надання медичної допомоги та визначення найбільш оптимальних шляхів поліпшення організації медичного обслуговування.

Нами було проведено анкетування протягом листопада – січня 2022–2023 років 110 осіб, які проживають в м. Харкові та Харківській області Серед них було опитано 38 чоловіків, що склало 34,5 % та 72 жінки, відповідно 65,5 %. Після аналізу анкет було встановлено, що вікова структура респондентів знаходилася в межах від 18 до 80 років, але більшість респондентів мали вік від 18 до 45 років, тобто осіб молодого та працездатного віку.

Згідно питань анкети встановлено, що 64,5 % респондентів мали порушення сну, що було пов'язано з проблемою засинання, безсонням, в загальні це відмітили 38 осіб, що становило 34,5 %; 60 % опитаних відмітили роздратованість, особливо останнім часом постійно; 53,6 % сказали про появу протягом останніх 3-х місяців агресії, із них 37,3 %, були жінки. Ми включили до анкети питання, які стосувалися надання медичної допомоги фахівцями. А саме, «чи зверталися Ви протягом 3-х місяців до фахівців щодо наведених вище проблем?». Негативну відповідь дало 85,5 % опитуваних. Серед них 34 чоловіки (30,9 %) та 60 жінок (54,5 %). Позитивну відповідь дали 16 осіб, це становило 14,5 % опитаних. Серед них 4 чоловіка (3,6 %) та 12 жінок (10,9 %). Також встановлено, що невелика кількість опитаних звернулася до фахівців для отримання допомоги або консультації кваліфікованих спеціалістів. Нажаль, це дуже невелика кількість опитуваних. Лише 7,3 % опитуваних звернулись до лікувальних закладів первинної медико-санітарної допомоги, до психотерапевта – 5,5 %, до лікаря-психолога – 2 %, а до психіатра менше 1 %. Таким чином, не всі опитувані ознайомлені з ознаками стресу. Ми розуміємо, що надалі все це може призводити до погіршення стану здоров'я. Можуть з'явитися нав'язливі рухи (покусування губ, нігтів), нервові тики, коливання артеріального тиску, порушення сну, захворювання шлунково-кишкового тракту. Але люди не завжди звертають на це увагу, не знають, як треба адаптуватися до сучасних умов та мінімізувати наслідки цього стресу.

Після звернення до фахівців, ми запитали «чи покращився психологічний стан, та побачили наступне. Покращення відчували 10 осіб, що становило 9,1 % опитуваних. Серед них 2 чоловіка (1,8 %) та 8 жінок (7,3 %). Негативну відповідь дали 6 осіб (5,5 %), серед них 5 чоловіків (4,5 %) та 1 жінка (0,9 %). Чому не відчували

покращення після звернення до лікаря, дуже важко пояснити. Можливо припустити, що звернулись не до того фахівця, який був потрібен. Або фахівці не надали достатньої професійної допомоги.

Також ми спробували з'ясувати стан інших факторів, які можуть впливати та погіршувати здоров'я людини. З'ясувалось, що більшість респондентів займалася розумовим видом діяльності (65,5 % опитаних), 15,5 % опитаних займалися фізичним видом діяльності, 24,5 % опитаних займалися змішаною формою діяльності. Виходячи із встановлених видів діяльності, наступне питання стосувалося їхнього впливу на стан здоров'я. І отримали такі результати: 80,9 % респондентів вважають, що їхня робота може призводити до стресу і погіршення психіки.

Таким чином, ми можемо зробити висновок, що військовий стан негативно впливає на погіршення якості життя мешканців Харківського регіону. Зміна місця проживання, невизначеність з терміном повернення до свого житла, можливого пошкодження або руйнування, інколи некваліфіковане визначення зміни психічного здоров'я можуть у подальшому призвести до стійких змін соматичного здоров'я загалом.

Література:

1. Статистичний збірник. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2017 році. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/06/zb_zoz_17.pdf
2. Тягар хвороби. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.who.int/quantifying_chimpacts/national/en/.

РОЗЛАДИ ПСИХІКИ ДЕПРЕСИВНОГО ХАРАКТЕРУ СЕРЕД МОЛОДІ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ

Дика Б.М., Громнадзкий О.В.

Житомирський медичний інститут, м. Житомир

З початком воєнного стану в Україні більшість українців відчули вплив стресових чинників. Досить поширені на даний час є симптоми депресивного характеру, а саме апатія, зниження цікавості або повна втрата сенсу діяльності. Прояви депресивних розладів залежить від віку та статі людини, сімейного статусу та характеру особистості [1, 3]. Впливають також соціальні, побутові та професійні чинники. Термін «депресія» використовують для опису розладів емоційного, когнітивного, поведінкового та психосоматичного характеру [2]. В свою чергу депресія впливає на благополуччя людини, змінюючи фізичний, духовний і соціальний стан [2, 4]. Не вчасно діагновані депресивні розлади можуть бути причиною передчасної смерті або дисгармонічного розвитку особистості [2].

Мета дослідження було визначити клінічні прояви та діагностувати депресивний розлад серед молоді.

Об'єкт дослідження: студенти Житомирського медичного інституту.

Результати дослідження. У дослідженні прийняли участь 107 респондентів, які навчаються у Житомирському медичному інституті. Учасники відповіли на запитання анонімного онлайн-тесту на платформі Google-форми. Тест складався з 14 пунктів та підготовлений відповідно до методики Zigmond A.S. і Snaithe R.P.

(The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Даний тест дає можливість визначити та оцінити симптоми депресії та тривоги. Шкала HADS досить проста у застосуванні, обробці та рекомендована для скринінгу тривоги та депресії.

Аналізуючи дані дослідження виявлено, що 54,2 % учасників відповіли «так» на запитання чи відчувають напруженість від початку введення воєнного стану. Респондентів розділено на три групи. У першій групі опинилися учасники, які отримали результат 0–7 балів, відповідно дані люди не мають виражених симптомів тривоги та депресії. Перша група включили 7 студентів, тобто близько 6,6 % від загальної кількості учасників опитування. Респондентам першої групи можна не хвилюватися з приводу свого психічного здоров'я на момент опитування.

До другої групи належать 69 молодих людей, в яких виявлено ознаки депресії, відповідно майже 64,4 %. Тільки 24 респонденти – 22,4 %, відповідають третій групі з клінічно вираженими симптомами депресією. Особи, що відповідають групам 2 і 3 мають високий ризик або вже клінічно виражену депресію, тому вони потребують кваліфікованої консультації.

Отже, психічне здоров'я молодих людей потребує особливої уваги. Депресія може проявлятися пригніченням стану людини та характеризуватись тугою, знесиллям, низькою самооцінкою, відчуттям провини та симптомами, за яких життя є похмурим, а труднощі такими, які не можна подолати [2]. Важливо поширювати інформацію про методи діагностики депресивного розладу для вчасного виявлення та запобігання тяжкого перебігу і розвитку ускладнень.

Література:

1. Бедлінський В. О. Депресивна симптоматика: особливості перебігу залежно від віку пацієнта. Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. Київ, 2018. 22–23 с.
2. Круглова Н. Теоретичні засади дослідження сутності депресії та депресивних станів і їх психологічних проявів. Проблеми сучасної психології. 2020. Вип. 49. 202–223 с.
3. Duman R. S. Pathophysiology of depression: the concept of synaptic plasticity. European psychiatry, 2020. 306–310 p.
4. Qato D. M. Prevalence of Prescription Medications with Depression as a Potential Adverse Effect among Adults in the United States 2019. 3–10 p.

ТОКСИЧНІСТЬ КОМПЛЕКСУ ЗАЛИШКОВИХ ВОДОНЕРОЗЧИННИХ ТА ВОДОРозЧИННИХ СПОЛУК ОДЯГУ «СЕКОНД-ХЕНД» ПРИ ЙОГО ПРАННІ СИНТЕТИЧНИМИ МІОУЧИМИ ЗАСОБАМИ ДЛЯ ДИТЯЧОЇ БІЛИЗНИ

Ткачук Н.В.¹, Зелена Л.Б.², Коройд М.Ю.³

¹Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т.Г. Шевченка, м. Чернігів

²Київський національний університет технологій та дизайну, м. Київ

³Чернігівський ліцей № 32, м. Чернігів

Одяг «секонд хенд», для обробки якого використовується формальдегід, знаходить широкий вжиток в Україні [1–3]. Токсичність середовищ, синтетичних міючих засобів (СМЗ) можна оцінити за фітотестуванням з використанням *Lepidium sativum* [4–6], який може бути використаний і в оцінці токсичності матеріалу «секонд-хенд». Вирішити проблему залишкового формальдегіду з одягу «секонд

хенд» пропонується шляхом його прання СМЗ [7]. Проте до складу СМЗ входять сполуки з токсичними властивостями [8]. Найбільш чутливими до токсикантів є діти [9], тому слід звернути особливу увагу на дитячий одяг. Метою даної роботи було дослідження за фітотестом з крес-салатом токсичності комплексу водонерозчинних та водорозчинних залишкових сполук матеріалу одягу «секонд-хенд» при його пранні синтетичними миючими засобами для дитячої білизни.

Для дослідження обрано дитячий одяг складу 100% бавовни (футболки) білого кольору, придбаний у відомій мережі магазинів «секонд хенд» м. Чернігів у квітні 2023 року у кількості 3 штуки. З кожної футболки вирізано по 6 зразків матеріалу діаметром 9 см (всього 18 зразків). Токсичність матеріалу одягу «секонд-хенд» досліджували за фітотестом з крес-салатом. Використали тканину як без прання (варіант 2), так і після ручного прання з відповідним СМЗ (варіанти 3–7). Прання здійснювали з кількістю засобу, рекомендованого виробником. Зразки одягу висушували на свіжому повітрі та прасували. Контролем слугував фільтрувальний папір, змочений дистильованою водою (варіант 1). Використано наступні варіанти прання:

- варіант 3 – фосфонатвмісний пральний порошок для дитячої білизни (ПФВ);
- варіант 4 – ПФВ із наступною обробкою кондиціонером-ополіскувачем для дитячої білизни (КОДБ) – ПФВ+КОДБ;
- варіант 5 – безфосфатний пральний порошок для дитячої білизни (ПБФ);
- варіант 6 – ПБФ із наступною обробкою КОДБ (ПБФ+КОДБ);
- варіант 7 – мило господарське, 72 % (МГ).

Використані миючі засоби для дитячої білизни широкодоступні у торговельній мережі України. Торгові назви засобів та виробників не наведено з метою запобігання звинувачень у рекламі або антирекламі.

В експерименті зразки тканини після прасування вмішували у саморобні емності з харчового пластику, змочували дистильованою водою (5 мл) та використали як основу для пророщування насіння тест-рослини. Тест-рослиною обрано крес-салат (*L. sativum*) виробництва Чехії (MoravoSeed), розфасований ПП НВФ «Тирас», партія № 69088-01, який, за інформацією на пакуванні, відповідає ДСТУ 6006:2008. Фітотестування здійснювали за загальноприйнятою схемою [6]. Повторність контролю та кожного дослідження трикратна. Визначали енергію проростання (3-тя доба), схожість та довжину надземної частини та коріння (5-та доба). Розраховували фітотоксичні індекси - індекс довжини корінців (RLI) [10] та фітотоксичний ефект розчинів (PhTE) [11]. Результати оброблено статистично.

Встановлено, що у всіх варіантах прання комплекси залишкових водонерозчинних та водорозчинних сполук з тканини одягу «секонд хенд» проявили фітотоксичність, проте у різному ступені. При цьому найбільші фітотоксичні властивості зафіксовано для варіантів 3 (ПФВ), 4 (ПФВ+КОДБ) та 5 (ПБФ), для залишкових водонерозчинних та водорозчинних сполук яких встановлено екстремальну токсичність: RLI становив -0,98, а PhTE становив 0,98. Інші варіанти проявили середню (МГ) або слабку (ПБФ+КОДБ) токсичність: RLI становив -0,49 та -0,22, відповідно; PhTE становив 0,49 та 0,22, відповідно. Фітотоксичні індекси комплексів залишкових водонерозчинних та водорозчинних сполук з тканини «секонд хенд» без прання становили -0,36 (RLI) та 0,36 (PhTE), що характеризує цей варіант дослідження як середньотоксичний з інгібуванням росту тест-рослини більше, ніж на 30 %.

Отже, за результатами фітотестування зменшення токсичності тканини «секонд хенд» відмічено лише у варіанті прання ПБФ+КОДБ. Досліджувані СМЗ

за порядком зменшення токсичності їх залишкових комплексів водонерозчинних та водорозчинних сполук на матеріалі «секонд хенд» можна розташувати наступним чином: порошок пральний для дитячої білизни (фосфонатвмісний), порошок пральний для дитячої білизни (безфосфатний) та порошок пральний для дитячої білизни (фосфонатвмісний) + кондиціонер-ополіскувач для дитячої білизни > мило господарське > порошок пральний для дитячої білизни (безфосфатний) + + кондиціонер-ополіскувач для дитячої білизни. Таким чином, одяг «секонд хенд», випраний зазначеними пральними засобами, потенційно небезпечний для здоров'я дитини, окрім одягу, випраного безфосфатним порошком з додатковою обробкою кондиціонером-ополіскувачем для дитячої білизни, що усуває токсичність матеріалу та не призводить до появи чинників, негативних для здоров'я.

Література:

1. Кратік Ю. Ризик використання товарів «секонд хенд». URL: <https://repo.knmu.edu.ua/bitstreamdf> (дата звернення: 28.08.2022)
2. Кучма О.О. Соціальна роль секонд-хенду в умовах низької платоспроможності споживачів. *Науковий вісник НЛТУ України*. 2010. Вип. 20.15. С. 209–212. URL: https://nv.nltu.edu.ua/Archive/2010/20_15/209_Kucz.pdf (дата звернення: 28.08.2022)
3. Базик В.В., Гайова Ю.Ю. Небезпека використання речей із «секонд хенд». *Студентська науково-практична конференція ЧДТУ*: матеріали конф., м. Черкаси, 15–18 квіт. 2019 р. Черкаси, 2019. С. 62. URL: <https://er.chdtu.edu.ua/bitstream/ChSTU/1055/1/%D0%94%D0%A1%D0%9D-2019.pdf> (дата звернення: 28.08.2022)
4. Galli E., Muzzini V., Finizio A., Fumagalli P., Grenni P., Caracciolo A., Rausedo J., Patrolecco L. Ecotoxicity of foaming agent conditioned soils tested on two terrestrial organisms. *Environmental Engineering and Management Journal*. 2019. №18. P. 1703–1710.
5. Božym M. Assessment of phytotoxicity of leachates from landfilled waste and dust from foundry. *Ecotoxicology*. 2020. № 29. P. 429–443.
6. Tkachuk N., Zelena L., Fedun O. Phytotoxicity of the aqueous solutions of some synthetic surfactant-containing dishwashing liquids with and without phosphates. *Environmental Engineering and Management Journal*. 2022. Vol. 21, No 6. P. 965–970.
7. Herrero M., González N., Rovira J., Marquès M., Domingo J.L., Nadal M. Early-life exposure to formaldehyde through clothing. *Toxics*. 2022. №10. P. 361. DOI: <https://doi.org/10.3390/toxics10070361>
8. Badmus S.O., Amusa H.K., Oyehan T.A., Saleh T.A. Environmental risks and toxicity of surfactants: overview of analysis, assessment, and remediation techniques. *Environ. Sci. Pollut. Res. Int*. 2021. Issue 28, No 44. P. 62085–62104. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11356-021-16483-w>.
9. Au W.W. Susceptibility of children to environmental toxic substances. *International journal of hygiene and environmental health*. 2002. Vol. 205, No 6, P. 501–503. DOI: <https://doi.org/10.1078/1438-4639-00179>
10. Bagur-González M.G., Estepa-Molina C., Martín-Peinado F., Morales-Ruano S. Toxicity assessment using *Lactuca sativa* L. bioassay of the metal(loid)s As, Cu, Mn, Pb and Zn in soluble-in-water saturated soil extracts from an abandoned mining site. *Journal of Soils and Sediments*. 2011. Issue 11. P. 281–289.
11. Tkachuk N., Okulovych I. Toxicity of aqueous solutions of cosmetics in phytotest with *Lepidium sativum* L. *Agrobiodiversity for Improving, Nutrition, Health and Life Quality*. 2021. Vol. 5, No 2. P. 348–354. DOI: <https://doi.org/10.15414/ainhql.2021.0034>

ДОСЛІДЖЕННЯ ВМІСТУ ЗВАЖЕНИХ ЧАСТИНОК УЛЬТРАДИСПЕРСНОГО ДІАПАЗОНУ У АТМОСФЕРНОМУ ПОВІТРІ М. ЗАПОРІЖЖЯ

Шаравара Л.П.

*Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,
м. Запоріжжя*

Актуальність. Забруднення атмосферного повітря зваженими частинками є однією з основних загроз для здоров'я населення, особливо у великих містах, де присутні різні джерела забруднення. До основних джерел забруднення атмосферного повітря можна віднести шкідливі викиди від промислових підприємств та збільшення кількості автотранспорту в містах. Провідним забруднювачем атмосферного повітря у великих містах, як від стаціонарних так і пересувних джерел, є пил [1]. В залежності від аеродинамічного діаметру зважені частинки поділяються на крупні (2,5–10 мкм), дрібні (0,1–2,5 мкм) та ультрадисперсні (<0,1 мкм). Найбільш небезпечними зваженими частинками в атмосферному повітрі вважають дрібнідисперсні (PM 2,5) та ультрадисперсні (PM 0,1), що в першу чергу залежить від таких їх фізичних властивостей як кількість частинок на см^3 , площа поверхні та їх хімічний склад. Неприятливі біологічні ефекти, які можуть бути пов'язані з дією ультрадисперсних зважених частинок, включають їх високу цитотоксичність, мутагенність, можливість викликати оксидативний стрес в клітинах тканин, сприяти підвищенню рівня розвитку хвороб органів дихання, серцево-судинної системи, впливати на рівень смертності [2].

Запоріжжя відноситься до територій з високим ступенем техногенного навантаження, у зв'язку з тим, що на території міста розташовано понад 250 промислових підприємств різних галузей. Враховуючи особливу загрозу дрібнодисперсного пилу для здоров'я населення, ми провели дослідження атмосферного повітря саме на вміст зважених частинок нанорозмірного діапазону.

Мета дослідження. Провести дослідження вмісту зважених частинок ультрадисперсного діапазону у атмосферному повітрі м. Запоріжжя.

Матеріали та методи. Дослідження атмосферного повітря на вміст зважених частинок ультрадисперсного діапазону проводилося у встановлених 5 точках на межі санітарно-захисної зони одного з металургійного підприємств міста (780 досліджень) з урахуванням погодних умов і напрямку вітру та 1 точки на території даного підприємства. Оцінку фізичних властивостей зважених частинок ультрадисперсного розміру проводили за допомогою портативного скануючого спектрометра NanoScan SMPS 3910 (США). Визначали кількість, площу поверхні, об'єм та масову концентрацію ультрадисперсних частинок. Для визначення форми зважених частинок та їх компонентного складу використовували скануючий електронний мікроскоп з високою роздільною здатністю.

Отримані результати. У результаті проведених досліджень були отримані наступні дані: у точці 1 загальна числова концентрація ультрадисперсних частинок склала 3076 частинок/ см^3 , загальна площа поверхні – $1,34 \times 10^8 \text{ nm}^2/\text{см}^3$, загальний об'єм – $4,21 \times 10^9 \text{ nm}^3/\text{см}^3$, масова концентрація – $5,1 \text{ мкг}/\text{см}^3$. Найбільша питома вага спостерігалася серед частинок розміром 86,6 нм (17,3 %), 115,5 нм (16,2 %) та 64 нм (15 %). У точці 2 загальна числова концентрація ультрадисперсних частинок склала 8708 частинок/ см^3 , загальна площа поверхні – $2,47 \times 10^8 \text{ nm}^2/\text{см}^3$, загальний об'єм –

$7,72 \times 10^9$ нм³/см³, масова концентрація – 9,3 мкг/см³. Найбільша питома вага спостерігалася серед частинок розміром 48 нм та 64 нм (по 16 %), 36 нм та 86 нм (по 14 %).

У точці 3 загальна числова концентрація ультрадисперсних частинок склала 7040 частинок/см³, загальна площа поверхні – $2,43 \times 10^8$ нм²/см³, загальний об'єм – $9,54 \times 10^9$ нм³/см³, масова концентрація – 9,6 мкг/см³. Найбільша питома вага спостерігалася серед частинок розміром 27 нм та 48 нм (по 11 %), 36 нм (13 %).

У точці 4 загальна числова концентрація ультрадисперсних частинок склала 8442 частинок/см³, загальна площа поверхні – $1,73 \times 10^8$ нм²/см³, загальний об'єм – $4,9 \times 10^9$ нм³/см³, масова концентрація – 5,9 мкг/см³. Найбільша питома вага спостерігалася серед частинок розміром 11,5 нм, 27 нм та 36 нм (по 13 %), 15,4 нм (11,4 %), 48,7 нм (10 %).

У точці 5 загальна числова концентрація ультрадисперсних частинок склала $3,67 \times 10^4$ частинок/см³, загальна площа поверхні – $1,2 \times 10^9$ нм²/см³, загальний об'єм – $3,34 \times 10^{10}$ нм³/см³, масова концентрація – 40,1 мкг/см³. Найбільша питома вага спостерігалася серед частинок розміром 27 нм та 36 нм (по 13 %), 154 нм та 115 нм (по 10 %).

У точці 6 (територія підприємства) загальна числова концентрація ультрадисперсних частинок склала $1,7 \times 10^4$ частинок/см³, загальна площа поверхні – $7,32 \times 10^8$ нм²/см³, загальний об'єм – $2,5 \times 10^{10}$ нм³/см³, масова концентрація – 30,0 мкг/см³. Найбільша питома вага спостерігалася серед частинок розміром 86 нм та 115 нм (по 12 %).

Аналізуючи хімічний склад зважених частинок ультрадисперсного розміру встановлено, що у атмосферному повітрі були присутні оксиди алюмінію (1,3–49,4 %), кальцію (0,43 %), хрому (3,81 %), заліза (6,74 %), магнію (1,3–3,3 %), силіцію (0,3–7,1 %), цинку (1,7–7,3 %), селену (2,2–3,3 %), сірки (0,3–0,8 %), германій (2,1–32,4 %) у різних співвідношеннях в залежності від місця дослідження.

Висновки.

1. У результаті проведених досліджень встановлено, що у кожній з 4 точок, окрім 5, розташованих на межі санітарно-захисної зони були присутні зважені частинки ультрадисперсного діапазону числова концентрація яких була меншою у 2–5 разів у порівнянні з точкою на території підприємства. В точці 5 чисельна концентрація зважених частинок ультрадисперсного діапазону була вище у порівнянні з точкою 6 (територія підприємства), що може бути пов'язано з розташуванням цієї точки поряд з крупною транспортною розв'язкою, де додатковим джерелом може бути автотранспорт.

2. Питома вага частинок нанорозмірного діапазону (до 100 нм) у всіх точках знаходилась в межах від 77,4 до 89,3 %.

3. Хімічний склад зважених частинок ультрадисперсного діапазону на межі санітарно-захисних зон включав всі хімічні елементи, які були виявлені на металургійному підприємстві під час технологічних процесів. Окрім деяких хімічних елементів (селен, германій) які можуть потрапляти у атмосферне повітря у результаті повторного здійснення пилу з поверхні землі.

4. Безперечно важливим залишається питання щодо моніторингу вмісту зважених частинок нанорозмірного діапазону у атмосферному повітрі міст від стаціонарних та пересувних джерел. Отримана інформація дозволить провести аналіз експозиції та оцінити ризики для здоров'я населення.

Література.

1. Andrea L. Moreno-Ríos, Lesly P. Tejeda-Benítez, Ciro F. Bustillo-Lecompte / *Geoscience Frontiers*. 2022. Vol. 13. Issue 1. 101147.

2. Kassomenos P.A., Dimitriou K., Paschalidou A.K. Human health damage caused by particulate matter PM (10) and ozone in urban environments: the case of Athens, Greece: Environ Monit Assess. – V. 185. – 2013. – P. 6933–6942.

ТРИВОЖНІСТЬ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ ЯК СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА

Мищенко М.М.¹, Мищенко О.М.²

¹Харківський національний медичний університет, м. Харків

²НТУ «ХПІ», м. Харків

Вступ. За декілька останніх десятиріч відзначається значне збільшення поширеності та смертності й інвалідизації світового населення через неінфекційні захворювання, такі, як серцево-судинні захворювання (ССЗ), діабет та рак, що й визначається фахівцями ВООЗ [1]. За їх даними, якщо в 2000 р. серед основних десяти причин смертності та інвалідизації населення відзначалися лише чотири неінфекційних захворювання, то в 2019 р. їх нараховувалося вже сім. Основними причинами світової смертності за даними ВООЗ у 2019 р. визначалися: ішемічна хвороба серця; інсульт; хронічна обструктивна хвороба легень; інфекції нижніх дихальних шляхів; неонатальні захворювання; онкологічні захворювання трахеї, бронхів і легень; хвороба Альцгеймера та інші форми деменції; діарея; цукровий діабет і захворювання нирок [2].

Визначається, що захворюваність світового населення на ССЗ є однією з актуальних та важливих соціальних і медико-біологічних проблем як в усьому світі, так і для нашої держави. Основними причинами їх виникнення та розвитку першочергово є недотримання рекомендацій здорового способу життя та значне постаріння світового населення (за даними ВООЗ порівняно з 2000 роком середня тривалість життя у всьому світі збільшилася на шість років і становить понад 73 роки) [3].

Так, за дослідженнями глобального тягаря захворювань на світову смертність від неінфекційних захворювань припадає 73,4 % усіх світових смертей, а основними причинами є ССЗ, причому ішемічна хвороба серця та інсульти є найчастішими причинами смерті від ССЗ за даними 2017 р [4].

В нашій державі хвороби системи кровообігу посідають перше місце за причинами смертності дорослого населення на протязі багатьох останніх років. Визначається, що смертність від цих захворювань зросла з 56,5 % в 1990 р. до 64,3 % в 2019 р. [2]. Такий постійно зростаючий тягар цих захворювань є значною проблемою як вітчизняної, так і світової охорони здоров'я.

При цьому, за даними досліджень Глобального тягаря хвороб за 2019 р. серед ССЗ перші шпальта за поширеністю, смертністю та інвалідизацією населення займають ішемічна хвороба серця та інсульти, а кількість останніх невпинно зростає з 1990 р. досягнувши у 2019 р. 101 млн випадків [5].

Загрозливість інсультної патології, окрім значних рівнів її поширеності та спровокованої нею смертності та інвалідизації населення є досить значні впливи на фізичну та соціальну активність хворого (визначається вимушена зміна взаємовідносин такої особи з оточуючими та соціумом, вимушені зниження соціальної та фізичної активності й втрата більшості існуючих у хворого соціальних контактів, порушення суспільних та соціальних відносин, певна соціальна «ізоляція» такої

особи, тощо). Все це провокує значні зміни в соціо-психологічному орієнтуванні та особистісних психологічних характеристиках [6]. Тому вивчення соціально-психологічних зрушень таких осіб є значною проблемою світової і вітчизняної охорони здоров'я, включаючи галузь громадського здоров'я.

Мета: вивчити та проаналізувати рівні особистісної тривожності у хворих після перенесеного мозкового інсульту.

Матеріали та методи: було обстежено 300 хворих, які перенесли мозковий інсульт та отримували реабілітаційні заходи на базі ДП «Клінічний санаторій «Роша» ПРАТ «Укрпрофоздоровниця» та ДП «Клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води» ПРАТ «Укрпрофоздоровниця». Серед обстежених було визначено рівні особистісної тривожності (тривожність як стійка характеристика особистості), для чого було використано опитувальник самооцінки рівнів тривожності Спілберга Ч. Д. та Ханіна Ю. Л.

Отримані результати: серед обстежених із мозковими інсультами визначалася значна кількість осіб, що мали помірний та високий рівні тривожності (відповідно 188 (62,7%) і 69 (23,0%) обстежених), що значно перевищували кількість хворих (43 (14,3%)) із низьким рівнем особистісної тривожності.

Висновки. Таким чином, проведене дослідження підтвердило результати інших науковців щодо значного впливу наслідків інсульту на психологічну сферу хворого, що визначає значні зниження їх соціалізації та якості життя.

Література:

1. Ішемічна хвороба серця та коморбідні захворювання у військовослужбовців (за матеріалами військово-лікарської комісії) / Г. З. Мороз, І. В. Огороднійчук, С. О. Бічкова, В. С. Романенко. *Український журнал військової медицини*. 2022. Т. 3, № 4. С. 86–92. doi: 10.46847/ujmm.2022.4(3)-086
2. Ліхота К. О., Закалюжний В. М. Серцево-судинні захворювання та здоров'я населення України. *Методика навчання природничих дисциплін у середній та вищій школі (XXVIII Каришинські читання): матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., (Полтава, 27–28 трав. 2021 р.)* / за ред. М. В. Гриньової; НАПН України, Полтава. нац. пед. ун-т імені В. Г. Короленка, Ін-т пед. освіти та освіти дорослих НАПН України та ін. Полтава: Астроя, 2021. С. 205–207.
3. Global Updates on Cardiovascular Disease Mortality Trends and Attribution of Traditional Risk Factors / R. Jagannathan et al. *Curr Diab Rep*. 2019. Vol. 19. P. 44. doi: <https://doi.org/10.1007/s11892-019-1161-2>
4. Глобальна, регіональна, і національна age-sex-specific mortality для 282 causas death in 195 countries and terri. 2018. Vol. 392 (10159). P. 1736–1788. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32203-7
5. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990–2019 / G. Roth et al. *J Am Coll Cardiol*. 2020. Vol. 76 (25). P. 2982–3021. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.11.010>
6. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Her. Version 2 (letzter Zugriff 3.2.2018). 2017.

ДРІБНІ ФРАКЦІЇ ПИЛУ (PM10 ТА PM2,5) ЯК ЕКОЛОГІЧНА ДЕТЕРМІНАНТА ЗДОРОВ'Я

Севальнєв А.І., Волкова Ю.В.

*Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,
м. Запоріжжя*

У преамбулі Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ, 1948) зазначено, що здоров'я – це не лише відсутність хвороб або фізичних дефектів, а стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя.

З цього визначення стає зрозуміло, що стан здоров'я формується під впливом багатьох чинників: соціальних, економічних, екологічних, медичних, культурних тощо. Останніми роками, науковці та експерти звертають увагу на формування тенденції до збільшення частки екологічних детермінант у формуванні здоров'я населення. Що безперечно обумовлює необхідність детального вивчення їхніх складових, з метою розробки засобів запобігання розвитку несприятливих наслідків для здоров'я на майбутнє.

Досліджуючи сукупність факторів, які формують і протягом усього життя впливають на стан здоров'я людини, експерти ВООЗ встановили, що забруднення повітря є однією з найважливіших детермінант здоров'я [1, 2]. А забруднення повітря дрібними фракціями пилу (PM10 та PM2,5) впливає на здоров'я більшості населення Європи, що призводить до широкого кола гострих і хронічних захворювань, а також до скорочення тривалості життя.

Небезпека цих речовин обумовлена їх складом, здатністю адсорбувати на своїй поверхні різні мікроорганізми і алергени, та розмірами, які дозволяють їм довгий час залишатися в атмосфері, розповсюджуватися на великі відстані та проникати до нижніх відділів дихальних шляхів, потрапляти в альвеоли, де перешкоджати газообміну. А PM2,5 ще й здатні долати аерогематичний бар'єр у легенях та потрапляти у кровоносну систему [1–4]. Вплив на ССС відбувається за рахунок прямого та опосередкованого впливу (через залучення до процесу печінки та жирових клітин, вегетативної нервової системи) на судини, кров та метаболізм [4].

Тому хронічний вплив зважених часток посилює ризик розвитку серцево-судинних та респіраторних захворювань, раку легень тощо.

Враховуючи такі високі ризики для здоров'я, ми почали проводити дослідження з визначення рівні забруднення атмосферного повітря PM10 та PM2,5 з 2012 року. Встановлено, що дані сполуки є постійними компонентами повітря м. Запоріжжя, проте найвищі концентрації PM10 та PM2,5 фіксувалися у Вознесенівському, Заводському та Шевченківському районах, де кратність перевищення складала від 4,5 до 10 разів [5].

Відповідно, у мешканців цих районів найбільший ризик виникнення неканцерогенних ефектів як при гострому, так і при хронічному впливі (HQ=2,6 та HQ=3,8–5; HQ=2,6 та HQ=4,4; HQ=2,6 та HQ=4,0 відповідно). І в першу чергу, це спричиняє негативний вплив на здоров'я дитячого населення, особливо виникнення патології органів дихання. Так питома вага захворювань даної нозологічної групи за період дослідження складала від 54,2 % (діти 7–14 років) до 66,4 % (діти 0–6 років) з показників розповсюдженості та від 66,8 % (діти 7–14 років) до 71,3 % (діти 0–6 років) з показників первинної захворюваності. В той же час нами були встановлені

сильні прямі зв'язки та зв'язки помірної сили між концентраціями означених аерополітантів та показниками як, первинної, та і загальної захворюваності на хронічний бронхіт ($r=0,7-0,8$); бронхіальну астму ($r=0,45-0,7$); хронічний риніт, назофарингіт, фарингіт ($r=0,4-0,6$); хронічні хвороби мигдалин та аденоїдів ($r=0,5-0,7$); хронічний ларингіт, ларинготрахеїт ($r=0,3-0,4$); алергічний риніт ($r=0,3-0,4$) [6].

Таким чином, дрібні фракції пилу (PM10 та PM2,5) безумовно можна вважати екологічною детермінантною здоров'я, особливо в регіонах, де постійно фіксуються їх високі рівні в атмосферному повітрі. Тому зрозуміло, що проведення досліджень щодо оцінки впливу даних часток на здоров'я мешканців є одним з пріоритетних завдань і необхідною умовою розробки дієвої системи профілактичних заходів щодо запобігання негативних наслідків.

Література:

1. Ambient (outdoor) air pollution. World Health Organization, 2021. URL : [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ambient-\(outdoor\)-air-quality-and-health](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health) (дата звернення 08. 01.2023).

2. Health risk assessment air pollution General principles. World Health Organization, 2016. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789289051316> (дата звернення 08.10.2023).

3. Давиденко Г.М. Гігієнічна оцінка небезпеки здоров'ю населення від забруднення атмосферного повітря зваженими частками пилу : автореф. дис. ... канд. біол. наук: 14.02.01. Київ, 21 с

4. R. D. Brook, S. Rajagopalan, C. A. Pope III et al. Particulate Matter Air Pollution and Cardiovascular Disease An Update to the Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation June 1, 2010. P. 2331–2378. DOI: 10.1161/CIR.0b013e3181d8ece1*

5. Севальнев А. І., Волкова Ю. В. Дослідження забруднення повітряного басейну дрібнодисперсними зваженими твердими частинками у м. Запоріжжя. *Доквілля та здоров'я. 2019. № 1 (90). С. 56–60.*

6. Волкова Ю. В., Аналіз захворюваності дитячого населення, що мешкає в промисловому мегаполісі. *Вісник проблем біології і медицини. 2019. Вип. 1. Том 1 (148). С. 81–85.*

ПРОФІЛАКТИЧНА СТРАТЕГІЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ РОЗВИТКУ ВНУТРІШНЬОГОСПІТАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ В ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВІДДІЛЕННЯХ ЛІКАРЕНЬ М. ХАРКОВА

*Миришніченко М.С., Бібіченко В.О., Кузнецова М.О.
Харківський національний медичний університет, м. Харків*

За останні роки невпинно зростає поширеність діагностування випадків внутрішньогоспітальної інфекції у пацієнтів терапевтичних відділень [1]. За даними висвітленими в літературі відомо, що тенденції до зниження частоти нозокоміальних інфекцій – не має [2]. Варто зазначити, що це є вкрай актуальною проблемою багатьох європейських країн, так встановлено що госпітальні інфекції діагностуються у 5–10 % пацієнтів, які проходили стаціонарне лікування, а також щорічно виявляється приблизно до 5 мільйонів випадків інфекцій, які пов'язані з наданням медичної допомоги [3]. Військовий конфлікт на території нашої країни, негативним

чином вплинув на дані статистики, тому досить важко судити про істинні масштаби цієї проблеми.

При дослідженні структури внутрішньо-лікарняної інфекції встановлено, що наразі найбільше поширення мають гнійно-запальні захворювання, які виявлялись приблизно в 85 % випадків серед всіх госпіталізованих пацієнтів.

Саме тому край важливого значення набуває профілактична стратегія, яка перш за все має бути направлена на боротьбу з факторами ризику виникнення внутрішньо-лікарняної патології шляхом систематичної просвітницької роботи щодо формування навичок особистої гігієни у медичних працівників та майбутніх лікарів.

Метою даного дослідження було встановлення рівня обізнаності студентів-медиків щодо правил обробки рук.

Матеріали та методи. До дослідження було залучено 58 студентів 2–4 курсів I–IV медичних факультетів Харківського національного медичного університету: 29 з них вже працювали в терапевтичних відділеннях, ще 26 працювали або масажистами або помічниками фізичних терапевтів, ще 3 працювали в приватних лабораторіях міста Харкова. Для досягнення встановленої мети дослідження було створено спеціальні опитувальники, які містили 10 запитань, серед яких були: про кількість разів миття рук на день, чи миють руки після кожного пацієнта, а також тривалість миття рук, чи ознайомлювали працівників лікарень з правилами обробки/миття рук, якою має бути площа обробки рук (тільки пальці і долоні та зап'ястя тощо), якими засобами користуються лікарі для миття рук, чи міститься на Вашому робочому місці оснащення, яке необхідне для обробки рук (доступ до антисептиків, рідкого мила, засобу для догляду за шкірою), чи наявні на Вашому робочому місці паперові рушники або одноразові серветки, чи використовуються гумові рукавички під час роботи з пацієнтами.

Опитувальники були розповсюджені за допомогою Google forms в соціальних мережах Viber, Telegram тощо.

Результати дослідження. При аналізі відповідей на запитання студентів 2–4 курсів було отримано наступні дані: 77 % серед опитаних респондентів взагалі не знали про правила обробки рук, 23 % респондентів ще самостійно дізнались про це під час практичної діяльності. 65 % зазначали, що в їхніх лікарнях не проводилося жодного інструктажу щодо ознайомлення з правилами гігієнічної обробки рук, інші респонденти 21 % зазначали, що ознайомились з ними під час вивчення інформаційних листів розміщених на їхніх робочих місцях, ще 14 % відповіли, що їм був проведений коротенький інструктаж їхніми керівниками.

Не менш важливого значення набула проблема неповного оснащення лікарень, приватних лабораторій, засобами для обробки рук (антисептиками, рідким милом, засобами для догляду за шкірою), так 58 % опитаних вказували на відсутність засобів для догляду за шкірою, 28 % зазначали, що замість рідкого мила, використовують бруски мила загального користування, 14 % скаржились на недостатню кількість антисептиків. Крім того, 79 % зазначали, що на роботі використовують рушники загального користування, 16 % користуються своїми особистими рушниками та 5 % зазначили, що використовують паперові рушники. 81 % опитаних не використовують гумові рукавички, мотивуючи це незручністю та їх дорогою вартістю, 14 % постійно користуються однією і ті ж парою рукавичок і тільки 5 % постійно міняють рукавички.

Водночас під час аналізу отриманих даних, відмічали тенденцію, щодо більшого рівня обізнаності щодо правил обробки/миття рук серед студентів 4 курсу

(46 %), серед 3 курсу – 31 % та найменший 23 % серед студентів 2 курсу, крім того, слід зазначити, що не було достовірної різниці між факультетами.

Висновки. Таким чином, засновуючись на даних проведеного дослідження можна зробити висновок про те, що спостерігається низький рівень обізнаності студентів з правилами гігієнічної обробки рук, не менш важлива проблема, яка постала – це недостатнє оснащення робочих місць засобами для обробки рук та паперовими рушниками і гумовими рукавичками. Крім того, є недостатньою санітарно-просвітницька робота серед персоналу клінік м. Харкова.

Література:

1. Vikke H.S., Vittinghus S., et al. Compliance with hand hygiene in emergency medical services: an international observational study. *Emergency medicine journal: EMJ.* 2019; 36 (3): 171–175.

<https://doi.org/10.1136/emmermed-2018-207872>

2. Luangasanatip N., Hongsuwan M., Limmathurotsakul D. et al. Comparative efficacy of interventions to promote hand hygiene in hospital: systematic review and network meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2015; 351: 3728. <https://doi.org/10.1136/bmj.h3728>.

3. Качан Р.В., Строкань А.П., Ігнатова О.А., Тарасевич І.М. Вплив іонів срібла на бактерицидні властивості мила. *Вісник Київського національного університету технологій та дизайну*. 2012; 6 (68): 82–85.

Секція 6.
ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

**10 РОКІВ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ
ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ
НА КАФЕДРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я
ТА УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я ХНМУ**

В'юн В.В., Мельниченко О.А.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Від 1804 р. Харківський національний медичний університет здійснює підготовку кваліфікованих лікарів. «У 1923 р. народний комісар охорони здоров'я УРСР М.Г. Гуревич, за ініціативою С.А.Томіліна – завідувача статистичним відділом Народного комісаріату охорони здоров'я, заснував (першу за цим профілем в Україні) кафедру соціальної гігієни [1, 2], назву якої «у травні 1941 р. було змінено на кафедру організації охорони здоров'я» [1]. У той же час розгорнулася широка дискусія про необхідність відновлення соціальної гігієни як предмета викладання та наукову дисципліну, у якій взяли участь соціальні гігієністи та організатори охорони здоров'я того часу, що стало можливим лише після 1954 року. Обговорення сприяло посиленню інтересу до соціально-гігієнічних проблем. У 1966 році вийшов наказ міністерства охорони здоров'я, який відновив соціальну гігієну як предмет викладання і наукову дисципліну. Кафедри отримали назву «Соціальної гігієни та організації охорони здоров'я», що позитивно позначилось на практичній роботі органів охорони здоров'я та дозволило отримувати більш раціональні та ефективні наукові результати у вирішенні практичних проблем у сфері охорони здоров'я.

Важливе значення для кафедри у 2000 роках мала підготовка здобувачів вищої освіти за освітньо-кваліфікаційним рівнем – «Магістр», який відповідає сьомому рівню Національної рамки кваліфікацій, затвердженому у 2011 році.

Зважаючи на це кафедра ініціювала, а ректорат університету підтримав розробку освітньо-професійної програми (далі – ОПП), яка передбачає підготовку майбутніх управлінців. Після успішного ліцензування, від 2013 р. в ХНМУ розпочато підготовку здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти (денна форма навчання) за спеціальністю 8.18010018 «Адміністративний менеджмент», які здебільшого потребували сучасних знань і навичок з менеджменту закладами охорони здоров'я. Впровадження освітньої діяльності за ОПП, її розвиток та координацію було покладено на гаранта та керівника проєктної групи проф. Огнева В.А та директора ННІ ПО ХНМУ проф. В'юна В.В.

Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я стала для цієї ОП випусковою. За час існування саме цієї ОПП (до 2017 року) було підготовлено 60 фахівців з адміністративного менеджменту.

Необхідно відзначити, що на той час, велику консультативну, практичну і теоретичну допомогу в проходженні акредитації і ліцензування спеціальності «Публічне управління й адміністрування» надав перший заступник ректора Національної академії державного управління при Президентові України «Харківський регіональний інститут державного управління», д.н. з держ. управл., професор Д.В. Карамішев. Він, спільно з завідувачем кафедри, розробив навчальний план,

робочі програми, тематичні плани, за якими вивчалися предмети в галузі адміністративного управління.

Кандидатка наук з державного управління, доцентка Ю.О. Лермонтова була першою фахівчиною в галузі державного управління, прийнятою до штату кафедри як штатна співробітниця у зв'язку з відкриттям спеціальності «Адміністративний менеджмент» у Харківському національному медичному університеті. Ю.О. Лермонтова активно включилася в роботу, нею була створена навчально-методична база для забезпечення навчального процесу за спеціальністю «Адміністративний менеджмент», що дозволило з 1 вересня 2014 року розпочати проведення навчальних занять з даної спеціальності.

Плідна співпраця проектної групи ОПП з кафедрою стала запорукою успішного проходження акредитації за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування» (*сертифікат про акредитацію НД «2184570 від 03.07.2017 р.*), що уможливило введення в дію з 2017 р. оновленого ОПП «Управління у сфері охорони здоров'я» з підготовкою здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти за заочною формою навчання. З метою дотримання вимог МОН та забезпечення подальшого розвитку ОПП, її гарантом і керівником проектної групи було призначено д.держ.упр., проф. Мельниченка О.А. Для посилення роботи проектної групи до її складу було введено к.держ.упр., доц. Чухно І.А., к.держ.упр., доц. Белєвцову Я.С., к. екон. н., доц. Гапонову Е.О. Питання подальшого розвитку ОПП обговорюються на засіданнях проектної групи, на які (для вирішення нагальних завдань) запрошуються стейкхолдери (здобувачі вищої освіти, роботодавці, представники академічної спільноти і студентського самоврядування).

Метою ОПП є академічна підготовка фахівців, здатних застосовувати набуті знання, уміння, навички та розуміння при розв'язанні складних задач і проблем у системі публічного управління та адміністрування в умовах невизначеності. ОПП повною мірою відповідає положенням Стандарту вищої освіти спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування», а також галузевій приналежності ХНМУ – сфера охорони здоров'я. Вона є унікальною, оскільки в Україні відсутня ОПП з такою ж назвою, переліком освітніх компонентів (далі – ОК) та їх змістовним наповненням, що супроводжується оновленням відповідного методологічного забезпечення. Враховано головний запит здобувачів вищої освіти – опанування механізмів публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я. Унікальність забезпечується завдяки вмілому поєднанню загальних і галузевих аспектів сфери ПУА, а також викладанню освітніх компонентів: «Публічне управління у сфері охорони здоров'я», «Інформаційна політика та цифровізація сфери охорони здоров'я», «Національна безпека та безпека суб'єктів сфери охорони здоров'я», «Історія публічного управління і розвитку сфери охорони здоров'я», «Державна політика щодо охорони громадського здоров'я», «Психологія та конфліктологія в сфері охорони здоров'я», «Зовнішні впливи на стан сфери охорони здоров'я», «Менеджмент підприємств сфери охорони здоров'я», «Антикризова політика держави та антикризовий менеджмент», «Організація медичного забезпечення населення в умовах надзвичайного та воєнного стану».

Ректорат університету та колектив кафедри створили сприятливе освітнє середовище: наявна безпечна та затишна територія; кожна аудиторія є добре відремонтованою, має вільний доступ до Wi-Fi, оснащена сучасним мультимедійним обладнанням (у т.ч. інтерактивними дошками), кожного викладача забезпечено персональним робочим місцем та зоною відпочинку; викладачі підвищують свій професійний рівень і викладацьку майстерність; розширюється перелік баз практик;

забезпечується розвиток студентоцентризму й надання здобувачам вищої освіти можливості формувати індивідуальну освітню траєкторію (вибір ОК з вибіркової частини ОПП; академічна мобільність; участь у наукових комунікативних заходах; підготовка оригінальних кваліфікаційних (магістерських) робіт за актуальною тематикою, що постійно змінюється.

Від 2017 р. і донині випускниками ОПП за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування» стало 69 осіб, серед яких є діючі керівники комунальних підприємств сфери охорони здоров'я (далі – КНП) (*Муратов Г.Р.* (ПУА-19), директор КНП ХОР «Обласна дитяча клінічна лікарня»; *Любий В.В.* (ПУА-19), головний лікар КНП ХМР «Міська стоматологічна поліклініка № 4»; *Шепилев В.В.* (ПУА-19), головний лікар КНП ХМР «Міська стоматологічна поліклініка № 2»; *Ковальов А.В.* (ПУА-21), директор КНП «Валківська ЦРЛ»; *Вернігор О.Ю.*, *Молодан Л.В.* (ПУА-21), заступники генерального директора КНП ХОР «МСМГЦ-ЦР(О)З»; *Бакуменко О.Д.* (ПУА-19), заступник головного лікаря КНП ХМР «Міська стоматологічна поліклініка № 4»; *Терехович О.В.* (ПУА-19), заступник головного лікаря КНП ХМР «Міська стоматологічна поліклініка № 2»; *Резниченко Л.О.* (ПУА-21), заступник головного лікаря КНП «ЦПМСД Станично-Луганської СТГ» (ПУА-21)), так і ті, кому отримані знання та набуті навички стали у нагоді на нових адміністративних посадах: *Гречанина Ю.Б.* (ПУА-21) – генеральний директор КНП ХОР «МСМГЦ-ЦР(О)З» (2023 р.), *Овчарова Ж.М.* (ПУА-20) – заступник директора Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної військової адміністрації (2022–2023 рр.)). Наразі на ОПП навчаються *Лобойко К.М.* (ПУА-22), генеральний директор КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня»; *Калайшников М.С.*, *Лопатенко К.О.* (ПУА-22), *Бабай Н.А.* (ПУА-23), заступники генерального директора КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня».

ОПП було створено для підготовки кваліфікованих керівників закладів охорони здоров'я, які від початку орієнтувалися на абітурієнтів виключно з Харкова і області, та останнім часом ОПП дедалі активніше обирають представники інших регіонів України (Луганської, Полтавської, Хмельницької та Чернівецької областей); розширено (до 8) перелік кафедр, які задіяні для викладання на ОПП; активніше використовуються практика залучення досвідчених практиків і науковців як «гостьових лекторів». Зазначене стало можливим завдяки оперативному реагуванню проєктної групи на запити здобувачів вищої освіти, які прагнуть бути спроможними належним чином реагувати на зміни умов своєї діяльності (пандемія, воєнний стан), і усвідомлюють, що запорукою здоров'я нації є не лише кваліфікована робота лікарів і керівників КНП, а й збалансований розвиток сфери охорони здоров'я, що є об'єктом саме публічного управління.

Отже, за 10 років кафедрою громадського здоров'я та управління охороною здоров'я ХНМУ зроблено чимало заради покращення освітнього середовища та розвитку ОПП. Але проєктна група та колектив цієї кафедри мають плани щодо подальшого розвитку ОПП, для реалізації яких потрібна консолідація зусилля на вдосконалення навчальної, наукової та методичної роботи, сповнені сил і ентузіазму працювати і надалі над розвитком та примноженням своїх досягнень.

Література:

1. Становлення та історична спадщина кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я ХНМУ: монографія / за ред. В.А. Огнева, З.П. Петрової. Харків: ХНМУ, 2023. 244 с.

2. Петрова З.П. Перші завідувачі кафедрою соціальної гігієни Харківського медичного інституту / З.П. Петрова // Медицина сьогодні та завтра. – 2003. – № 3. – С. 14–20.

РОЛЬ ЛІКАРНЯНИХ КАС В ПОКРАЩЕННІ ДОСТУПНОСТІ ТА ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ НА ПРИКЛАДІ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Парій В.Д.¹, Гришук С.М.²

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

*²Житомирський медичний інститут
Житомирської обласної ради, м. Житомир*

Хоча останніми роками відбувається зростання фінансування галузі охорони здоров'я та впровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом», у багатьох випадках громадяни в медичних закладах оплачують вартість окремих медичних послуг чи лікарських засобів, які не передбачені «пакетами медичних послуг». Тому є актуальним пошук соціально адаптованих і економічно раціональних форм залучення коштів населення для фінансування галузі охорони здоров'я. Одним із таких напрямків стала солідарна участь населення у співоплаті витрат на медичну допомогу у формі лікарняних кас. Їх діяльність лікарняних кас дає можливість забезпечити доступність тих видів медичної допомоги, які недостатньо фінансуються державою, збільшити обсяг та якість необхідних для населення медичних послуг та забезпечити належний контроль за їх наданням [1–3].

Лікарняні каси в Україні працювали ще на початку 19 століття і відновили діяльність з 2000 року як реакція населення на обмежені можливості державного фінансування щодо забезпечення якісної та доступної медичної допомоги. Лікарняні каси стали додатковим джерелом фінансування сфери охорони здоров'я за рахунок солідарно накопичених цільових персоналізованих внесків юридичних і фізичних осіб [4].

За оперативною інформацією МОЗ України, на 01.01.2023 року в Україні зареєстровані 167 лікарняних кас. Серед них найбільш потужними є благодійна організація „Лікарняна каса Житомирської області” (об'єднує майже 200 тисяч осіб), «Лікарняна каса Львівської залізниці» (понад 50 тисяч осіб), «Лікарняна каса Полтавщини» (понад 20 тисяч осіб), «Лікарняна каса Рівненської області» (понад 10 тисяч осіб) та ряд інших. Кожна лікарняна каса діє за власним статутом, функціонує Всеукраїнська громадська організація «Асоціація працівників лікарняних кас України».

Розмір щомісячного внеску до найпотужнішої в Україні благодійної організації «Лікарняна каса Житомирської області» (надалі – ЛК) для громадян від 18 років з 01.07.2023 року становить 95 грн незалежно від віку та стану здоров'я. Членські внески можуть сплачуватися індивідуально через банківські установи та централізовано шляхом відрахування із заробітної плати. Діти користуються правами члена ЛК за умови перебування в ЛК одного з батьків та сплати додаткового внеску в розмірі 25 грн. незалежно від кількості дітей.

Громадяни, які перебувають в ЛК, мають можливість за кошти організації отримувати медичну допомогу без обмеження розміру витрат та кількості звернень (в межах регламентуючих положень). Члени ЛК забезпечуються медикаментами згідно з затвердженими переліками при лікуванні в умовах цілодобового стаціонару медичних закладів Житомирської області (ЛК надає майже 600 найменувань ліків у вигляді безповоротної допомоги) та в амбулаторних умовах (ЛК оплачує аптекам майже 300 найменувань лікарських засобів для лікування понад 200 захворювань,

які член ЛК отримує за рецептами лікарів). За рахунок ЛК проводиться оплата вартості лабораторних та інструментальних обстежень в приватних закладах (повна або часткова) та забезпечення комунальних підприємств необхідними реактивами та витратними матеріалами для проведення обстежень членам ЛК. За кошти ЛК також може надаватися благодійна допомога медичним закладам для покращення їх матеріально-технічного стану в частині медичного обладнання.

Протягом 2017–2022 років ЛК витратила на основну статутну діяльність понад 350,0 млн грн (2017 рік – 57,2 млн грн, 2018 – 63,6 млн грн, 2019 – 63,1 млн грн, 2020 – 51,0 млн грн, 2021 – 54,3 млн грн, 2022 – 60,8 млн грн). У зв'язку із зменшенням кількості госпіталізацій через COVID-19 та війну було проведено поступове переорієнтування на оплату амбулаторної допомоги членам ЛК – збільшені перелік лабораторних та інструментальних досліджень, впроваджено часткову оплату вартості оперативних втручань у приватних медичних закладах, а також розширені переліки діагнозів та лікарських засобів, за які ЛК оплачує аптечним закладам. Це дало можливість забезпечити доступною медичною допомогою більшу кількість членів організації, всього протягом 2017–2022 років за сприяння ЛК лікувально-діагностичний процес забезпечувався у понад 2,5 млн випадків [5].

Для аудиту щодо раціонального використання та призначення лікарських засобів у ЛК розроблена автоматизована система управління ресурсами. В електронну базу даних вноситься інформація про всі випадки забезпечення медикаментами та виробами медичного призначення членів ЛК за рахунок ЛК. Використання інформаційних технологій дає можливість аналізувати відповідність лікарських призначень протоколам лікування (показник дотримання становить 94,5 %), проводити різні види фармакоекономічного аналізу використання медикаментів, визначати та порівнювати середні затрат на лікування за нозологічними формами. Представниками ЛК постійно в телефонному режимі проводиться інформаційна підтримка членів ЛК, які отримують лікування, визначається оцінка їх задоволеності обсягом отриманого за рахунок організації медикаментозного забезпечення.

Отже, досвід «Лікарняної каси Житомирської області» доводить, що діяльність лікарняних кас в сучасних умовах дає можливість покращити доступність та якість медичної допомоги на регіональному рівні.

Література:

1. Гришук С. М. Досвід організації солідарної участі населення у додатковому фінансуванні галузі охорони здоров'я на прикладі благодійної організації «Лікарняна каса Житомирської області». *Розбудова інноваційних економіки, менеджменту та освіти в умовах нової соціальної реальності* : матеріали VII Міжнар. наук.-практ. конф. (26 травня 2022 р.). Київ : МАУП, 2022. С. 254–257.
2. Гришук С.М. Лікарняні каси як один з напрямків підготовки до впровадження медичного страхування. *«Соціальна фармація: стан, проблеми, перспективи»*. Матеріали II міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (27–30 квітня 2015 року). Харків : НФАУ, 2015. С. 245–248.
3. Москаленко В. Ф., Парій В. Д., Гришук С. М., Мишківський В. С. Організаційні та функціональні засади діяльності регіональних лікарняних кас (методичні рекомендації). Житомир, «Полісся», 2013. 63 с.
4. Єрмілов В. С. Еволюційний варіант повернення до медичного страхування. *Охорона здоров'я України*. 2005. № 3–4. С. 18–20.
5. Звіти про діяльність благодійної організації «Лікарняна каса Житомирської області». Режим доступу: <https://likkasa.com.ua/category/zvit-pro-diyalnist-organizatsiy/>

ІНСТИТУЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РИНКОМ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПОСЛУГ

Жданова Н.О.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Під інституційним забезпеченням публічного управління розвитком ринку стоматологічних послуг розуміється нормативно-правове забезпечення надання стоматологічних послуг. Надання стоматологічної допомоги в Україні є багаторівневою системою із складною ієрархією та упорядкованими структурними зв'язками між елементами системи. У інституційному забезпеченні виділяють декілька рівнів надання стоматологічної допомоги: міжнародний, державний, обласний, міський, районний та мікрорівень саме лікувального закладу.

На міжнародному рівні налагоджені зв'язки між громадськими стоматологічними організаціями різних країн світу задля обміну науковим та клінічним досвідом, створенню спільних проєктів. Найбільшою світовою організацією, яка координує процеси співпраці стоматологів різних країн є FDI (Federation Dentaire Internationale) – Всесвітня стоматологічна федерація, яка була створена у 1900 році у Парижі дантистом Шарлем Годон із командою однодумців. Генеральна асамблея Всесвітньої федерації стоматологів є вищим законодавчим і керівним органом FDI, вона збирається один раз на рік для затвердження політики FDI, стратегічного плану, місії, цілей і контролю за виконанням.

FDI є неурядовою організацією, яка об'єднує 200 громадських організацій з понад 130 країн світу та представляє інтереси стоматологів у Всесвітній Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) та Організації Об'єднаних Націй (ООН). Штаб-квартира організації знаходиться у Женеві, Швейцарія. Також федерація інтегрує роботу стоматологів із лікарями загальної практики для лікування коморбідної патології. Таким чином, FDI разом з ООН підготувала політичну декларацію, де структуровано прописано алгоритм маніпуляцій стоматолога при співпраці з лікарями загальної практики із профілактики неінфекційних захворювань, визначена роль стоматолога, професійної гігієни порожнини рота для покращення загального стану здоров'я людини та підвищення якості життя.

Інституцією, яка реалізує міжнародну співпрацю є громадська організація «Асоціація стоматологів України», яка є членом Всесвітньої Асоціації стоматологів з 1998 року та має право голосування у генеральній асамблеї. Громадська організація «Асоціація стоматологів України» (ГО «АСУ») тісно співпрацює із Американською федерацією стоматологів. Таким чином, на засіданні світового стоматологічного парламенту у вересні 2022 року було затверджено спільний план щодо безперервного розвитку лікарів, співпраці університетів практичної охорони здоров'я, а також визначено основні напрямки проведення спільних наукових розробок у стоматології. Також ГО «АСУ» у складі FDI затвердили проєкт Глобальної стратегії ВООЗ у галузі гігієни ротової порожнини, який підкреслює роль стоматологічної допомоги у збереженні здоров'я людини.

На державному рівні публічне управління розвитком ринку стоматологічних послуг здійснюється за рахунок реалізації державної політики такі інституційні компоненти, як Верховна рада України, Кабінет Міністрів України, Президент України, Міністерство охорони здоров'я України. Для ефективного розвитку стоматологічних послуг та управління економічними аспектами забезпечення стоматологічної

діяльності при Міністерстві охорони здоров'я була створена координаційна рада з питань стоматології, яка є єдиним в Україні подібним органом управління.

Публічне управління розвитком ринку стоматологічної допомоги в Україні на національному рівні здійснюється, насамперед, через МОЗ України у межах повноважень та у спосіб передбачений законодавством України. Таким чином, МОЗ України в системі ринку стоматологічних послуг здійснює наступну діяльність: розробляє та узгоджує загальні вимоги допуску до медичної стоматологічної діяльності; надає МОН України пропозиції та зауваження щодо розробки та затвердження профільних навчальних програм; здійснює нагляд за дотриманням законодавства в сфері стоматологічного ринку; затверджує регуляторні акти та ін. При цьому важливим майданчиком для обговорення пріоритетних питань реформування системи надання стоматологічної допомоги в Україні виступає Національний український стоматологічний конгрес.

На обласному рівні публічного управління охорони здоров'я обласної держадміністрації здійснює планування та замовлення та первинний розподіл бюджетних коштів для забезпечення розвитку ринку стоматологічних послуг.

На районному рівні відділ охорони здоров'я районної держадміністрації забезпечує управління системою охорони здоров'я територіальної громади й укладання контрактів із постачальниками стоматологічних послуг.

На міському рівні здійснюється загальне управління підпорядкованими комунальними стоматологічними поліклініками, що мають забезпечувати надання стоматологічної допомоги населенню тієї чи іншої територіальної громади. На регіональному рівні система управління СДН є досить різномірною, вона представлена органами управління обласних державних адміністрацій та відповідними координаційними радами з питань стоматології, а в окремих регіонах функціональне управління реалізується на основі функціональних повноважень керівництва обласної стоматологічної поліклініки. Районний і міський рівні управління службою теж мають суттєві територіальні відмінності. Відповідно на даному рівні головними суб'єктами виступають управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації, відділ охорони здоров'я районної державної адміністрації та департамент охорони здоров'я міської ради.

На мікрорівні лікувального закладу забезпечується безпосереднє управління наявними ресурсами, що використовуються для розвитку медичного закладу та надання стоматологічної допомоги населенню (адміністрація стоматологічного закладу та ін.). Головні суб'єкти даного рівня в контексті тематики дослідження – заклади різних форм власності, що надають СДН, бізнес-структури/інвестори, науково-дослідні інститути (НДІ), вищі навчальні медичні заклади тощо.

Нині в Україні функціонують такі типи стоматологічних медичних закладів: стоматологічні поліклініки; стоматологічні відділення при лікувально-профілактичних заклада загального профілю; стоматологічні кабінети, розміщені на базі інших установ; самостійні стоматологічні кабінети і центри. Стоматологічні заклади за типом власності поділяються на державні, комунальні та приватні; можуть підпорядковуватися МОЗ, місцевим радам, бути відомчими або мати статус приватної структури, яка підпорядковується своїм власникам.

Таким чином, В Україні розроблена потужна нормативно-правова база регулювання якості медичної допомоги, яка включає в себе усі міжнародні механізми забезпечення якості: ліцензування господарської (медичної) практики, акредитацію

закладів охорони здоров'я, сертифікацію систем управління, стандартизацію медичних технологій. Але водночас відсутня державна науково обґрунтована стратегія законодавчої діяльності у сфері організації та надання стоматологічної допомоги населенню, що потребує подальшого дослідження.

Література:

1. Мазур І.П. Всесвітня федерація стоматологів у формуванні стратегії розвитку стоматології. Современная стоматология. 2017. № 3. С. 100–103.
2. Маланчук В.О., Мазур І.П., Рибачук А.В. Високоспеціалізована стоматологічна допомога в Україні в умовах трансформації системи охорони здоров'я. Oral and General Health. 2021. Т. 2. № 2. С. 84–89.
3. Мельниченко О.А., Ємченко В.І. Пріоритети публічного управління розвитком ринку стоматологічних послуг. Актуальні проблеми державного управління: зб. наук. пр. Харків : Вид-во ХарPI НАДУ «Магістр», 2018. № 2. С. 129–134.

ФОРМУВАННЯ СПРОМОЖНОЇ МЕРЕЖІ ЯК ЗАПОРУКА ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Семченко С.В.

ДЗВО «Університет менеджменту освіти» НАПНУ, м. Київ

Сфера охорони здоров'я України останні десятиліття перебувала у стані стагнації, що негативно позначалося на якості та доступності медичних послуг – оплачуваному замовником використанні ресурсів, необхідних задля діагностики, лікування, реабілітації та профілактики захворювань, а з тим – забезпечення відновлення фізичного, психічного та соціального здоров'я пацієнта [3, с. 82]. Серед причин такої невтішної ситуації, ймовірно, найбільш впливовими є такі: неспроможність держави зберігати на достатньому рівні фінансування вітчизняної сфери охорони здоров'я; нерациональне використання мобілізованих ресурсів у межах закладів охорони здоров'я; патерналізм і масштабна бідність населення. Забезпечити перехід до висхідної траєкторії розвитку цієї важливої сфери національної економіки могла лише медична реформа, але «ті, хто ініціював і здійснював її, нашо вхнулися на істотний спротив з боку як лікарів і медперсоналу, так і представників органів публічного управління» [2]. Проте Уряд України все ж «запустив медичну реформу» [7], перші результати якої такі: «автономізація та комерціалізація КНП, укладання ними договорів з НСЗУ; істотне підвищення заробітних плат сімейних лікарів (залежно від кількості підписаних з пацієнтами декларацій); поява приватної практики сімейним лікарем-фізичною особою підприємцем; створення госпітальних округів» [9, с. 1209–1210]. І хоча пандемія COVID-19, а згодом – повномасштабне вторгнення РФ, уповільнили темпи медичної реформи й певною мірою знизив її результативність, Уряд все ж продовжив реалізовувати заплановані зміни, й наступним «кроком» стала «організація спроможної мережі закладів охорони здоров'я, у якій надавачі первинної медичної допомоги (далі – ПМД) були виділені у окрему складову спроможної мережі сфери охорони здоров'я» [1], яка формується з числа усіх її надавачів незалежно від форми власності («центр ПМД, амбулаторія групової практики, амбулаторія моно-практики, пункт здоров'я» [6]) й має на меті забезпечити належну якість ПМД населенню – «суб'єктивне

й неупереджене судження стейкхолдерів про міру належності процесу та результатів надання такої допомоги» [4, с. 143], тобто дотримання таких «взаємодоповнювальних і взаємозалежних компонентів: результативність, безпечність, своєчасність, ефективність, справедливість, орієнтованість на людину, інтегрованість» [5, с. 188–189]. Означене, зрештою, і обумовлює актуальність даного дослідження.

Передусім зазначимо, спроможність – це «наявність умов, сприятливих для чого-небудь, обставин, що допомагають чомусь; можливість; здійснення чого-небудь» [8]. Щодо спроможності мережі ПМД, то, радше за все, розуміється наступне:

– *сприятливі умови*: присутність (функціонування) на певній території суб'єктів господарювання, чия діяльність безпосередньо пов'язано з наданням ПМД, а також наявність у них достатніх (за кількістю, складом, пропорціями, станом, якістю...) для цього ресурсів; відсутність чи низький рівень прямої конкуренції на ринку ПМД; пряма/опосередкована активна підтримка органами публічного управління бізнес-структур (передусім, у сільській місцевості), які забезпечують розвиток ПМД на окремій території; істотне підвищення оплати праці надавачам ПМД; незначна відстань від місць компактного проживання населення до закладів ПМД, наявність гарних доріг і зручного транспортного сполучення, а також зручних маршрутів пацієнтів;

– *можливість* забезпечується наявністю: дозвільних документів (ліцензії на право здійснення медичної практики; акредитація медичного закладу; сертифікати відповідності санітарним, пожежним, технічним й іншим нормам); кваліфікованого (відповідає єдиним кваліфікаційним вимогам), вмотивованого та дисциплінованого персоналу, спроможного належним чином реагувати на запити пацієнтів і зміну кон'юнктури ринку медичних послуг; технічних засобів у справному стані, й персоналу здатного їх ефективно використовувати; достатньої кількості пацієнтів, з якими укладено декларації; договору з НСЗУ; конкурентних переваг на локальному ринку ПМД;

– *здійснення* формалізується завдяки: безпосередній діяльності медичного закладу, що надає ПМД; наявній «клієнтській базі», представники якої звертаються за ПМД; узгодженій у часі та просторі доступності ПМД; зовнішньому (уповноважені органи публічного управління у сфері охорони здоров'я) та внутрішньому контролю якості ПМД (в КНП: лікарі, завідувачі відділень, медичні директори, медична рада КНП) шляхом оцінки виконання медичних стандартів і протоколів, а також раціональності використання матеріально-технічних ресурсів, аналізу індикаторів якості ПМД, моніторингу дотримання прав і безпеки пацієнтів і медперсоналу, а також задоволеності пацієнтів якістю ПМД.

Отож, на підставі результатів дослідження сутнісних характеристик вживаного поняттєвого апарату дістало подальшого розвитку тлумачення поняття «*спроможна мережа ПМД*» – сукупність юридичних і фізичних осіб, які на певній території мають достатній ресурсний потенціал, належне використання якого уможливує доступ громади до якісної ПМД. Формування спроможної мережі ПМД є предметом публічного управління. Запорукою підвищення її якості є консолідація зусиль надавачів ПМД (відповідальність адміністративного менеджменту) й інституцій (органів публічного управління), які уповноважені впливати (регламентувати, організовувати, забезпечувати...) на цей процес. Подальші наукові розвідки мають бути присвячені розробці теоретичних положень і практичних рекомендацій, спрямованих на підвищення результативності публічного управління якістю ПМД та подальшого розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я.

Література:

1. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я. Постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. № 174. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-n#Text> (дата звернення: 01.10.2023)
2. Курило В. Реформа здорової людини. Як лікувати українську медицину. Київ: Лабораторія, 2022. 192 с.
3. Мельниченко О.А., В'юн В.В., Кравченко Ж.Д., Місюра І.І. Критерії вибору медичних послуг. *Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення*: матеріали II наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 24 жовтня 2019 р. Харків: Вид-во ХНМУ, 2019. С. 80–86.
4. Мельниченко О.А., Семененко С.В. Полеміка щодо сутності поняття «якість первинної медичної допомоги населенню». *Забезпечення стійкості, ревіталізації та розвитку територій і громад в Україні*: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 04 травня 2023 р. Дніпро: Вид-во НТУ «Дніпровська політехніка», 2023. С. 142–143.
5. Планування та розвиток системи охорони здоров'я у межах госпітальних округів: робочий зошит. Львів: USAID, УКУ, 2023. 223 с.
6. Про затвердження Порядку формування спроможних мереж первинної медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України і Міністерства регіонального розвитку та житлово-комунального господарства України від 06 лютого 2018 р. № 1078/24. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0215-18#Text> (дата звернення: 01.10.2023)
7. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-p#Text> (дата звернення: 01.10.2023)
8. Спроможність. URL: slova.com.ua/word/спроможність (дата звернення: 01.10.2023)
9. Melnychenko O., Chovpan G., Udovychenko N., Muratov G., Rohova O., Kravchenko Zh., Kutuzyan Zh. The medical reform: realities and prospects for Ukraine. *Wiadomosci Lekarskie*. 2021. Vol. LXXIV. Issue 5, May. P. 1208–1212. DOI: 10.36740/WLek202105130

НЕОБХІДНІСТЬ ПЕРЕХОДУ ВІД ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ДО ПУБЛІЧНОГО РЕАГУВАННЯ НА ВИКЛИКИ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Овчарова Ж.М.

ДЗВО «Університет менеджменту освіти» НАПНУ, м. Київ

Здоров'я населення є одним з «найважливіших елементів національного багатства, необхідною умовою розвитку продуктивних сил суспільства та сучасного розвитку нації» [2, с. 3]. Проте через глобальні тенденції (*економічні* – посилення інтеграції світової економіки; ускладнення виконання державами їх соціальних зобов'язань, зростання ролі міжнаціональних і транснаціональних компаній; *соціальні* – збільшення розриву між багатими і бідними, старіння націй, інтенсифікація міграції населення; *екологічні* – підвищення рівня забруднення повітря, вод

і ґрунтів; *політичні* – відновлення воєнних конфліктів між країнами заради розширення власних можливостей впливати на процеси суспільного розвитку) має місце, з одного боку, зростання середньої тривалості життя населення, поява нових технологій лікування; а з іншого – збільшення кількості захворювань і складнощі протикання, погіршення епідеміологічної ситуації, подорожчання лікування... Все це вимагає забезпечення подальшого *розвитку сфери охорони здоров'я* – послідовного збалансованого поліпшення кількісних та якісних параметрів основних підсистем і структурних елементів цієї сфери національної економіки, що передбачає створення сприятливих умов для підтримання на прийнятному рівні здоров'я населення. Зважаючи на істотну суспільну його значущість, такий розвиток є предметом *публічного управління* – «відкритим (у межах власних і делегованих повноважень) впливом на взаємодію у ланцюгу «органи публічного управління – медичні заклади та їхній персонал – пацієнти та їхні родичі – постачальники необхідних ресурсів» задля узгодження їхніх інтересів і максимізації вигод» [3, с. 31]. При цьому слід зважати, що цей вид впливу передбачає наступне: відносна стабільність внутрішнього й зовнішнього середовища об'єкта/предмета впливу; наявність раніше розробленої та затвердженої стратегії, з чітко сформульованими цілями, пріоритетами, завданнями, часовими рамками виконання, переліком і кількістю необхідних ресурсів тощо; мінімізація ризиків; прогнозування, планування і моніторинг процесів та їх результатів; можливість корегувати як цілі, так і способи їх досягнення. Подібний вид управління є «розміреним», і потребує відповідних компетенцій від тих, хто приймає управлінські рішення. Тривалий (подеколи, декілька років) період реалізації таких рішень призводить до того, що ініціюють зміни одні, розробляють стратегію їх реалізації – другі, втілюють у життя – треті, четверті, п'яті..., «здобувають славу» чи «несуть відповідальність» – шості; тим самим, як не прикро, породжуючи безвідповідальне ставлення управлінців до тих рішень, що вони їх приймають.

Але все докорінно змінюється у випадку істотної дестабілізації ситуації (зокрема, виникнення надзвичайних ситуацій, оголошення воєнного стану...), оскільки управлінець позбавлений одного з важливих ресурсів – часу на прийняття зважених рішень і, тим більше – на їх корегування. Тобто діяти слід надзвичайно швидко, необхідно приймати нестандартні, почасти надскладні (у т.ч. «непопулярні») рішення (зокрема, свідомо йти на втрати «малого» заради загального успіху). Проте більшість управлінців (навіть тих, хто був украй успішним в умовах відносної стабільності) просто не спроможні. На подібні «звитяги», а тому їх мають замінити «спеціально навчені фахівці» (як приклад, повномасштабне вторгнення РФ спричинило перетворення «державних адміністрацій» на «військові», і призначення їх керівниками «силовиків» (здебільшого, військових)). За подібної ситуації доречніше вести мову не про публічне управління розвитком сфери охорони здоров'я, а про *публічне реагування на виклики в цій сфері* – «дії уповноважених органів публічного управління, які у межах власних компетенцій реагують на суспільні запити, пов'язані з наявними та ймовірними проблемами зі забезпеченням здоров'я населення та/або розвитку сфери охорони здоров'я» [1, с. 478]. Водночас, слід усвідомлювати, що подібна зміна виду публічно-управлінського впливу є вимушеною та такою, що є доречною лише за «критичної ситуації».

Важливо розуміти, що після подолання пандемії, перемоги у війні тощо, в країні створюються передумови для відносної стабілізації ситуації та переходу до траєкторії сталого розвитку. Проте, радше за все, «силовикам» буде проблематично ухвалювати зважені управлінські рішення з «відкладеним у часі результатом».

Саме тому зросте «попит» на поміркованих управлінців, а з тим – відбудеться «зворотна» зміна виду впливу: «управління розвитком» витіснить «реагування на виклики» (принаймні до тих пір, поки не виникне нова форс-мажорна ситуація).

Література:

1. Овчарова Ж.М. Виклики для сфери охорони здоров'я в умовах військової агресії РФ як предмет публічного управління. *Наука і молодь – 2023: пріоритетні напрями глобалізаційних змін: матеріали III міжнар. наук.-практ. конф.*, 14 квітня 2023 р. Київ: ДЗВО «УМО» НАПНУ, 2023. С. 478–481.

2. Шипко А.Ф. Модернізація функцій органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я населення: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Дніпропетровськ, 2010. 24 с.

3. Melnychenko O., Nesterenko R., Kosilova O., Kravchenko Zh. Discussion of the essence of the concept of «Public administration of healthcare development». *Priority Areas of Science Research: The 10 st International scientific and practical conference*, October 26–27, 2020. Washington. 2020. P. 28–32.

ФОРМУВАННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ПУБЛІЧНИХ СЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Набока Л.В.

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, м. Харків

З початком воєнних дій, в Україні правові, організаційні та психологічні умови діяльності державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування зазнали значних змін. З організаційно-правової точки зору ці зміни зумовлені дією Закону України «Про правовий режим воєнного стану» [1], яким визначаються підстави для трансформації функцій органів державної влади та місцевого самоврядування, порядку утворення військових адміністрацій, їх підпорядкування та узгодження діяльності з військовим командуванням, щоб забезпечити реалізацію відповідних заходів правового режиму воєнного стану, оборони, цивільного захисту, громадської безпеки та порядку, захисту критичної інфраструктури, охорони прав, свобод і законних інтересів громадян тощо.

Нові умови роботи або їх зміна завжди потребують адаптації, тобто пристосування як організаційного, так і психологічного, яке супроводжується змінами у змісті й формах здійснення управлінської діяльності, протіканні психічних функцій та процесів, емоційному станові фахівців, появою нових міжособистісних відносин, необхідності організації взаємодії. Втім в умовах війни такі зміни є надмірними, дуже динамічними і супроводжуються значними перевантаженнями у процесі виконання професійних завдань і функцій, інтенсивними переживаннями, загрозами власному життю та здоров'ю, а також життю та здоров'ю рідних, близьких, цивільного населення, військових, які перебувають у зоні воєнних дій чи інтенсивно працюють в тилу, щоб забезпечити потреби фронту. Такий стан характеризується високою нервово-психічною напругою, хронічною втомлюваністю, підвищеною тривожністю, дратівливістю тощо. При цьому виконання професійних обов'язків продовжує потребувати обробки значних масивів даних, прийняття великої кількості різнопланових і відповідальних рішень (часто в умовах невизначеності й загроз), що може призводити до розвитку інформаційного,

емоційного та професійного стресів, і відтак – психоемоційного та професійного вигорання фахівців, значного погіршення стану їх соматичного й психічного здоров'я.

До цього часу не склалося єдиного уявлення про стрес, механізми його виникнення, моделі протікання, вплив на організм. Це зумовлено тим, що у кожній особистості прояви стресу (чи їх комбінація) різні, а отже, і механізми та інструменти боротьби з ним чи запобігання йому теж є індивідуальними. У системі публічного управління умови виникнення, прояви й вплив стресу на діяльність державних службовців та посадових осіб місцевого самоврядування майже не вивчалися навіть у мирні часи. Тому для збереження працездатності, критичного мислення, прийняття обґрунтованих і ефективних управлінських рішень у висококваліфікованих, мотивованих і професійних кадрах в умовах військових дій та управління державою і громадами у період дії режиму воєнного стану вкрай необхідно здійснювати як профілактику стресу, так і протидіяти його наявним проявам. Тому важливими напрямками діяльності в органах публічної влади мають стати формування навичок стресостійкості у державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування різних рівнів управлінської ієрархії, а також організація заходів з відновлення психічного здоров'я у тих фахівців, які вже мають ознаки погіршення, розвитку хронічних хвороб чи зазнали посттравматичних стресових розладів. Для цього, залежно від специфіки території виконання посадових обов'язків, доцільно використовувати різні методи, методики й інструменти.

В умовах військового стану саме керівники мають з особливою уважністю стежити за психоемоційним станом працівників, щоб унеможливити їх від зривів; використовувати відповідні методи впливу: організаційні (здійснювати внутрішню ротацію, пропорційний і справедливий розподіл праці, аналіз навантаження і його нормування, розвивати зворотний зв'язок, удосконалювати планування, систему контролю; обов'язково дбати про своєчасні відновлення та відпочинок), психологічні (визначати індивідуальні й групові мотиви, враховувати їх при цілевизначенні, формувати сприятливий соціально-психологічний мікроклімат, розвивати організаційну культуру, формувати почуття важливості, участі й причетності кожного до досягнення загального успіху, розвиваючи зворотний зв'язок, тощо).

Формування навичок стресостійкості відбувається шляхом розвитку адаптивної саморегуляції публічних службовців. При цьому варто пам'ятати, що успіх не приходить одразу, а стрес часто розвивається латентно. Тому невідповідні особи можуть не зважати на сигнали, які надсилає організм про можливість настання кризи від перевтоми чи надмірного зацікавлення справою, коли при тривалому напруженні не помічаються ознаки стресу, а еустрес перетворюється на дистрес. Крім того, важливим чинником є природжена здатність протистояти стресові: у когось поріг особистісної тривожності низький та високий рівень розвитку вольових якостей, самоконтролю, і тому такі люди є стресостійкими, а комусь потрібно цілеспрямовано виробляти відповідні навички протистояння стресові, оскільки такі фахівці є вкрай стресонестійкими. Саме тому формувати навички стресостійкості доцільно за такими основними напрямками:

– просвітництво – ознайомлення фахівців із сутністю, ступенями і фазами прояву, фізіологічними, психологічними, поведінковими та медичними ознаками, причинами й наслідками стресу; виявлення джерел, пов'язаних з виконанням посадових обов'язків публічних службовців, що провокують виникнення стресу; роз'яснення і навчання простим методикам самопомогі при перших ознаках стресу;

– профілактика – життя психологічних і організаційних заходів щодо недопущення або мінімізації прояву і впливу стрес-факторів у діяльності органів публічної влади (формування сприятливого соціально-психологічного клімату в колективі; управління емоціями, конфліктами; своєчасне консультування фахівців з питань особистісного і професійного розвитку, подолання внутрішніх конфліктів; розвиток організаційної культури; зворотного зв'язку; раціональний розподіл функцій і повноважень; нормування управлінської праці; забезпечення умов праці, відпочинку та відновлення; ефективне планування, мотивація, контроль діяльності тощо);

– діагностика – дослідження індивідуально-психологічних якостей та особливостей фахівців, їх схильності до стресу, емоційного та професійного вигорання (дослідження типу темпераменту, екстраверсії-інтроверсії, рівнів ситуативної та особистісної тривожності, суб'єктивного контролю, досягнення успіху та ін.), здатності працювати в команді;

– корегування – розробка індивідуальної (чи групової) програми щодо подолання індивідуально-психологічних проблем; формування програми індивідуального розвитку фахівців у відповідності до їх психоемоційного стану, траєкторії професійного розвитку, стратегії розвитку органу публічної влади, подолання опору змінам тощо;

– стресотренування – цілеспрямоване вироблення умінь протистояти стресові, яке доцільно проводити як подолання конкретних стресових ситуацій для особистості шляхом формування відповідних алгоритмів поведінки у екстремальних умовах, розвитку самоконтролю, оволодіння навичками і техніками прогресивної релаксації чи медитації тощо;

– реабілітація – безпосередня робота з фахівцями, які мають досвід роботи і професійно допомагають подоланню посттравматичних стресових розладів.

Безумовно, що діагностика, корегування, а тим більше стресотренування і реабілітація мають здійснюватися фахівцями-психологами. Тому до складу служб управління персоналом органів публічної влади доцільно вводити посади цих спеціалістів або запрошувати на умовах договору чи волонтерів-практиків. Важливо також розробляти цільові тренінгові програми формування навичок стресостійкості з урахуванням факторів впливу, які можуть виникати в умовах воєнного стану, а також провокувати стреси у мирний час для окремих груп фахівців у залежності від сфери управління чи галузі.

Реалізація такого підходу, що ґрунтується на поєднанні організаційних та психологічних заходів для створення в органах влади комплексу умов, які сприяють подоланню або попередженню виникнення і розвитку у фахівців стресу, дозволяє зберігати психічне здоров'я публічних службовців і досягати високих цілей функціонування органів публічної влади щодо захисту, підтримки, надання послуг, вирішення проблем кожної людини чи родини, які в умовах воєнного стану звертаються по допомогу.

Література:

1. Про правовий режим воєнного стану: Закон України від 12.05.2015 р. № 389-VIII. Оновлено: 31.03.2023 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/389-19#Text> (дата звернення: 15.04.2023).

РЕФОРМУВАННЯ РЕГІОНАЛЬНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ЄВРОІНТЕГРАЦІЇ

Шуфріч О.Н.

ДЗВО «Університет менеджменту освіти» НАПНУ, м. Київ

Постановка проблеми. Євроінтеграція – це процес зближення України з ЄС. Цей процес є комплексним і проходить як на законодавчому рівні, так і на рівні традицій, правил і звичаїв, що існують у суспільстві. Євроінтеграція нині є основним пріоритетом зовнішньої політики України. Але це прагнення потребує значних зусиль з боку держави в досягненні політичної та інституційної стабільності, верховенства права, розвитку демократії, трансформації та розвитку ринкової економіки. Окремим, а в умовах фінансування та підтримання української економіки та обороноздатності західними партнерами, основним завданням є подальше проведення реформ. Приведення у відповідність до європейських стандартів усіх стратегічних галузей держави. Розвиток сучасного світу, який супроводжується зміною ціннісних пріоритетів і смислових орієнтирів життєдіяльності людей у XXI ст., позначилась також на показниках якості здоров'я націй, що поряд із негативними структурними зрушеннями призвело й до негативних наслідків (зокрема, посилення невідповідності можливостей національних сфер охорони здоров'я потребам сьогодення). В Україні реформування сфери охорони здоров'я ускладнюють економічні, соціальні та політичні проблеми. Тим не менш, вибір народу України на користь західноєвропейських стандартів життя спонукав владу до проведення медичної реформи, наслідком чого стало затвердження Концепції реформування фінансування охорони здоров'я (2016 р.), реалізацію якої розпочато у 2017 р. Проте проміжні результати отримали доволі неоднозначну оцінку науковців і практиків.

Мета дослідження: вивчення основних елементів медичної реформи у частині підготовки менеджменту та реалізації публічного управління. Вивчення міжнародного досвіду побудови публічних відносин, адже він особливо корисний на шляху Євроінтеграції України.

Викладення основного матеріалу. Голда Меїр колись дуже влучно описала процеси, які необхідно пройти Україні для побудови сильної держави. Якщо ви хочете побудувати ту країну, куди повертатимуться її сини та дочки, якщо ви хочете побудувати країну, звідки виїжджатимуть лише в сезон відпусток, якщо ви хочете побудувати країну, яка не матиме почуття страху за майбутнє, зробіть три професії найоплачуванішими та найшанованішими. Це військові, вчителі та лікарі.

Нині Україна рухається до набуття членства в ЄС та НАТО, вже отримано статус Кандидата у члени ЄС і в Україні створено практично одну з найкращих армій світу, що захищає НАТО і Європу від агресії РФ [1].

Розпочато реформування системи Вищої освіти. В Україні ліквідують заочну форму навчання, замінивши її гнучкими системами дистанційного навчання.

Не минули процеси реформування і сферу охорони здоров'я. Медична реформа в Україні впроваджується з 2016 р. Перші рішення були втілені за керівництва Уляни Супрун, яка на той час займала посаду в.о. Міністра охорони здоров'я. Було прийнято цілий ряд змін до нормативно-правових актів, на основі Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я [2].

Ключова зміна – гроші «ходять» за пацієнтом. Тобто замість бюджетного фінансування закладу, відбуватиметься купівля у нього медичної послуги за

бюджетні кошти. За реалізацію даної Концепції відповідатиме Національна служба здоров'я України. Послуги медичних працівників первинної ланки будуть повністю безоплатними для громадянина, тобто гарантованими державою [3]. Другий етап – зміна принципів фінансування вторинної і третинної ланки медичної допомоги з переходом на закупівлю послуг державою у відповідних закладів. Головна ідея реформи – спрямувати кошти не на підтримку мережі лікарень, а на фінансування потреб пацієнтів. Реформуванню також підлягла і система ведення медичного обліку. Була впроваджена електронна система охорони здоров'я – eHealth [4].

Здавалось, що реформа набирає обертів і вже на перших етапах її впровадження процеси були сповільнені. Через комплекс причин, серед яких неготовність топ-менеджменту держави, відповідального за втілення реформ, зробити простим, доступним для лікарів і населення процес переходу від системи Семашко до децентралізованої системи медицини. І постраждали від такого переходу, в більшості, найуразливіші категорії громадян. Це пов'язано, як з економічною спроможністю населення, адже далеко не кожний пенсіонер може дозволити собі цифрові пристрої, так і з суто організаційними процесами.

За будь-якою успішною спеціальною галуззю, будь-то оборона, медицина чи освіта, окрім профільних спеціалістів стоять топ-менеджери, менеджери середньої ланки, в т.ч. держслужбовці, які здійснюють управління, контроль за проведенням реформ та оптимізують процеси їх впровадження.

Щодо публічного управління. То в процесі втілення медичної реформи відносини пацієнта та держави також не сягнули відчутно нового рівня. Багато пацієнтів, особливо старшої категорії громадян, громадян із особливими потребами елементарно не були підготовленими державою та належно попереджені щодо змін. Фактично обов'язок публічних відносин у сфері медицини було покладено на сімейних лікарів. І саме вони найбільше відчували всю відповідальність за пацієнта і взяли на себе тягар реального втілення реформи у життя. Саме тому, важливим є виховання менеджменту у сфері охорони здоров'я, який буде готовий ефективно здійснювати як реформування так і управління. Що у свою чергу потребує перегляду, вдосконалення та розширення методів підготовки кадрів у сфері менеджменту охорони здоров'я. Це стосується як спеціальної вищої освіти для нових кадрів, так і підвищення кваліфікації на основі міжнародного досвіду для діючих. Втілення сучасних методик підготовки, експрес-курсів, профільних тематичних конференцій. Ініціатива має бути не лише у запровадженні новітніх підходів, але й до заохочення у їх використанні. Цих аспектів медична реформа торкалась ситуативно. Та медична реформа, як і розвиток державного менеджменту перебувають у процесі розвитку та реалізації тому час заповнити прогалини ще не втрачено. Для цього необхідно правильно використовувати досвід партнерів так ефективно розпоряджатись наявними фінансовими та кадровими ресурсами.

Література:

1. Щодо відносин України і Організації Північноатлантичного договору (НАТО). Постанова Верховної Ради України від 23 квітня 1999 р. № 612-XIV.
2. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р.
3. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України від 19 жовтня 2017 р.
4. Про затвердження порядку функціонування електронної системи охорони здоров'я. Проект постанови Кабінету Міністрів України.

Секція 7.
МЕДИЧНА ОСВІТА, НАУКА ТА ПРАКТИКА

**ОБҐРУНТУВАННЯ НАВЧАЛЬНОГО КОНТЕНТУ ДИСЦИПЛІНИ
«ПОЛІТИКА ТА ЕТИКА В ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'Ї.
МІЖСЕКТОРАЛЬНІ СТРАТЕГІЇ»
В КУРСІ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

Грузєва Т.С.

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

Освітнім стандартом підготовки фахівців другого (магістерського) рівня вищої освіти, спеціальності 229 «Громадське здоров'я» передбачено досягнення майбутніми магістрами низки програмних результатів навчання, а саме розробляти та впроваджувати стратегії, політики та окремі заходи у сфері промоції здоров'я; здійснювати аналіз ефективності розроблених процедур, інтервенцій, стратегій та політик в сфері громадського здоров'я; розробляти та впроваджувати, засновані на доказах стратегії, політики та інтервенції громадського здоров'я із залученням зацікавлених сторін на основі міжсекторального підходу.

Для реалізації вимог освітнього стандарту у курсі підготовки магістрів громадського здоров'я передбачено вивчення навчальної дисципліни «Політика та етика в громадському здоров'ї. Міжсекторальні стратегії». Її метою є оволодіння необхідними знаннями з теоретичних засад політики в охороні здоров'я та громадському здоров'ї, а також навичками і набуття компетентностей щодо формування, реалізації та аналізу політики в громадському здоров'ї, вирішенню етичних проблем та застосуванню міжсекторальних стратегій.

Обґрунтування навчального контенту цієї дисципліни здійснювалося з урахуванням вимог до компетентностей магістрів громадського здоров'я, засад державної політики в охороні здоров'я, пріоритетних напрямів розвитку сфери охорони здоров'я на 2023–2025 рр., рекомендацій ASPHER тощо.

Лекційний курс та практичні заняття охоплюють низку важливих тем, кожна з яких розкриває основні засадничі питання політики в охороні здоров'я та громадському здоров'ї зокрема. Тематика з міжнародного досвіду вирішення глобальних проблем в охороні здоров'я шляхом прийняття відповідних політик охоплює питання сутності понять «політика», «політика в охороні здоров'я», структура, функції, види політики, принципи політики громадського здоров'я, ВООЗ як розробник політики з вирішення глобальних проблем охорони здоров'я, політики в охороні здоров'я міжнародного та регіонального рівня.

При вивченні підходів до аналізу технологій формування та реалізації політики в охороні здоров'я України увагу студентів зосереджується на актуальності вивчення питань формування та реалізації стратегій і політик в охороні здоров'я; розумінні суб'єкта і об'єкта політики; на циклі формування політики, його складових (визначення проблеми, дослідження проблеми, розробка політичних альтернатив, вибір політики, розробка та поширення ключового повідомлення, впровадження та відстеження політики), на сучасних вимогах до вироблення державної політики, її засадах, повноваженнях щодо реалізації державної політики. Особлива увага приділяється питанням формування державної політики у сфері

охорони здоров'я, її реалізації, розробці державних цільових програмах, у т. ч. умовам їх створення, етапам розробки, структурі тощо.

Тематика щодо визначення пріоритетів у сфері громадського здоров'я включає сутність понять «пріоритет», «пріоритизація»; підходи до пріоритизації; методи встановлення пріоритетів; особливості економічного та епідеміологічного методів; рекомендації ВООЗ щодо подолання суб'єктивності при оцінці пріоритетів; пріоритети політики ВООЗ на XXI ст.; політики Здоров'я-2020, пріоритети досягнення глобальних цілей сталого розвитку; кінцеві результати Тринадцятої загальної програми роботи на 2019–2023 роки «Зміцнення здоров'я, підтримка безпеки у світі, охоплення послугами вразливих груп населення; пріоритетні завдання Європейської програми роботи «Об'єднані дії щодо поліпшення здоров'я в Європі» на 2020–2025 рр.; пріоритети політики в сфері громадського здоров'я в період пандемії COVID-19; пріоритети політики громадського здоров'я в Україні.

Практичне заняття з аналізу політики у громадському здоров'ї присвячується розкриттю сутності аналізу політики, стратегії, програми; позитивним і нормативним аспектам аналізу. У процесі опанування тематики розглядаються суб'єкти, зміст і процес політики; складники визнання та визначення проблеми; контекст політики (зовнішнє середовище); класифікація ресурсів політики; продукти політики; методи та етапи аналізу політики. стейкхолдери процесу політики; інструменти політики, універсальні критерії порівняльного аналізу альтернатив політики; моніторинг та оцінка успішності політики; індикатори моніторингу; аналітичні документи.

Кращому засвоєнню теоретичних знань сприяють заняття з аналізу конкретних політик та стратегій. Так, аналізуючи стратегію «Здоров'я у всіх політиках» студенти з'ясовують сутність, мету та складові цієї стратегії; розглядають форми політики щодо взаємодії в рамках стратегії «Здоров'я у всіх політиках», їх вплив на здоров'я; наводять приклади реалізації політики щодо збереження і зміцнення здоров'я населення з використанням стратегії «Здоров'я у всіх політиках»; обговорюють інструменти та умови, результати застосування стратегії «Здоров'я у всіх політиках».

При вивченні підходів до здійснення аналізу політики у сфері громадського здоров'я для досягнення Цілей сталого розвитку важливими завданнями для осіб, що навчаються, є з'ясування сутності сталого розвитку; розгляд документу, яким затверджено Цілі сталого розвитку; порівняння Цілей сталого розвитку на глобальному рівні та національному рівні в Україні; Особливий акцент робиться на аналізі Цілі 3 щодо забезпечення міцного здоров'я і благополуччя для всіх незалежно від віку, з'ясуванні індикаторів на глобальному та національному рівні; перешкод на шляху реалізації Цілей сталого розвитку; на концептуальному баченні політики, етичних цінностях, принципах і рамковій основі для дій з досягнення Цілей сталого розвитку.

Особливу увагу в процесі вивчення дисципліни відведено питанням розробки регіональних і місцевих програм громадського здоров'я. При розгляді цієї тематики з'ясується значення органів місцевого самоврядування для функціонування системи громадського здоров'я; можливості їх впливу на здоров'я та добробут місцевих жителів; інфраструктура системи громадського здоров'я; досліджується пріоритизація питань для регіональних і місцевих програм громадського здоров'я; розглядаються питання стратегічного планування комплексних програм громадського здоров'я; підходи до оцінки наявного потенціалу. Практичним завданням для студентів є розробка дорожньої карти розвитку та визначення етапів розробки регіональної чи місцевої програми з вирішення актуальної проблеми громадського здоров'я.

Аналіз політики у сфері громадського здоров'я України передбачає вивчення нормативно-правової бази, яка визначає цю політику, насамперед Закон України «Про систему громадського здоров'я», що визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні. Особливої уваги потребує розгляд розділу II «Державна політика та регулювання системи громадського здоров'я», в якому окреслено повноваження органів влади та місцевого самоврядування, завдання різних структур системи громадського здоров'я, права та обов'язки об'єктів господарювання, фізичних осіб, основні оперативні функції громадського здоров'я, тобто основні напрями діяльності для забезпечення максимально високих показників здоров'я і благополуччя населення. Важливе значення має вивчення положень інших нормативно-правових документів, у т. ч. Законів України «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» тощо.

Тематика, що стосується аналізу етичних проблем у громадському здоров'ї, охоплює питання сутності етики, медичної етики та біоетики; сучасних принципів біоетики; моральних концепцій, основних принципів і методів етики громадського здоров'я, проблем в етиці громадського здоров'я. Практичними завданнями для студентів є вирішення складних ситуацій у сфері громадського здоров'я, в яких виникають протиріччя між індивідуальними і громадськими інтересами.

Аналіз міжсекторальних стратегій у громадському здоров'ї передбачає дослідження документів ВООЗ, ЄРБ ВООЗ, в яких обґрунтовано та рекомендовано використання принципу міжсекторальної взаємодії, включаючи загальнодержавний підхід та принцип участі всього суспільства. В даному аспекті доцільним є розгляд низки стратегій та планів дій ВООЗ щодо профілактики та боротьби з хворобами, чинниками ризику їх розвитку. Національну практику використання міжсекторальних стратегій у громадському здоров'ї рекомендується досліджувати на прикладі комплексних цільових програм та планів, зокрема аналізуючи підходи, застосовані в Національному плані заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку, Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року, Державній стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року тощо.

Успішне засвоєння передбаченого навчальною програмою контенту навчальної дисципліни «Політика та етика в громадському здоров'ї. Міжсекторальні стратегії» сприятиме набуттю майбутніми магістрами важливих фахових компетентностей щодо здатності аналізувати та визначати пріоритети і проводити оцінку потреб сфери громадського здоров'я, аналізувати і розробляти варіанти стратегій, політик та визначати окремі інтервенції, спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я населення.

АНАЛІЗ ЗАДОВОЛЕНOSTІ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ НАБУТИМИ ЦИФРОВИМИ КОМПЕТЕНЦІЯМИ

*Крячкова Л.В., Сімон К.І., Кий-Кокарєва В.Г.
Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро*

Вступ. Розвиток цифрових компетенцій працівників сфери охорони здоров'я на даний момент є одним із провідних пріоритетів системи охорони здоров'я.

Підвищення цифрових навичок призведе до покращення безпеки і конфіденційності даних пацієнтів, автоматизації рутинних процесів, швидшого доступ до нової інформації та підвищення ефективності медичних послуг в цілому, що позитивно відобразиться на здоров'ї всього населення України.

Мета. Проаналізувати задоволеність здобувачів вищої медичної освіти II-го (магістерського) рівня отриманими цифровими навичками для оптимізації навчальних програм які безпосередньо або дотично пов'язані з розвитком цифрових компетенцій.

Матеріали та методи. За допомогою Google Forms було проведено анонімне онлайн-опитування 95-ти здобувачів медичної освіти II-го магістерського рівня 3–6 курсів спеціальностей 221 «Стоматологія», 222 «Медицина» та 226 «Фармація, промислова фармація» на предмет задоволеності рівнем отриманих під час навчання цифрових навичок. Перелік компетенцій було взято з примірного навчального плану для закладів фахової передвищої, вищої та післядипломної медичної освіти з дисципліни «Цифровізація охорони здоров'я».

Результати та обговорення. Результати опитування показали що найкраще студенти оцінюють достатність викладання з базових цифрових компетенцій (вказані лише компетенції які набрали вище 70 % в даному опитуванні):

- Спілкування в цифровому середовищі – 86,32 % (95 % ДІ 79,40–93,23);
- Робота з комп'ютером і мобільними пристроями – 85,26 % (95 % ДІ 78,14–92,39);
- Користування електронною поштою – 85,26 % (95 % ДІ 78,14–92,39);
- Користування мережею Інтернет – 84,21 % (95 % ДІ 76,88–91,54);
- Месенджери. Їх види, безпека та раціональне використання – 81,05 % (95 % ДІ 73,17–88,93);
- Критичне оцінювання інформації – 77,89 % (95 % ДІ 69,55–86,24);
- Використання базових програм і застосунків – 76,84 % (95 % ДІ 68,36–85,32);
- Поширення контенту та обмін даними за допомогою цифрових технологій – 76,84 % (95 % ДІ 68,36–85,32);
- Цифрові освітні ресурси для працівників охорони здоров'я – 72,63 % (95 % ДІ 63,67–81,60);
- Мережевий етикет – 70,53 % (95 % ДІ 61,36–79,69).

Після групування компетенцій за окремими групами було розраховано середні арифметичні для кожного домена. Задоволеність обсягом викладання за кожним доменом (в порядку зменшення):

- Цифрова грамотність працівників охорони здоров'я – 71,52 %;
- Місце та значення електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) в реалізації програми медичних гарантій – 63,16 %;
- Електронна система охорони здоров'я – 55,68 %;
- Цифрова трансформація охорони здоров'я – 54,21 %;
- Телемедицина – 53,68 %;
- Захист інформації в інформаційно-комунікаційних системах та цифрові права пацієнта – 45,53 %.

Таким чином можна підсумувати, що базові цифрові навички надаються в достатньому обсязі, студенти переважно розуміють місце та значення ЕСОЗ в системі громадського здоров'я, і трохи гірше саму структуру ЕСОЗ (архітектура центральної бази даних, медичні інформаційні системи, тощо), теоретичні засади цифрової трансформації системи ОЗ та професійне використання телемедичних технологій в повсякденній практиці. Найгірше ситуація склалася з розумінням теорії та практики кібербезпеки, що не дивно, оскільки це дуже складна та обширна тема,

яка не має прямого відношення до медичної сфери, але тим не менш є запорукою стабільного функціонування суспільства в умовах тотальної діджиталізації.

Висновки. В рамках виконання Листа МОЗ України щодо розвитку цифрових компетентностей діючих та майбутніх працівників сфери охорони здоров'я, у Дніпровському державному медичному університеті заплановано комплекс заходів направлених на його виконання, зокрема формування практичних навичок щодо застосування інформаційних систем здобувачами освіти. Проведене опитування дозволило визначити цифрові компетенції які потребують більш детального розгляду протягом навчання здобувачів медичної освіти, а саме: кібербезпека, телемедицина, система ЕСОЗ, та медичні інформаційні системи. Планується оновлення навчальних програм з дисциплін, на яких викладаються цифрові компетенції згідно вищенаведеної інформації щодо потреб здобувачів.

Література:

1. Про затвердження пріоритетних напрямів розвитку сфери охорони здоров'я на 2023–2025 роки: Наказ МОЗ України від 07.10.2022 р. № 1832. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1832282-22> (дата звернення: 09.10.2023)

2. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 411. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-п> (дата звернення: 09.10.2023)

3. Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я: розпорядження КМУ від 28.12.2020 № 1671-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-%D1%80> (дата звернення: 09.10.2023)

4. Дьомін Р.В. Впровадження електронної системи охорони здоров'я в Україні: шляхи удосконалення організаційного та адміністративно-правового забезпечення на основі зарубіжного досвіду. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2023. № 1. С. 274–277. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0374/2023-1/65> (дата звернення: 09.10.2023).

5. Irtyshcheva I., Sergiychuk S., Ryabets D. Status and prospects of digital transformation of the healthcare industry in Ukraine. *Scientific papers of Dmytro Motornyi Tavria state agrotechnological university (Economic sciences)*. 2020. Т. 41. С. 70–77. URL: <https://doi.org/10.31388/2519-884x-2020-41-70-77> (дата звернення: 09.10.2023).

ОКРЕМІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ НА ЕТАПІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Сердюк О.І., Просоленко Н.В., Літвінов В.Г.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Високі темпи науково-технічного прогресу у охороні здоров'я вимагають від медичних працівників якісного та швидкого оволодіння новими технічними можливостями надання медичної допомоги, набуття практичних навичок та розвитку клінічного мислення з урахуванням обставин, що постійно змінюються, у тому числі війни в Україні. Симуляційне навчання – це важливий етап сучасної післядипломної медичної освіти, який, при правильній організації, дозволяє лікарям та молодшому медичному персоналу за мінімальний час отримати необхідні практичні навички із максимальним ефектом [2, 4].

Існує багато визначень симуляційного навчання. Симуляція в медичній освіті – це сучасна методика навчання та оцінки практичних навичок, умінь та знань, заснована на реалістичному моделюванні, імітації клінічної ситуації або окремо взятої фізіологічної системи, для чого можуть використовуватись біологічні, механічні, електронні та віртуальні (комп'ютерні) моделі [4, 5].

Симуляційне навчання має цілу низку переваг у порівнянні з класичною системою післядипломної підготовки лікарів, це: оволодіння практичними навичками без ризику для здоров'я та життя пацієнтів і відсутність залежності від графіку та внутрішнього розпорядку роботи лікарень; можливість об'єктивної реєстрації параметрів виконаних професіональних дій; змога відпрацювати практичні навички необмежену кількість разів до повної ліквідації помилок; можливість розбору таких хвороб, станів, маніпуляцій, які рідко зустрічаються у клінічній практиці [1, 2].

Відомо, що розвиток імітаційних форм навчання підвищує якість навчання та конкурентоспроможність медичної освіти. Симуляційні сценарії можуть значно підвищити мотивацію та інтерес лікарів до оволодіння практичними навичками та їх здатність реалізувати ці вміння у подальшій професійній діяльності [3, 5].

У більшості країн цивілізованого світу навчання в симуляційних центрах є обов'язковою складовою у професійній підготовці, підвищенні кваліфікації та визначенні компетенцій медичних працівників [2, 4].

Їх діяльність є законодавчо затвердженою та регламентується відповідними міністерствами та національними установами.

Умовно симуляційні центри можна розділити на три типи: шпитальні або університетські, комерційні та приватні [1]. На сьогодні, в Україні всі провідні медичні університети мають свої симуляційні центри, в тому числі Харківський національний медичний університет. Цей центр активно працює для вдосконалення практичних навичок студентів, інтернів та лікарів. Основним практичним завданням таких центрів є проведення симуляційних тренінгів. Основними вимогами до симуляційного тренінгу є: комунікація, ідентифікація проблеми (встановлення провідного синдрому), оцінка основних вітальних показників (у разі потреби та можливості), використання терапевтичних методів усунення проблеми (ліки, хірургічні маніпуляції), перевірка ефективності використаних методів лікування, дебрифінг [5]. Для того щоб якісно проводити такі тренінги симуляційні центри повинні мати кваліфікованих викладачів-дебриферів, які пройшли відповідні (сертифіковані) тренінги та курси та найкращим чином володіють найсучаснішим комп'ютерним та медичним обладнанням. Процес вдосконалення навичок таких викладачів, на нашу думку, повинен теж постійно підвищуватись шляхом відвідування онлайн та оффлайн заходів провідних світових симуляційних центрів. Відвідування актуальних івентів, зокрема The International Meeting on Simulation in Healthcare (IMSH) та ін. є також дуже важливим. Є значні проблеми з організацією симуляційних центрів на базі лікарень. Ми вважаємо, що є потреба в організації більшої кількості центрів симуляційної освіти, в тому числі з відпрацювання навичок військової та тактичної медицини.

Таким чином, роль та місце симуляційної освіти у медичній післядипломній освіті є дуже важливими. Кваліфікована організація роботи центрів симуляційної освіти є одною з провідних завдань як освітніх закладів, так і державних та приватних медичних закладів.

Література:

1. Артеменко В.В., Семченко С.С., Егоренко О.С., Новиков Д.А., Караконстантинов Д.Ф., Берлинская Л.И. Симуляционное обучение в медицине: международный и отечественный опыт. Одесский медицинский журнал. 2015. №6 (152). С. 67–74.
2. Dieckmann P., Torgeirsen K., Qvindelund S.A., Thomas L., Bushell V., Ersdal H.L. The use of simulation to prepare and improve responses to infectious disease outbreaks like COVID-19: practical tips and resources from Norway, Denmark, and the UK. *Adv Simul.* 2020. Vol. 5 (1). P. 3.
3. Loo M.E., Krishnasamy C., Lim W.S. Considering Face, Rights, and Goals: A Critical Review of Rapport Management in Facilitator-Guided Simulation Debriefing Approaches. *Simul Healthc.* 2018. Vol. 13 (1). P. 52–60.
4. Rodgers D. L., Securro Jr. S., Pauley R. D. Simulation in Healthcare. *Journal of the Society for Simulation in Healthcare.* 2009. Vol. 4, № 4. P. 200–206.
<https://clincasequest.org/simulation/>

ПІДГОТОВКА ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ 227 «ТЕРАПІЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ» В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Чухно І.А., Литвиненко М.І.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Здоров'я людини визнається однією з найбільш важливих суспільних цінностей в більшості країн світу і, зокрема, в нашій державі. Збереження здоров'я населення є важливим завданням державної політики в сфері охорони здоров'я. В різних країнах реалізація цього завдання досягається по-різному, але спільним є те, що воно потребує не лише надання медичних послуг особам, що мають певні проблеми зі здоров'ям, а й формування дієвої системи профілактичної медицини та створення системи заходів для формування умов для збереження життя і здоров'я людей у всіх сферах життєдіяльності та просування здорового способу життя. Зважаючи на останні світові тенденції в цій сфері, це досягається за рахунок побудови і функціонування системи громадського здоров'я, яка враховувала б різні фактори та умови, що впливають на рівень здоров'я людей та розробці заходів щодо створення умов для його підвищення.

Одним з основних принципів системи громадського здоров'я є створення належних умов для реалізації кожної людиною права на здоров'я та забезпечення рівного доступу до послуг охорони здоров'я відповідно до потреб упродовж усього життя [1].

Відповідно до вказаної вище мети, систему громадського здоров'я забезпечують не тільки лікарі, зокрема, лікарі-епідеміологи, лікарі центрів громадського здоров'я та інші фахівці з профілактичної медицини, а й фахівці з громадського здоров'я, фахівці з інших галузей та сфер діяльності. Важливе місце в цьому переліку обіймають і фахівці з фізичної реабілітації та терапії.

З початком повномасштабного вторгнення в Україну у 2022 році спостерігається значне збільшення кількості пацієнтів, які потребують спеціалізованих послуг з реабілітації. Серед іншого, це ставить перед державою і системою громадського

здоров'я важливе завдання нагальної підготовки достатньої кількості висококваліфікованих фахівців з терапії та реабілітації, здатних забезпечити зростаючі потреби населення у цих послугах.

Постановою Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2022р. № 1392 «Про внесення змін до переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти» спеціальність 227 «Фізична терапія, ерготерапія» змінено на 227 «Терапія та реабілітація» [2]. Це обумовлено як реалізацією чергового кроку для приведення вітчизняного переліку спеціальностей до європейських підходів, так і, передбачаємо, необхідністю більшої клінічної спрямованості підготовки здобувачів вищої освіти за вищезазначеною спеціальністю.

Відповідно до наказу МОЗ України від 17.08.2023 № 1483 «Про державне замовлення на підготовку фахівців, наукових, науково-педагогічних кадрів, підвищення кваліфікації та перепідготовку кадрів у 2023 році» Харківському національному медичному університету значно збільшено обсяг державного фінансування для підготовки здобувачів вищої освіти за спеціальністю 227 «Терапія та реабілітація» до 50 за освітнім ступенем «Бакалавр» та 70 за освітнім ступенем «Магістр» [3]. Подібне збільшення державного замовлення відбулося і для інших закладів вищої освіти, ґрунтуючись на значній затребуваності фахівців з реабілітації на ринку праці та дефіциті таких спеціалістів. Це є одним з свідчень важливості для країни підготовки фахівців даної спеціальності в цих умовах.

У 2023 році в Харківському національному медичному університеті загалом зараховано на перший курс 88 здобувачів освіти за спеціальністю 227 «Терапія та реабілітація» першого та другого рівня освіти.

Зважаючи на безпекові умови, прифронтове розміщення міста та рекомендації владних і військових структур з питань організації навчання, наразі в університеті воно здійснюється в синхронному режимі з використанням технологій дистанційного навчання.

Для забезпечення якості освітнього процесу в такому режимі в Харківському національному медичному університеті діє система дистанційного навчання, яка передбачає використання сервісів Google та платформи MS Teams за допомогою корпоративних акаунтів та розміщення навчальних курсів, організаційних, довідкових, інформаційних матеріалів на платформі Moodle. Матеріали, що розміщуються на дистанційних курсах структуровані та включають зокрема: презентацію курсу, си́лабус освітнього процесу, графік навчального процесу, критерії оцінювання, алгоритм навчання, глосарій, форуми для спілкування зі студентами, презентації та матеріали у т.ч. відеоматеріали по кожній темі занять, посилання на друковані та інтернет джерела, різноманітні завдання для контролю знань. Після завершення розробки та апробування такі курси проходять атестацію за визначеними в закладі критеріями та процедурою.

З метою якісної підготовки здобувачів освіти спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія» / «Терапія та реабілітація» до складання теоретичної частини єдиного кваліфікаційного іспиту (КРОК) на платформі дистанційного навчання Moodle створені окремі курси, де здобувачі освіти вивчають тестові завдання і проходять онлайн-тестування у зручний для себе час.

З жовтня 2023 року, за бажанням студентів, розпочато відпрацювання частки практичних навичок в аудиторному форматі в симуляційних класах, які розташовані в облаштованих та перевірених сховищах.

Здобувачі освіти відзначають наступні позитивні моменти в проведенні таких занять: кабінети знаходяться у сховищах, що задовольняє безпекові потреби; фантоми в симуляційних класах виглядають досить реалістично та мають працюючий функціонал імітації життєдіяльності (фантоми імітують дихання, серцебиття, тощо); на фантомах добре реалізовані пухлинні утворення, тому є можливість зрозуміти які вони на дотик; на достатньо високому рівні проводиться підготовка до об'єктивного структурованого практичного (клінічного) іспиту (ОСП(К)І), згідно з правилами, затвердженими наказом МОЗ від 19.02.2019 № 419 «Про затвердження Порядку, умов та строків розроблення і проведення єдиного державного кваліфікаційного іспиту та критеріїв оцінювання результатів» [4].

Окрім того, Харківським національним медичним університетом проводиться велика робота з залучання різних організацій щодо підвищення кваліфікації студентів, проведення тренінгів, стажування тощо.

Протягом жовтня-грудня 2023 року компанією Handicap International проводиться навчальний курс «Реабілітація пацієнтів з ампутаціями» для 4 курсу ОС «Бакалавр» та 1–2 курсів ОС «Магістр». Даний навчальний курс складається з 10 сесій, які проводяться в інтерактивному форматі з використанням різних активностей, таких як лекції, обговорення, практичні вправи, відео презентації, детальний розгляд різних випадків та конкретних справ пацієнтів. Заняття проводяться, як офлайн так і онлайн.

З 05 жовтня 2023 року в ХНМУ оголошено конкурс на участь у програмі міжнародної кредитної академічної мобільності у Таруському університеті, м. Мерсін, Туреччина для здобувачів освіти 2–3 курсів за спеціальністю «Фізична терапія, ерготерапія».

Усі вищезазначені заходи дозволяють підготувати кваліфікованого та конкурентно-спроможного фахівця з фізичної терапії та реабілітації для ринку праці та системи громадського здоров'я, які є вкрай загребуваними.

Зважаючи на важливість фахівців такої спеціальності та прагнення забезпечити якісну їх підготовку не зважаючи на сучасні умови, в університеті докладаються всі зусилля для створення умов для повноцінної та якісної організації освітнього процесу та пошуку шляхів їх покращення при дотриманні безпекових умов та існуючих складнощів в цьому процесі. Всі учасники та стейкхолдери, задіяні в підготовці фахівців є достатньо зацікавленими та мотивованими до цього.

Література:

1. Закон України «Про систему громадського здоров'я» від 06.09.2022 р. № 2573 зі змінами та доповненнями.
2. Постанова Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2022р. № 1392 «Про внесення змін до переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти».
3. Наказ МОЗ України від 17.08.2023 № 1483 «Про державне замовлення на підготовку фахівців, наукових, науково-педагогічних кадрів, підвищення кваліфікації та перепідготовку кадрів у 2023 році».
4. Наказ МОЗ від 19.02.2019 № 419 «Про затвердження Порядку, умов та строків розроблення і проведення єдиного державного кваліфікаційного іспиту та критеріїв оцінювання результатів».

ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ ЄВРОПЕЙСЬКИХ ПІДХОДІВ ДО ВИКЛАДАННЯ БІОСТАТИСТИКИ В КУРСІ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Інишаківа Г.В.^{1,2}, Грузєва Т.С.^{1,2}, Замкевич В.Б.¹

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

²ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС, м. Київ

Статистична грамотність та уміння використовувати знання про практичне застосування статистичних даних потрібні всім, хто вважає себе відповідальним членом демократичного суспільства. В теперішній час дослідження в галузі медицини виконуються групами різнопланових фахівців. В такій команді ключова роль належить фахівцю з біостатистики. Без правильного аналізу даних наукова робота є некоректною, а стаття не підлягає публікації в жодному з провідних наукових журналів. Методи біостатистики дозволяють точно представити та інтерпретувати дані, використані для аналізу, в контексті завдань досліджень.

Відповідно до цього, школи громадського здоров'я університетів Європи для майбутніх магістрів громадського здоров'я двох років навчання розробляють семестрову програму з біостатистики, яку часто синтезують з епідеміологією. Досвід показує, що такий підхід до викладання біостатистики та епідеміології є ефективним. За допомогою таких програм студенти отримують знання про методи обробки статистичних даних, клінічних та епідеміологічних досліджень, також розуміння причин і розвитку захворювань. Основний курс з біостатистики для студентів магістратури громадського здоров'я протягом одного семестру, можливо, є єдиним способом формальної освіти з даного предмету.

Комітет з освіти Асоціації шкіл громадського здоров'я (ASPH) у 2006 р. оприлюднив власну модель основних компетентностей для здобуття ступеня магістра громадського здоров'я. Вона містить перелік компетентностей з 5 основних дисциплін, у т.ч. і з біостатистики [1], прийнятих у багатьох університетах Європи. Акцентується увага на тому, що треба реалістично підходити до оцінки глибини набутих компетентностей та розробки відповідної навчальної програми, тому що за один семестр складно досягти високого рівня володіння статистичними процедурами. Можливо, треба зосередити зусилля на основних та важливих методах двовимірного аналізу, таких як критерій Хі-квадрат, t-критерій та дисперсійний аналіз.

Для більш глибокого засвоєння біостатистики пропонується поєднання останньої з іншими дисциплінами, що вивчаються майбутніми магістрами громадського здоров'я. Джерелом актуальних прикладів для студентів можуть бути статті, дослідження, опубліковані у новинах, на популярних веб-сайтах тощо. Такий підхід допоможе в розробці дизайну досліджень, забезпечить зв'язок між дисциплінами, підвищить мотивацію студентів. Біостатистичні методи є дуже важливими для вирішення проблем системи охорони здоров'я, у т.ч. громадського здоров'я. Поділ біостатистичного аналізу на окремі розділи дає можливість вивчати дисципліну крок за кроком. Для навчання дуже бажано використовувати реальні приклади. Для кращого засвоєння матеріалу необхідно, щоб між студентами і викладачами був налагоджений зворотній зв'язок. Це дозволить змінювати деякі аспекти курсу відповідно до запитів студентів.

Набуті знання з біостатистики мають бути придатні для використання в реальному житті. Для досягнення цього треба використовувати актуальні проблеми та сучасні технології, зокрема, інформаційні. Вважається, що реальні завдання, використання сучасних технологій та методів дають кращий результат, ніж традиційний метод навчання. З цієї точки зору доцільно впроваджувати в освітній процес нові методи навчання, такі як проблемне та проєктне навчання, навчання, засноване на мисленні, перевернутий клас, гейміфікацію, сучасні технологічні засоби тощо.

Проблемне навчання це така освітня технологія, що заснована на складних реальних задачах та застосовується для навчання за допомогою власного досвіду. Студенти самостійно вирішують проблеми, викладач відіграє роль не стільки інструктора, скільки посередника. Завдяки цьому майбутні магістри громадського здоров'я набувають не лише знання з вирішення проблем, а навички співпраці, критичного мислення та спілкування.

Проєктне навчання є не тільки педагогічним методом, а й середовищем навчання, зосередженим на розвитку здібностей студентів розвивати навички та добувати навчальні матеріали, а також працювати в команді і використовувати сучасні технології. Пропонується ставити студентам питання відповідно до їх інтересів і дослідні проєкти будуються навколо таких досліджень. Проєктний клас відрізняється від проблемного підходу тим, що результатом проєкту має стати створений продукт, який є рішенням початкового завдання.

Навчання, засноване на мисленні, спрямовано на розвиток мислення студентів, покращення розуміння освітнього контенту та навчання, що робить кращою якість їх життя, а також роботу після завершення навчання. Студент повинен навчитися оцінювати, що потрібно для виконання завдання і спрямовувати набуті компетентності для створення кінцевого продукту.

В теперішній час стала популярною така освітня технологія як «перевернутий клас». Студенти беруть участь у відносно пасивному вивченні контенту перед заняттям, зазвичай переглядаючи лекції онлайн в будь-який оптимальний для себе час, що дозволяє присвятити час аудиторних занять для активного вивчення контенту за доступної підтримки викладача.

Набуває поширення такий педагогічний метод, як гейміфікація, тобто спроба використовувати комп'ютерні ігри в освітніх цілях. Гра використовується як модель для підвищення ефективності навчання. Цей метод можна вважати нетрадиційним для традиційної освіти.

В НМУ імені О.О. Богомольця на кафедрі громадського здоров'я при вивченні дисципліни «біостатистика та основи епідеміології» використовуються європейські підходи. Програму з даного предмету щодо набутих інтелектуальних і практичних компетентностей по завершенню вивчення біостатистики розроблено з врахуванням рекомендацій Асоціації шкіл громадського здоров'я Європейського регіону (ASPHER).

На практичних заняттях розв'язуються ситуаційні задачі на актуальну тематику з прикладами застосування конкретних статистичних методів в наведеній ситуації. Обов'язково визначається зв'язок з іншими дисциплінами і обговорюється використання знань з біостатистики в межах цих дисциплін. Також існує тісний зв'язок між суб'єктами навчання, зокрема, і для перевірки того, що майбутні магістри громадського здоров'я продовжують прогресувати в своїх знаннях з біостатистики.

В навчальному процесі також задіяні різнобічні освітні технології, у т.ч. навчання, засноване на мисленні, проблемне навчання, «перевернутий клас», окремі елементи гейміфікації. Наприклад, для закріплення алгоритму використання статистичних методів застосовується гейміфікація, яка полягає у побудові багаторівневої блок-схеми з переходами на вищий щабель в залежності від правильного вибору конкретного методу для аналізу даних з врахуванням типу даних, їх розподілу, сукупностей, що досліджуються, тощо.

Отже, сучасні освітні технології навчання спрямовані на інтенсифікацію навчального процесу і передбачають використання реальних проблем, сучасних інформаційних технологій та новітніх методів навчання, адаптованих до цільових аудиторій.

Література:

1. Іншакова Г.В., Грузева Т.С. Формування у фахівців охорони здоров'я професійних компетенцій з біостатистики з урахуванням міжнародних рекомендацій. Загальне охоплення послугами охорони здоров'я – для всіх і всюди: матеріали наук.-практ. конф. з міжнарод. участю до Всесвітнього дня здоров'я 2018 р. К., 2018. С. 169–171.

2. Sullivan L. M., Hopper L., Begg M.D. Effective Practices for Teaching the Biostatistics Core Course for the MPH Using a Competency-Based Approach. *Public Health Reports*. 2014. Vol. 129, no 4. P. 381-392. doi: 10.1177/003335491412900415. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/003335491412900415>.

3. Modern teaching methods in action in statistical classes / P. Kovacs, E. Kuruczleki, K. Kazar et al. *Statistical Journal of the IAOS*. 2021. Vol. 37, no. 3. P. 899–919. doi: 10.3233/SJI-210843. URL : <https://content.iospress.com/articles/statistical-journal-of-the-iaos/sji210843>.

МОДЕЛІ НАВЧАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ПІДГОТОВЦІ ЗДОБУВАЧІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Гладун Т.С., Філоненко М.М.

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

На сучасному етапі перед вищою медичною освітою часто виникає запитання: як, навчаючи, гарантувати здобувачам з громадського здоров'я можливість вільно, конструктивно, та інтелектуально самовдосконалюватись, враховуючи своєрідний склад інтелекту? Адже викладач контролює навчальну діяльність студентів через створення специфічних умов освітнього середовища, залучає їх до обов'язкових норм пізнання [3]. Формуючи у студента систему знань, вміння розв'язувати задачі, наукові поняття, викладачі визначають межі інтелектуальної свободи особистості студента. Розмаїття ідей щодо навчання й виховання здобувачів громадського здоров'я в умовах сучасної медичної освіти зводиться до того, що форми освіти мають перебудовуватися у відповідність з психологією студента, його інтересами й правами [1,2]. Серед психологічно орієнтованих методичних моделей є такі, розробки яких були застосовані на практиці у медичних закладах вищої освіти. Існують такі моделі навчальних технологій здобувачів громадського здоров'я: інформаційна, структурно-логічна, особистісно-орієнтована, структурно-логічна, інтеграційна, ігрова [5].

Інформаційна модель. Сутність інформаційної моделі навчання полягає в оволодінні знаннями в межах навчального предмета, що передбачає заучування та запам'ятовування об'єму інформації без практичної реалізації. Теоретичні знання фрагментарно використовуються на практичних заняттях. Кінцевий результат засвоєння знань студента перевіряється на семестрових заліках або екзаменах. Навчання завершується лише отриманням, а основний принцип взаємозв'язку теорії з практикою відсутній.

Отже, інформаційна модель, має позитивні та негативні сторони. Позитивним є те, що інтелектуальний рівень майбутніх фахівців громадського здоров'я зростає, вони нагромаджують теоретичні знання, які зможуть використати в реальній професійній діяльності. Недоліком інформаційної моделі навчання є: невміння практично використовувати теоретичні знання, труднощі у запам'ятовуванні, нерозуміння отриманої інформації.

Розв'язати проблему, пов'язану з використанням інформаційної моделі, допомагає концепція поетапного формування розумових дій і понять, яку розробив П.Гальперин. Психологічна теорія лягла в основу удосконаленої нової моделі навчання – операційно-діяльнісна (технологічна) модель [5].

Структурно-логічна (операційно-діяльнісна, або технологічна) модель, яка передбачає поетапну організацію навчального процесу, побудові схем орієнтовної основи діяльності, алгоритмів. Сутність даної моделі полягає в тому, щоб навчити майбутніх фахівців громадського здоров'я використовувати отримані знання на практиці в процесі навчання, а не поза ним. Оволодіння знаннями, навичками, уміннями, як елементами навчальної діяльності, проходять через спеціально створенні схеми орієнтованої основи діяльності (ООД) : засвоєння знань – розвиток на їх основі навичок і умінь застосовувати стандартних та нестандартних умовах. Для реалізації операційної моделі в практику медичних закладах вищої освіти має педагогічний контроль. Єдиним недоліком даної моделі є те, що при її застосуванні не використовується індивідуальний досвід студента, особистісні орієнтації.

Особистісно-орієнтована модель. Головною метою особистісно-орієнтованої моделі у процесі навчання є сприяння особистісному росту студентів і викладачів. При цьому викладач створює психолого-педагогічні умови для саморозвитку, свідомого засвоєння основ професійної діяльності і розвитку професійної свідомості майбутніх фахівців громадського здоров'я. Головними завданнями особистісно-орієнтованого навчання є: розкриття індивідуальних, пізнавальних можливостей кожного студента; допомога студенту в самопізнанні, самоактуалізації, самореалізації, самовизначенні; формування культури життєдіяльності, яка дає можливість продуктивно будувати власне життя.

Інтеграційна модель. Педагогічний процес передбачає взаємозв'язок різнопредметних знань та умінь, видів діяльності на рівні інтегрованих курсів, навчальних тем, які складають відповідні цикли підготовки: гуманітарні та соціально-економічні, природничо-наукові та професійні. Вивчення інтегрованих дисциплін забезпечить здатність розв'язувати професійні задачі на основі узагальненого володіння знаннями, способами і прийомами діяльності [5].

Стратегія навчання з усіх дисциплін має бути спрямована на впровадження в навчальний процес нових і вдосконалення існуючих технологій, підвищення мотивації до навчання та самонавчання, використання методів викладання, організацію способів послідовного оволодіння і вдосконалення фахових навичок, а також організацію моніторингу якості освітнього процесу [3].

Ігрова (симуляційна) модель навчання – це організація навчального процесу, заснована на реконструкції моделі діяльності у межах запропонованого сценарію. Наприклад: навчальна (пізнавальна) гра – форма відтворення змісту майбутньої професійної діяльності спеціаліста громадського здоров'я; ділова гра – моделювання різних ситуацій, пов'язаних з формуванням умінь спілкуватися, обговорювати проблему в режимі “ мозковий штурм” [10]; рольові ігри – імітація рольової поведінки у запропонованих сценарних умовах.

Під час *симуляційної ігри* пропонується відтворити навички професійної діяльності та їх застосування у спеціальних центрах, забезпечених високотехнологічними тренажерами. В умовах тренажерних центрів зміст навчання спрямований не тільки на освоєння окремих навичок, але й на міждисциплінарне навчання роботи в команді, вироблення безпечних форм професійної поведінки та навичок спілкування. Також можливе використання центру для проведення профорієнтації майбутніх абітурієнтів [9].

Кожна з моделей по-своєму впливає на підвищення ефективності навчання, оскільки на першому місці є здобувач, як суб'єкт діяльності й основні педагогічні зусилля спрямовуються на його професійний і особистісний розвиток.

Література:

1. Березівська, Т. С. Педагогічні умови ефективності семінарських занять (у вузі) / Т. С. Березівська // Вісник ЧДУ. Педагогічні науки. – 2002. – Вип. 41. – С. 9–14.
2. Булгакова, Н. В. Методика викладання у вищій школі : навч. посіб. / Н. В. Булгакова, В. О. Рахманов. – Київ : НАУ, 2012. – 204 с.
3. Кіржнер, Л. О. Методика викладання у вищій школі : навч. посіб. / Л. О. Кіржнер, Т. І. Лепейко. – Харків : ХНЕУ, 2006. – 96 с.
4. Козлова, Г. М. Методика викладання у вищій школі : навч. посіб. / Г. М. Козлова. – Одеса : ОНЕУ, 2014. – 200 с.
5. Максименко С.Д., Філоненко М.М. Педагогіка вищої медичної освіти. Підручник. – Київ: Центр учбової літератури, 2014. – 321 с.
6. Організація самостійної роботи студентів / В. О. Ушкаренко, Н. Д. Смолінченко, І. В. Осадчук, Т. І. Виноградова. – Херсон : Айлант, 2005. – 96 с.
7. Перспективні освітні технології : наук.-метод. посіб. / за ред. Т. С. Сазоненко. – Київ : Гопак, 2000. – 560 с.
8. Стинська, В. В. Методика викладання у вищій школі : метод. рек. / В. В. Стинська. – Івано-Франковськ, 2016. – 65 с.

АКТУАЛЬНІСТЬ НАБУТТЯ ПРОФЕСІЙНО-КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНЦІ У ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ МЕДИЧНИХ УНІВЕРСИТЕТІВ

Журавель Я.В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Комунікативні компетентності відіграють важливу роль у забезпеченні високого рівня надання медичних послуг населенню, налагодженні міжособистісної взаємодії, слугують запорукою подальшого особистісного та професійного розвитку лікаря.

Комунікативна компетентність – одна з основних пріоритетних напрямків сучасної якісної освіти та одна із важливих компонентів професійної культури майбутніх фахівців. При підготовки кваліфікованих спеціалістів, необхідно врахувати не тільки набуття фахових знань, розвинення клінічного мислення, опанування практичних навичок а також формувати всебічно розвинену особистість. М. Фуко дуже влучно зазначив: «Медик посідає в межах будь-якого суспільства, будь-якої цивілізації абсолютно особливе становище: він повсюдно є предметом суспільної уваги і майже завжди незамінний» [1].

Сьогодення вимагає від працівників медичної галузі володіння не тільки професійною компетентністю, яка напряму пов'язана з професійною діяльністю, але і вміння застосовувати різні стилі спілкування з різними людьми за різних обставин. Робота лікаря неодмінно пов'язана із спілкуванням з пацієнтами, їхніми родичами, колегами, медичним персоналом, адміністрацією. Ефективна комунікативна взаємодія, сприяє вирішенню проблем між учасниками комунікаційного процесу, допомагає досягнути цілей спілкування, призводить до досягнення взаєморозуміння. Відомий український вчений Л.А. Пиріг зазначив, що саме у діалозі між лікарем та пацієнтом реалізується професійно-прикладний аспект функціонування мови у сфері медицини, а живе слово лікаря ніколи не втратить свого особливого значення [2].

Оволодіння мистецтвом комунікації є важливою складовою успішного впливу на пацієнтів, потужним засобом у лікуванні захворювань. Добре налагоджений комунікативний процес між лікарем та пацієнтом покращує емоційний стан останнього, сприяє кращому дотриманню прийому ліків, додержанню та виконанню призначених лікарем відповідних заходів.

Володіння професійно-комунікативною компетентністю, знання етико-деонтологічних принципів, законів психології професійного спілкування у поєднанні з професійною майстерністю медичних працівників сприятимуть наданню ефективної, якісної медичної допомоги навіть у найтяжчих випадках.

Література:

1. Фуко М. Археологія знання. Київ: Основи, 2003. 333 с.
2. Пиріг Л.А. Медицина і українське суспільство: зб. мед. публіц. пр. / Л.А. Пиріг. – К.: Б. в., 1998. – 472 с.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «БЕЗПЕКА ТА ГІГІЄНА ПРАЦІ» ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ 229 «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»

*Паустовський Ю.О., Зенкіна В.І., Зінченко Т.О.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ*

Закон України «Про систему громадського здоров'я», який нещодавно набрав чинності, дає визначення громадському здоров'ю, як «сфера знань та організована діяльність суб'єктів системи громадського здоров'я щодо зміцнення здоров'я, запобігання хворобам, покращення якості та збільшення тривалості життя». Однією з оперативних функцій системи громадського здоров'я цим законом визначається «ефективне запобігання виникненню хвороб та мінімізація їх випадків».

Слід зазначити, що здоров'я людини залежить від багатьох аспектів, зокрема значну роль відіграє вплив на організм працюючого населення шкідливих та небезпечних факторів трудового процесу. Виходячи з цього спеціалісти з громадського здоров'я обов'язково повинні мати компетентності з питань найважливішої дисципліни – гігієни та безпеки праці.

Відповідно до освітньо-професійної програми зі спеціальності 229 «Громадське здоров'я» другого (магістерського рівня) передбачено освітній компонент професійної підготовки «Безпека та гігієна праці», що викладається на 1 курсі із загальною кількістю 3 кредити.

Метою викладання навчальної дисципліни «Безпека та гігієна праці» є формування у майбутніх фахівців знань, умінь і компетентностей для забезпечення ефективного управління системами безпеки і захисту працівників та суспільства, а також профілактики негативного впливу трудового процесу і виробничого середовища на організм працівників згідно з чинним санітарним законодавством.

Основними завданнями вивчення дисципліни «Безпека та гігієна праці» є дослідження фізіологічних змін в організмі під час праці та відпочинку, динаміки працездатності, характеру і механізмів впливу на організм людини фізичних, хімічних, біологічних і психофізіологічних чинників з урахуванням як детермінованих, так і можливих віддалених ефектів; аналіз впливу трудової діяльності і виробничого середовища на організм працівників з метою забезпечення на цій основі комплексу санітарно-гігієнічних, лікувально-профілактичних та організаційних заходів, спрямованих на створення сприятливих умов праці, збереження здоров'я і життя, підвищення продуктивності праці робітників.

Студентам викладаються основи законодавства про безпеку та гігієну праці, питання про основні шкідливі і небезпечні фактори виробничого середовища і трудового процесу, ризики прояву їх небезпечної дії. Окремо вивчаються теми щодо гігієнічної оцінки умов праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу. На практичних заняттях викладається методика дослідження стану здоров'я працівників за показниками професійної, виробничо обумовленої захворюваності та рівнем виробничого травматизму.

Приділяється особлива увага питанням профілактики шкідливої та небезпечної дії факторів, в тому числі, синдрому вигорання та хронічної втоми, обґрунтуванню заходів, спрямованих на збереження здоров'я, підвищення працездатності людини та подовження трудового довголіття.

Таким чином, засвоєння студентами нормативної дисципліни «Безпека та гігієна праці», дозволить майбутнім спеціалістам з громадського здоров'я оцінювати стан здоров'я працюючого населення з позицій можливої несприятливої дії на нього шкідливих та небезпечних чинників виробничого середовища, обґрунтовувати та впроваджувати профілактичні заходи тобто забезпечувати один з основних принципів системи громадського здоров'я – мінімізація шкоди (системне усунення або зменшення негативних наслідків для здоров'я людини від різних видів її поведінки та видів діяльності).

PUBLIC HEALTH FACTORS IN INCLUSIVE EDUCATION

Astapova I.V.¹, Pristuk K.D.²

¹*Kharkiv National Medical University, Kharkiv*

²*National Technical University «Kharkiv Polytechnic Institute», Kharkiv*

Throughout history, one of the key issues in society has been the preservation and enhancement of the population's health. The health of a nation is an indicator that reflects the country's level of socio-economic development, a criterion that determines the feasibility and effectiveness of human activities in various spheres. Currently, in Ukraine, there is a trend of declining population health. This trend is attributed to the impoverishment of a significant portion of the population, worsening environmental conditions, the spread of behavior stereotypes detrimental to health, and reduced access to quality medical services.

Statistical data indicate that only 5 % of high school graduates are considered to be in good health, 40 % of students have chronic illnesses, 50 % have morpho-functional deviations, and about 80 % suffer from various neurological and psychological disorders. Only 5 % of young men of draft age do not have medical contraindications to military service [6, p. 115].

In the scientific works of contemporary scholars, there are several attempts to adopt a multi-component approach to the concept of health.

For example, some researchers (R. Ayzman, M. Honcharenko, I. Dubrovina, etc.) have proposed a holistic model of health [5, p. 217]. From the perspective of the unity of health, they have identified the following components: physical (the presence or absence of physical defects and illnesses), psychoemotional (the presence or absence of neurological and psychological deviations, the ability to express one's emotions and understand the emotions of others, the expression of one's attitude towards oneself and others), intellectual (how a person acquires and uses information for personal development and adaptation to the environment), social (the individual's self-perception as a subject of a certain gender, the performance of gender role functions in society), personal (the ways and goals of self-realization as a harmonious personality), and spiritual health (any decision made by a person can be aimed at either maintaining health and preventing illness or at disrupting the integrity of the system and promoting disease). As individuals develop, the contribution of these components to the overall concept of health changes: in childhood, physical, psychoemotional, and intellectual health are predominant, while in more mature years, spiritual, social, and personal health come to the forefront.

Therefore, the current concept of health is based on a holistic model that studies the process of optimal adaptation of a person to the natural and social environment. Any developmental disturbance is a complex biopsychosocial problem caused by changes in a person's living conditions.

Given today's challenges, psychoemotional tension intensifies, individuals perceive difficult life situations more acutely, the choice of adequate means to overcome them becomes more complicated, conflicts arise, and behavioral disorders occur, and so on.

Modern approaches to the formation of an inclusive educational environment encompass various strategies [2, p. 27]:

– An integrative approach oriented toward universal human values, humanization ideas, individual and personal development of individuals with disabilities, facilitating the proper modeling and forecasting of the educational process.

– The personality-humanistic approach involves preparing individuals with disabilities for life and professional activity. Independent creative activity forms the basis

of the educational process and guides the individual not only toward quality education but also toward creative exploration and improvement.

– The competence-oriented approach is the predominant direction in the development of modern Ukrainian and global inclusive educational environments, involving the transfer of key learning outcomes (knowledge and skills) to the formation of a system of competencies in individuals with disabilities.

– The optimal-activity approach views activity as the fundamental condition for development and the formation of personality. – The creative-perceptive approach aims to organize mutual perception, mutual assessment, and reflection of educational process participants; emotional-value interaction, partnership, and the creation of an atmosphere of active work and creativity. In the modern world, there is growing awareness of the need to integrate individuals with disabilities into society by overcoming barriers in their lives.

According to the Inclusive Development Index (IDI) and GDP per capita in recent years, Ukraine ranks in the middle of the fifth decade among developing countries [4, p. 78]. Transitioning to inclusive development, as a harmonious interaction of the social, economic, and political components of human development, can improve the quality of life. This includes improving the population's health, achieving a rational diet, enhancing the provision of medical and educational services, and reducing disparities in material well-being [2, p. 14].

In the sectoral and sectoral aspects of inclusive development, it is necessary to focus on: the implementation of modern technologies, increasing social responsibility for the consequences of economic activities, and establishing partnership cooperation. For individuals with functional health limitations, obtaining education, a prestigious specialization, and decently paid work represents an opportunity to overcome the state of alienation in which they find themselves due to health-related conditions.

Moreover, as researchers point out, «the increasing value of education, transforming it from an optional element of society's socio-economic life into its fundamental component, is an important contemporary trend» [1] for all members of society, including individuals with special needs.

Therefore, modern approaches to creating an inclusive educational environment constitute a comprehensive system of components and their interrelationships.

Література:

1. Борисенко А.В. Громадське здоров'я в світі та Україні. URL: http://cgz.vn.ua/problematika-gromadskogo-zdorovya_445.html (дата звернення: 30.09.2023).

2. Відстоювання інтересів дітей з особливими потребами, дітей з інвалідністю на інклюзивну освіту: Тренінговий модуль / За заг. ред. О. Красюкової-Еннс, О. Софій, М. Сварника. Українсько-канадський проект «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні». К., 2020. 46 с.

3. Громадське здоров'я / В.Ф. Москаленко, О.П.Гульчий, Т.С. Грузева та ін. Вид. 3. Вінниця: Нова Книга, 2019. 560 с.

4. Інвалідність та суспільство: навчально-методичний посібник. / За заг. редакцією Л.Ю. Байди, О.В. Красюкової-Еннс. Українсько-канадський проект «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні». К., 2021. 216 с.

5. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я. К.: «Здоров'я», 2018. 359 с.

6. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2020 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». К., 2021. 516 с.

**Секція 8.
СТУДЕНТСЬКА НАУКА**

**ГІГІЄНИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗНИКІВ
ЯКОСТІ ПИТНОЇ ВОДИ ЦЕНТРАЛІЗОВАНОГО ВОДОПОСТАЧАННЯ
У ВІННИЦЬКОМУ РЕГІОНІ**

*Савельєва І.М., Грищук С.М. (керівник роботи)
Житомирський медичний інститут
Житомирської обласної ради, м. Житомир*

Актуальність проблеми. Питна вода є життєво важливим ресурсом для людини, і її якість безпосередньо впливає на здоров'я населення. Проте, в сучасному світі зростає кількість чинників, які впливають на якість питної води через забруднення довкілля, зміни клімату, технологічні викиди, використання азотовмісних добрив та ін [1]. Забезпечення населення безпечною та якісною питною водою стає викликом для багатьох регіонів України. Забруднення водойм, зношення систем централізованого водопостачання, активне використання миючих засобів, а також поширення нових забруднюючих речовин створюють загрозу погіршення якості питної води, що надходить у системи водопостачання [2, 3]. Ця проблема є особливо актуальною у контексті досить різкого зростання населення в містах а також природу виробництва, що вимагає більш ефективних методів очищення та контролю якості води [4].

Отже, гігієнічна характеристика показників якості питної води централізованого водопостачання є актуальною та важливою проблемою з точки зору громадського здоров'я, і вимагає подальших досліджень та заходів з покращення контролю.

Мета дослідження. Метою цього дослідження є проведення гігієнічної оцінки та характеристики показників якості питної води в системах централізованого водопостачання Вінницького регіону. Основним завданням є аналіз та оцінка рівня якості централізованої питної води, визначення відповідності її показників нормативним документам, а також виявлення можливих джерел забруднення та ризиків для громадського здоров'я.

Дослідження спрямоване на ідентифікацію проблемних аспектів систем водопостачання у Вінницькому регіоні та встановлення факторів, що впливають на якість питної води. На основі результатів дослідження буде розроблено рекомендації щодо покращення контролю та якості водопостачання з метою підвищення безпеки та профілактики неінфекційних захворювань населення Вінницької області.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проводилося в територіальних громадах Вінницької області, які мають різні централізовані системи водопостачання. Вибір водопровідних систем проводився з урахуванням географічного розташування, кількості населення та інших факторів, що можуть впливати на якість води. Зразки питної води були зібрані із водопровідних систем на різних етапах водопостачання, включаючи водозабір з джерел, водонапірних башт, магістральних і розподільчих мереж. Відібрані проби води для санітарно-хімічними показниками (органолептичні показники, загальна жорсткість, сухий залишок, сульфати,

водневий показник, амоній, перманганатна окиснюваність, нітрати, нітрити, фториди, залізо загальне, хлориди) та мікробіологічними показниками (визначення загального мікробного числа, загальних коліформ, виявлення *Escherichia coli*, виявлення ентерококів).

Результати та обговорення. Отримані результати показали, що показники води в більшості водопровідних систем відповідають нормативам щодо хімічного складу питної води. Однак були виявлені окремі показники, які перевищували допустимі значення такі як: загальна жорсткість; вміст нітратів; хлориди; перманганатна окиснюваність. Показник питомої ваги нестандартних проб за санітарно-технічними показниками протягом 2018–2022 років мав тенденцію до зменшення – у 2018 році він становив 16,7 %, у 2019 – 14,2 %, 2020 – 13,6 %, 2021 – 15,1 %, 2022 – 12,5 %.

Що стосується показника питомої ваги нестандартних проб за бактеріологічними показниками – він також має виражену динаміку до зменшення. У 2018 році відхилення у мікробіологічних показниках виявлялися у 12,5 % проб, у 2019 – 14,5 %, 2020 – 12,4 %, 2021 – 11,1 %, 2022 – 5,6 %. Це свідчить про належне дотримання гігієнічних стандартів та ефективність заходів із знезараження питної води централізованого водопостачання. Отримані результати свідчать про те, що в цілому якість питної води в Вінницькому регіоні відповідає вимогам нормативів. Проте окремі показники потребують додаткового контролю.

Висновки. Для подальшого контролю якості питної води та її впливу на здоров'я населення важливо проводити регулярний моніторинг та аналіз води в різних водопостачальних системах Вінницького регіону. Подальші дослідження можуть бути спрямовані на вдосконалення методів контролю та очищення питної води, а також на вивчення впливу якості питної води на здоров'я населення, особливо при довготривалому вживанні.

Література:

1. Андрусишина І. М. Вплив мінерального складу питної води на стан здоров'я населення (огляд літератури). *Вода і водоочисні технології. Науково-технічні вісті*. 2015. № 1(16). С. 22-31 <https://ela.kpi.ua/handle/123456789/38932>.
2. Державні санітарні норми та правила «Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною» (ДСанПіН 2.2.4-171-10) <https://geology.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2020/03/DSanPiN-2.2.4-171-10.pdf>.
3. Петренко Н. Ф., Мокієнко А. В., Платов С. М. Загальна гігієнічна оцінка якості питної води та стану питного водопостачання в Україні. *Актуальні проблеми транспортної медицини: навколишнє середовище; професійне здоров'я; патологія*. 2018, 4. С. 7–16.
4. Григоренко Л.В. Еколого-гігієнічна оцінка впливу питної води з централізованих, децентралізованих джерел водопостачання та доочищеної питної води на здоров'я сільського населення Дніпропетровської області. Київ: Нац. акад. мед. наук України, Держ. установа «Ін-т громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України», 2019. 342 с. DOI 10.5281/zenodo.3628400.

ТРУДОВА АДАПТАЦІЯ ІНВАЛІДІВ: ПІДТРИМКА, МОЖЛИВОСТІ ТА ВИКЛИКИ

*Мосійчук І.В., Грищук С.М. (керівник роботи)
Житомирський медичний інститут
Житомирської обласної ради, м. Житомир*

Вступ. Сучасне суспільство постійно розвивається, його структура змінюється, тому зростає увага до питань соціальної інклюзії та рівних можливостей для всіх громадян, включаючи людей з обмеженими можливостями. Однією з ключових аспектів цієї проблематики є трудова адаптація інвалідів. Цей процес передбачає створення сприятливого середовища, яке дозволить людям з фізичними, розумовими чи іншими обмеженнями успішно впроваджуватися на ринку праці, розвивати свій потенціал та досягати професійного зросту на рівних умовах з іншими працівниками [1–3].

Трудова адаптація інвалідів важлива з двох ключових причин. По-перше, вона сприяє соціальній інклюзії та рівній участі у суспільному житті. Праця не лише забезпечує фінансову стабільність та незалежність інвалідів, але також дозволяє їм відчувати себе повноцінними членами суспільства та сприяє підвищенню самооцінки та самоповаги. По-друге, трудова адаптація інвалідів має значний потенціал для суспільства в цілому. Інваліди можуть приносити значний внесок у сферу виробництва та послуг, і їх ресурси та навички можуть бути важливим резервом для розвитку економіки. Таким чином, сприяння трудовій адаптації інвалідів є не лише актом соціальної справедливості, але і стратегічним кроком на шляху до створення більш інклюзивного та стабільного суспільства [4, 5].

Значущість проблем інвалідів або людей з особливими потребами посилюється за рахунок збільшення їх частки в загальній структурі населення України, особливо протягом останнього року. У сучасних умовах економічної нестабільності та військових дій на території нашої держави інваліди виявилися однією із найменш захищених верств населення. Головною проблемою, яка потребує негайного вирішення, є подолання соціальної ізоляції інвалідів та подальшої інтеграції у суспільні процеси з можливістю повноцінної участі останніх у житті держави, що особливо актуально з огляду на збільшення їх кількості в результаті війни [6].

Мета роботи полягала в аналізі особливостей трудової адаптації людей з інвалідністю у системі громадського здоров'я для подальшого подолання соціальної ізоляції інвалідів та повноцінної інтеграції їх у суспільно-трудові процеси та життя держави.

Матеріали і методи. Для об'єктивності та обґрунтованості досліджень та висновків під час проведення дослідження використовували сукупність загальнонаукових методів: формально-юридичний метод застосовувався для проведення аналізу законодавства в сфері соціальної допомоги та адаптації; метод прямого опитування використовувався для в'ясування відношення та сприйняття суспільством людей з обмеженими можливостями та рівня розвитку їхньої трудової адаптації; метод системного аналізу дозволив дослідити трудову адаптацію людей з інвалідністю як компонент системи трудових відносин в державі.

Результати. У ході дослідження було проведено опитування осіб з наслідками перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу, які зверталися

до невролога Хорошівської лікарні Житомирської області протягом липня-серпня 2023 року. Всього в анкетуванні брали участь 120 осіб. За результатами обробки відповідей встановлено, що 31 % опитаних мають ступінь інвалідності, 88 % опитаних ставляться позитивно до ідеї покращення можливостей трудової адаптації для людей з інвалідністю, 100 % опитаних згодні з тим, що на даному етапі в державі є певні проблеми з соціальною та трудовою адаптацією інвалідів, 65 % опитаних бачать потребу у створенні реабілітаційних центрів.

Результати свідчать про необхідність комплексного підходу до процесу трудової адаптації. Важливо враховувати особистісний та соматичний компоненти адаптації. Особистісний компонент наголошує на важливості розвитку індивідуальних якостей інваліда. Підвищення їхньої самооцінки та самоповаги допомагає їм подолати труднощі та досягати більшого успіху у житті. Спрямованість реабілітації на покращення фізичного стану інвалідів (соматичний компонент) є ключовим етапом у їхньому відновленні, але це лише одна частина процесу. Важливо також забезпечити інвалідам доступ до освіти, робочих можливостей та інших аспектів життя, що допоможе їм нарощувати свій потенціал, що в подальшому вплине на адаптацію до суспільних процесів.

У практичному плані, для забезпечення ефективної реабілітації інвалідів, необхідно розвивати комплексні програми та послуги, які враховують всі аспекти їхнього реабілітаційного потенціалу. Такий підхід сприяє створенню більш інклюзивного та справедливого суспільства, де кожна людина має можливість реалізувати свій потенціал та бути активним учасником громадського життя.

Держава не просто покликана надати особі з інвалідністю певні пільги і привілеї, вона повинна піти назустріч її соціальним потребам і створити систему соціальних служб та передумов, що дозволять нівелювати обмеження, які перешкоджають процесам трудової адаптації та індивідуального розвитку кожної людини з інвалідністю, створити умови для вирівнювання можливостей людей з інвалідністю та здорових людей.

Трудова адаптація інвалідів - це невід'ємна частина сучасного суспільства, яка вимагає нашої уваги та зусиль. Цей процес не лише сприяє соціальній інклюзії та рівним можливостям для всіх громадян, але й приносить значну користь суспільству в цілому. Навички, таланти та потенціал інвалідів можуть бути важливим ресурсом для розвитку економіки та підвищення якості життя.

Важливо надавати інвалідам підтримку, створювати для них можливості та долати виклики, які виникають на шляху до трудової адаптації. Це можливо завдяки спільним зусиллям урядових органів, роботодавців, громадських організацій та самого інваліда.

Висновки. За результатами досліджень можна стверджувати, що ефективність інтеграційних процесів трудової адаптації забезпечується не тільки адаптуванням особистості до суспільних, соціально-економічних стосунків, а й створенням суспільних умов для задоволення особливих потреб кожної особистості.

Отже, трудова адаптація інвалідів є важливим завданням, яке вимагає постійної уваги та розвитку. Зусилля фахівців з громадського здоров'я в цьому напрямку мають бути спрямовані на створення більш інклюзивного та справедливого суспільства, де кожна людина має можливість реалізувати свій потенціал та бути активним учасником громадського життя.

Література:

1. Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні : закон України від 21.03.1991 № 875-ХІІ. Відомості Верховної Ради України. – 1991. – № 21. – С. 252.
2. Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів : Постанова Кабінету Міністрів України від 08.12.2006 № 1686.
3. Корнійчук Н. М., Ляшевич А. М., Гришук С. М., Чайка, Ю. Ю. Вплив засобів фізичної реабілітації на фізичний розвиток дітей з функціональними порушеннями зору. *Фізична культура, спорт та здоров'я нації*. 2021. № 12, С. 91–97.
4. Міщук Г. Ю., Юрчик Г. М. Проблеми реалізації соціальної політики у забезпеченні зайнятості осіб з інвалідністю в Україні. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2020, 1: С. 71–77.
5. Дідик Н. М., Троцьковець М. Р. Зміст соціальної реабілітації осіб з інвалідністю в закладах різного типу. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка*. Серія: Соціально-педагогічна. 2019, 32. С. 86–98.
6. Рудницька Н. Л. Державна політика соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій. – Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра спеціальності «Публічне управління та адміністрування». – Національний авіаційний університет. – Київ, 2022. – 103 с.

ВИКОРИСТАННЯ СТАТИСТИЧНИХ ДАНИХ ДЛЯ РОЗРОБКИ СТРАТЕГІЙ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

*Буката А.О., Гришук С.М. (керівник роботи)
Житомирський медичний інститут
Житомирської обласної ради, м. Житомир*

Вступ. Спільно з розвитком сучасної науки та технологій, зміною способу життя населення, здоров'я стає важливішою проблемою, ніж будь-коли раніше [1]. Підтримка здорового способу життя і попередження захворювань стають актуальними завданнями для суспільства та охорони здоров'я [2]. Для визначення оптимальних стратегій досягнення цих цілей використовуються статистичні дані, за допомогою яких проводиться систематичний аналіз, вимірювання стану здоров'я нації, виявляються фактори ризику та тенденції, розробляються науково обгрунтовані підходи для підвищення якості життя та попередження захворювань, визначаються результати впровадження реформ та заходів у сфері охорони здоров'я [3–5].

Метою даної роботи є розгляд важливих аспектів використання статистики в розробці та впровадженні стратегій здорового способу життя.

Матеріали та методи: для досягнення мети роботи було використано бібліосемантичний та описовий методи.

Результати. Досліджено, що аналіз статистичних даних дозволяє визначити фактори ризику та проблеми зі здоров'ям, які є найбільш поширеними в певній популяції, що дозволяє особам, які приймають рішення, сфокусуватися на проблемах, які мають найбільший вплив на якість та тривалість життя населення. Це сприяє

розробникам стратегій здорового способу життя створювати програми, які ефективно впливають на ці фактори, та визначати індикатори ефективності їх впровадження.

Серед прикладів використання статистичних даних в контексті здорового способу життя доцільно навести наступні:

1. дослідження показали, що люди, які регулярно займаються фізичними вправами, мають нижчий ризик розвитку серцево-судинних захворювань, діабету 2 типу – розроблена стратегія достатньої рухової активності;

2. люди, які не палять, мають нижчий ризик розвитку раку легень, серцево-судинних захворювань та деяких інших захворювань – розроблена стратегія щодо профілактики та шкідливості паління.

Для розробки стратегій здорового способу життя доцільно використовувати наступні показники:

1. оцінка рівня фізичної активності та визначення зв'язку зі станом здоров'я;

2. дослідження рівня стресу, депресії та щасливого життя;

3. моніторинг поширеності куріння та вживання алкоголю;

4. дослідження якості сну та його впливу на здоров'я;

5. оцінка якості повітря, води та впливу зовнішнього середовища на здоров'я;

6. систематичний моніторинг стану здоров'я шляхом регулярних медичних обстежень.

Таким чином, аналіз вищенаведених та ряду інших статистичних показників дозволяє визначити групи ризику серед населення та зосередити увагу на їхніх потребах, сприяючи зменшенню нерівності в охороні здоров'я. Вимірювання показників здоров'я через певний період дозволяє визначити ефективність стратегій та програм здорового способу життя. Результати дослідження впливу навколишнього середовища на здоров'я сприяють розробці екологічної політики. Інформація про споживання лікарських препаратів та їхню ефективність можуть бути використані для оптимізації лікування пацієнтів. Статистика стосовно поширеності надмірної ваги та ожиріння може служити основою для розробки кампаній з просвітництва та контролю за харчуванням. Статистичні дані допомагають визначити залежність між здоров'ям і економічним становищем у суспільстві, що сприяє формуванню політики соціального захисту.

Що стосується сфери охорони здоров'я – наукове обґрунтування та підтримка рішень на основі об'єктивних статистичних даних є важливою складовою створення здорового суспільства, адже за їх допомогою проводиться оцінка поширеності захворювань, смертності в популяції, факторів, які сприяють виникненню хвороб у населення. Органи влади можуть використовувати статистику для визначення того, які регіони мають найбільшу потребу в розробці програм здорового способу життя та їх направленість, а в подальшому визначати ефективність впроваджених програм і оцінювати їхній вплив на здоров'я населення.

Висновки: Використання статистики для розробки стратегій здорового способу життя є надзвичайно важливим і ефективним підходом у сучасному суспільстві, адже за її допомогою можна не лише виявляти проблеми та виклики у галузі охорони здоров'я, але й розробляти інноваційні підходи та стратегії, які сприяють покращенню здоров'я нації. Аналіз статистичних даних розширює можливості індивідуального підходу до здоров'я, дозволяючи розробляти персоналізовані

стратегії та лікування. Це створює унікальні можливості для підтримки здорового способу життя на рівні кожної окремої особи. Загалом, використання статистики у розробці стратегій здорового способу життя є необхідним інструментом для створення здорового суспільства, підвищення якості життя та зменшення ризику захворювань.

Література:

1. Жданова О. В., Слабкий Г. О., Потокій Н. Й. Концептуальні підходи до забезпечення здорового способу життя студентської молоді. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 2 (84). С. 4–9.
2. Методики формування здорового способу життя : конспект лекцій / укладачі: Н. В. Коляда, С. М. Король, С. А. Король. Суми : Сумський державний університет, 2021. 183 с.
3. Медико-демографічна ситуація як глобальна проблема громадського здоров'я України / Г. О. Слабкий[та ін.]. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України:наук-практ.журнал*. 2019. № 3. С. 62–72.
4. Гришук С.М. Визначення рівня обізнаності населення з основними положеннями «медичної реформи». *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 3 (50). С. 22–26.
5. Ярош Т.В., Ярош Я.О. Основи статистичного аналізу результатів клінічних досліджень. *Therapia (Український медичний вісник)*. 2015. № 1. С. 36–42.

ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ДЕЯКИХ ТЕРАТОГЕННИХ ЧИННИКІВ НА ВИНИКНЕННЯ ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ У ЛЮДИНИ

Нечасва Є.О., Вірчик М.В., Кудрявцева Т.О.

ПВНЗ «Харківський міжнародний медичний університет», м. Харків

Вступ. Вроджені вади розвитку (ВВР) виникають внаслідок тератогенезу, за умов несприятливого впливу умов зовнішнього середовища або внаслідок спадкових захворювань. Сучасна медична наука та практика розглядає ВВР як багатофакторні захворювання, що можуть виникати внаслідок порушень здоров'я батьків. Тератогенні чинники діють упродовж певних критичних періодів онтогенезу, особливо під час ембріогенезу, коли вірогідність формування відхилень розвитку в найбільш висока. Важливо також враховувати термінаційні періоди дії тератогену, протягом яких несприятливий чинник може індукувати аномалії розвитку, а саме терміни завершення формування органу, які різні для різних органів та тканин.

Офіційні статистичні дані МОЗ України, які свідчать про щорічне зростання кількості народжених дітей із вродженою патологією, про збільшення випадків інвалідизації, яка пов'язана з вродженими аномаліями розвитку, дають підстави розглядати цю проблему не тільки як медичну, а й соціальну.

Мета дослідження: вивчення впливу деяких тератогенних чинників на розвиток деяких вроджених вад розвитку у людини. Для реалізації поставленої мети вирішувались *завдання:* аналіз вітчизняних і зарубіжних наукових публікацій і інформаційних джерел із визначеної проблеми; встановлення провідних тератогенних чинників, які обумовлюють виникнення деяких вроджених вад розвитку у людини; дослідження варіабельності прояву вроджених вад розвитку у людини.

Матеріали та методи: аналіз даних зарубіжних і вітчизняних наукових статей, публікацій, інтернет-джерел; вивчення законодавчих документів; узагальнення отриманих даних.

Результати та їх обговорення. Науковці свідчать, що ВВР, як наприклад хвороби зі спадковою схильністю: дефекти губи та твердого піднебіння (заяча губа, вовча паща), клишоногість, вади розвитку серця, центральної нервової системи, обумовлені спільною дією багатьох генів і несприятливими чинниками зовнішнього середовища [1].

Аналіз доступних наукових джерел підтвердив, що 20 % ВВР зумовлені порушеннями генетичного апарату клітини (мутаціями), 40–50 % – порушеннями реалізації генетичної інформації під час ембріонального розвитку зародка під впливом шкідливих чинників середовища, а решта 30–40 % – результат поєднання впливу генетичних і негативних чинників зовнішнього середовища [2].

Серед генетичних чинників виникнення ВВР суттєву роль відіграють: аномалії хромосом, дефекти одного гена, комбінований вплив генетичних і екзогенних чинників [3].

Так, причиною розвитку ВВР серця є хромосомні аномалії (найчастіше трисомії), моногенні хвороби з аутосомним і домінантним успадкуванням, зчеплені з X-хромосомою.

Більшість випадків синдрому Аперта, обумовлено двома специфічними міссенс-мутаціями на хромосомі 10q26, із заміною амінокислот S252W (71 %) або P253R. В світі описано понад 200 випадків аномалії, майже всі випадки спорадичні.

Синдром Прадера-Віллі виникає внаслідок експресії генів SNRPN та NECNIN (NDN), причому майже 70 % хворих мають мікроделеції 15q12 батьківського походження, у 28 % виявляється материнська однобатьківська дисомія по хромосомі 15, а у 2 % – дефекти процесу імпринтингу або дефект в імпринтинг-центр, рідкісні хромосомні перебудови та генні мутації.

Отже, визначено широку варіативність проявів вроджених вад розвитку, які обумовлені генетичними чинниками.

При оцінці генетичного ризику враховують стать хворого та плоду. ВВР можуть бути обумовлені шлюбом між близькими родичами, але ступінь генетичного ризику зменшується зі зменшенням ступеня споріднення.

Ризик виникнення вроджених вад розвитку підвищують фізичні тератогени, які належать до першого класу: радіація, висока та низька температури зовнішнього середовища, атмосферний тиск, висока температура тіла матері, гравітаційні перевантаження, вібрації, гіпоксія тощо. Найактивнішими з них є: іонізуюче випромінювання та ультрафіолетові промені, оскільки чутливими є лімфоїдні та кровотворні тканини, імунна система, ядерний апарат клітини. Серед вроджених вад розвитку основне значення мають аномалії розвитку центральної нервової системи.

Висновки. В ході виконання запланованих завдань зроблено висновки, що тератогенні чинники мають вплив на розвиток вроджених вад розвитку у людини. Доцільно вивчати взаємодію генетичних чинників із чинниками зовнішнього середовища. Усвідомлення майбутніми лікарями значення впливу цих чинників на виникнення вроджених вад розвитку у людини необхідне для створення ефективної системи профілактики.

Література:

1. Shepard T. H. Catalog of Teratogenic Agents. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1992. 568 p.
2. Баленко Л.М., Оліфіренко І.В. Вади розвитку організму людини: причини їх виникнення. Медичний форум. 2016; 9 (09): 8–10.
3. Хмара Т. В., Кузяк Н. Б., Морараш Ю. А., Ризничук М. О., Петрюк А. Є., Кавун М. П. Онтологія варіантів будови та вад розвитку черепа. Український журнал медицини, біології та спорту. 2021; Т.6, № 2 (30): 20–30. DOI: 10.26693/jmbs06.02.020.

АНТИВАКЦИНАЛЬНИЙ РУХ ЯК ПРОБЛЕМА СУЧАСНОСТІ

*Ніколаєнко К.О., Трезуб П.О. (керівник роботи)
Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Вакцинація – один із найбільш вагомих винаходів у медицині, що врятував життя мільйонів людей. Перша вакцина була зроблена ще у 1796 році англійським лікарем Едвардом Дженнером, який боровся з таким захворюванням як натуральна віспа. Він застосував її до хлопчика на ім'я Джеймс Філіпс, яку отримав від хворого на віспу. І тільки через понад 100 років французький хімік та мікробіолог Луї Пастер зміг пояснити та донести принцип дії вакцини, а саме використання ослаблених мікроорганізмів для формування імунітету проти вірусних штамів.

Мета полягає у висвітленні такої проблеми як “антивакцинальний рух у світі”, що викликана дезінформацією на просторах інтернету, а саме на сайтах, які не базуються на доказовій медицині. Така проблема, що активно поширюється може призвести до жахливих наслідків, як, наприклад, повторне розповсюдження смертельних хвороб, з якими віками боролися науковці та медичні працівники. Також головною метою є наведення підтверджених фактів про успішність та важливість вакцинації та шляхів боротьби з недостовірними джерелами.

Написання даної роботи базується на медично-доказових статтях закордонних інтернет-джерел: PubMed, Stanford Medicine, NHS та ін.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) надає наступне визначення вакцинації: «вакцинація – це простий, безпечний та ефективний спосіб захисту від хвороб, перш ніж людина вступає в контакт з їх збудниками. Вакцинація використовує природні захисні механізми організму для формування стійкості до ряду інфекційних захворювань і зміцнює вашу імунну систему». Але, на жаль, у наш час люди все частіше довіряють сумнівним джерелам інформації, які навпаки свідчать, що вакцинація несе лише негативні та шкідливі наслідки для здоров'я людини. Аби заперечити правильність цих недоказових джерел ВООЗ показав статистику зменшення захворюваності з появою вакцин:

1. Вакцинація від натуральної віспи, винайдена у 1796 році змогла дати надію на повне знищення цього захворювання. У 1980 році ВООЗ зробила заяву про те, що людству вдалося побороти віспу остаточно.

2. Вакцинація проти поліомієліту за даними ВООЗ з моменту появи вакцини у XX столітті за 10 років змогла зменшити смертність з 3000 до 10-15 людей на рік.

3. Вакцинація від гемофільної інфекції, гострого гепатиту В, правця та кашлюка домоглася зменшення захворюваності на 99,5, 80,2, 99,2 та 99,3 % відповідно.

І список таких вдалих медичних проривів та досягнень за допомогою вакцинації можна ще довго продовжувати. Але на сайтах та форумах, що позиціонують себе як «альтернативна або народна медицина» повністю знецінюють ці медичні досягнення, аргументуючи це тим, що вакцинація призводить до побічних ефектів, які є небезпечними для життя, водночас не підкріплюючи це жодними фактами. Звісно, що як у будь-якого лікарського засобу, вакцина теж має побічні ефекти, але вони проявляються далеко не у всіх вакцинованих та мають максимально м'який вплив на людський організм, тому що перед випуском у продаж та застосування усі вакцини проходять ряд випробувань, які містять далеко не один етап. З найбільш небезпечних побічних наслідків є алергічна реакція на вакцину, але після того як медичний працівник вводить вакцину, він залишає пацієнта у кабінеті на 10–15 хвилин, щоб простежити реакцію організму та допомогти у разі небезпечної ситуації. Також обов'язковим етапом перед вакцинацією є анкетування, що збирає повну інформацію про пацієнта для обробки даних та у подальшому винесення рішення: чи можна взагалі даній людині вакцинуватись та чи буде це безпечно, щоб точно виключити усі можливі негативні наслідки.

Висновки. Отже, враховуючи кількість позитивних наслідків від вакцинації, яку надає ВООЗ, можна зробити висновок, що антивакцинальний рух є повністю неоправданим та небезпечним для суспільства. Адже розповсюдження дезінформуючих “альтернативно-медичних” статей на просторах інтернету викликає підрив довіри до медичних співробітників, тим самим перешкоджає донесенню науково-доказової інформації суспільству, що у кінцевому результаті викликає відмову від вакцинації, створенню антивакцинальних рухів та повернення життєво небезпечних хвороб. Саме тому медичним співробітникам слід якомога частіше доносити інформацію про користь, безпеку та доступність вакцинації людям, щоб вони не шукали відповіді на свої запитання на сумнівних платформах, а довіряли лише професіоналам та науково-доказовій медичній базі.

Література:

1. <https://www.nhs.uk/conditions/vaccinations/why-vaccination-is-important-and-the-safest-way-to-protect-yourself/>
2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29306993/>
3. <https://ingeniusua.org/articles/antyvaktsynatorstvo-ta-yoho-naslidky-kolektyvnyy-imunitet-chomu-svitu-duzhe-doroho>
4. <https://med.stanford.edu/news/all-news/2022/10/polio-questions.html>
5. <https://med.stanford.edu/news/all-news/2022/03/covid-19-vaccines-prior-infection.html>
6. <https://uk.m.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B0%D0%BA%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B8>

ОСНОВНІ АСПЕКТИ БІОТЕРОРИЗМУ В УКРАЇНІ

*Гасанова Г.Б., Гасанова Н.Б., Трезуб П.О. (керівник роботи)
Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Біотероризм – це навмисне вивільнення або особливий вид загрози вивільнення біологічних та токсичних агентів, як зброї (тобто вірусів, бактерій, грибів або їхніх токсинів) з метою спричинити захворювання чи смерть серед людей та тероризувати цивільне населення або маніпулювати урядом, шляхом отруєння води, атмосфери, продуктів харчування. Останнім часом дане питання є актуальним в Україні [1].

Метою є розгляд основних аспектів біотероризму в Україні та методи попередження.

В ході дослідження було вивчено та проведено аналіз опублікованих досліджень з цієї теми на пошуковій системі PubMed.

Однією з головних властивостей біотероризму є те, що його використання складно виявити, оскільки ефект прояву може бути відкладений до невизначеного часу, що саме по собі сприяє прихованню його застосування та потенційного збільшення жертв серед населення [2]. Зазначені атаки можуть викликатись патогенними мікроорганізмами. Водночас щоб бути більш ефективними ці мікроорганізми, як біотерористичні агенти, повинні призводити до захворювань або смерті населення. Збудник повинен бути висококонтагіозним та мати короткий і передбачуваний інкубаційний період. Також потрібно враховувати, що агенти складно виявити, тому вони можуть бути легко вивезені/ввезені в інші країни та розмножені у великій кількості [4].

Для правильного та ефективного реагування на біотероризм є етап раннього попередження, який вважається дуже важливим. Цей етап включає в себе раннє попередження в системі епідагляду. Тобто, воно включає такі практичні дії, як визначення випадків, повідомлення, компіляція та інтерпретація епідеміологічних даних [1, 3]. Надзвичайно важливим є раннє виявлення та швидке розслідування епідеміологами охорони здоров'я, тому що це має вирішальне значення для визначення масштабу нападу та для впровадження ефективних втручань.

Висновки. Таким чином, біотероризм – це різновид тероризму, який включає в себе використання біологічних та токсичних агентів, як зброєю шляхом вивільнення патогенів, що може призвести до непоправних наслідків. Тому протидія можливості застосування даної зброї є наразі вельми актуальною проблемою.

Література:

1. Das S, Kataria VK. Bioterrorism : A Public Health Perspective. Med J Armed Forces India. 2010 Jul;66(3):255-60. doi: 10.1016/S0377-1237(10)80051-6. Epub 2011 Jul 21. PMID: 27408313; PMCID: PMC4921253.
2. Головацький О. О. Біотероризм: особливості та тактика протидії // Південноукраїнський правничий часопис. – 2016. – №. 1. – С. 18–20.
3. Кравчук М. Ю. Формування біотероризму як феномена сучасного суспільства // Підприємництво, господарство і право. Київ. – 2019. – Т. 9. – С. 227–231.
4. Квасюк В. В. Основні підходи до визначення поняття біотероризм // Інформація і право. – 2018. – №. 4. – С. 121–125.

ВПЛИВ ЕЛЕКТРОННИХ МЕДИЧНИХ ЗАПИСІВ НА ЯКІСТЬ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Молоток В.В., Трегуб П.О. (керівник роботи)

Харківський національний медичний університет, м. Харків

За останні десятиліття спостерігається експоненційний ріст обсягу медичної інформації, що призводить до необхідності розробки програм ефективного збору, зберігання та управління даними, забезпечення точності та захищеності інформації, а також зменшення помилок у процесі надання медичних послуг. І використання саме електронних медичних записів може мати значний вплив на ці аспекти та водночас забезпечити зручну систему для зберігання та доступу до медичних даних та, крім цього, знизити робоче навантаження на лікарів [1, 2].

Метою нашої роботи є оцінка впливу електронних медичних записів на якість надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я населенню.

В ході дослідження було вивчено та проведено аналіз опублікованих досліджень з цієї теми на пошуковій системі PubMed.

У процесі проведеного дослідження було виявлено, що при використанні електронних медичних записів спостерігалось зменшення кількості помилок при призначенні та видачі лікарських засобів (з загальним коефіцієнтом ризику 0,46 (95 % довірчий інтервал = 0,38 до 0,55; $P < 0,001$). До того ж було зафіксовано меншу кількість небажаних ефектів лікарських препаратів з загальним коефіцієнтом ризику 0,66 (95 % довірчий інтервал = 0,44 до 0,99; $P = 0,045$) [3].

Водночас при використанні електронних медичних записів, в порівнянні з заповненням документації від руки, відзначалося скорочення часу роботи над документацією в середньому на 22,4 %, що позитивно вплинуло на якість роботи медичних працівників внаслідок зменшення їх робочого навантаження.

Також, використовуючи електронні медичні записи, лікарі отримують можливість проконсультуватися в реальному часі з колегами та іншими фахівцями щодо правильності постановки діагнозу, призначення та корекції лікування і можуть вести дистанційний моніторинг стану хворих тощо [4].

Висновки. Таким чином, впровадження електронних медичних записів має значний позитивний вплив на якість медичного обслуговування, оскільки їх використання підвищує ефективність роботи відносно часу лікаря, що дозволяє більше часу приділити саме пацієнту, що в свою чергу призводить до покращення здоров'я населення.

Література:

1. Leah H. Carr. The Electronic Health Record as a Quality Improvement Tool: Exceptional Potential with Special Considerations / Leah H. Carr, Lori Christ, Daria F. Ferro // Clinics in Perinatology. – 2023.
2. Dede Setyadi. The Effect of Electronic Medical Records on Service Quality and Patient Satisfaction: A Literature Review / Dede Setyadi, Mardiati Nadjib // Journal Research of Social Science Economics and Management. – 2023.
3. The impact of electronic health records on healthcare quality: a systematic review and meta-analysis / [P. Campanella, E. Lovato, C. Marone та ін.] // Eur J Public Health. – 2016.
4. Todd C. Electronic health, telemedicine, and new paradigms for training and care / C. Todd, S. Mills, A. Innes // Wolters Kluwer. – 2017.

ОСОБЛИВОСТІ ЗБЕРІГАННЯ ТА ТРАНСПОРТУВАННЯ ДОНОРСЬКОЇ КРОВІ В УМОВАХ ВІЙНИ

*Кречківська Л.М., Трезуб П.О. (керівник роботи)
Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Воїни ЗСУ щодня невблаганно борються за незалежність України та свободу українського народу, жертвуючи своїм здоров'ям та життям. У порівнянні з війнами минулого, російсько-українська війна є більш жорстокою й кривавою, що обумовлено появою нових видів смертоносної зброї, розробкою сучасних тактик ведення бою та підступністю ворога, який вдається до порушення правила ведення війни. Особливо важких уражень зазнають військові, під час бою вони часто отримують політравми, наслідком яких є геморагічний шок. Основною ланкою патогенезу геморагічного шоку є зменшення об'єму циркулюючої крові, що виникає внаслідок крововтрати під час кровотечі. Даний стан є особливо небезпечним для життя та вимагає негайного лікування, сутність якого полягає в зупинці кровотечі та переливанні крові і її компонентів [1, с. 99]. Переливання крові (гемотрансфузія) – це медична маніпуляція, під час якої відбувається вливання у кров'яне русло реципієнта крові або її компонентів, отриманих від донора. Таким чином, своєчасна гемотрансфузія може врятувати життя реципієнта завдяки своїм замісним та гемодинамічним ефектам [2, с. 3]. Наразі проводять гемотрансфузію дозволено навіть на догоспітальному етапі надання медичної допомоги, що сприяє якнайшвидшому потраплянню крові до організму пораненого [3]. Однак, війна створює певні перешкоди на шляху надходження крові від донора до реципієнта, тому особливості транспортування крові під час війни потребують більш ретельного розгляду.

В умовах сьогодення переливання крові та її компонентів дозволено проводити вже на догоспітальному етапі надання медичної допомоги, до того ж, виконувати гемотрансфузію відтепер можуть не лише медики з вищою медичною освітою, а й медики чи військовослужбовці, які пройшли відповідні курси з основ трансфузіології [3, 4]. Завдяки даним змінам у законодавстві поранений військовий може отримати необхідну порцію крові прямо у бронемобілі, що евакуює його з поля бою або ж у стабілізаційному пункті. Ці нововведення значно підвищують шанс запобігання смерті від крововтрати.

З метою забезпечення медичних підрозділів достатньою кількістю крові та її компонентів у законодавство України було внесено низку змін, що сприяють налагодженню процесу транспортування крові в умовах воєнного стану. Першочерговою ланкою даного механізму є медичний підрозділ, який назначає особу, відповідальну за замовлення необхідної кількості крові (координатора медичного підрозділу). Координатор медичного підрозділу формує заявку на отримання крові, в якій вказується кількість крові та її компонентів, що відповідає тижневій прогнозованій потребі медичного підрозділу. Заявку на отримання крові передають регіональному координатору. Після чого, регіональний координатор проводить підсумовування інформації, що надійшла йому від різних медичних підрозділів зони його відповідальності, й надсилає узагальнену заяву на отримання крові до координатора системи крові. Координатор системи крові передає дану інформацію до Центру трансплант-координації, який в свою чергу повідомляє допоміжні суб'єкти системи крові про кількість замовлень. Допоміжні суб'єкти системи крові – це ті

організації, що безпосередньо взаємодіють з донорами, тут проводиться забір і заготівля крові з подальшим її транспортуванням до опорних суб'єктів системи крові. Опорні суб'єкти системи крові комплектують певну кількість гемаконів відповідно до узагальненої заявки на кров, після чого координатор системи крові інформує регіонального координатора про час та місце отримання крові та її компонентів. Отримання та подальше транспортування крові до медичних підрозділів здійснюється регіональним координатором. Якщо потреби медичного підрозділу в крові та її компонентах перевищують прогнозовані, то координатор медичного підрозділу самостійно подає заявку на отримання крові до допоміжного тимчасового банку крові чи опорного суб'єкту системи крові, повідомивши про це регіонального координатора [4].

Впродовж усього цього довгого й непростого шляху, від пункту збирання донорської крові до безпосереднього місця гемотрансфузії, повинні виконуватись умови дотримання «холодового ланцюга». «Холодовий ланцюг» – це безперервно працююча система, що забезпечує постійне підтримання оптимального температурного режиму під час зберігання і транспортування крові та її компонентів [5, с. 19]. Для забезпечення належних температурних умов використовується різноманітне обладнання: термоконтейнери та термосумки для транспортування крові; холодильники для зберігання цільної крові та еритроцитів; холодильники, оснащені міксером для перемішування тромбоцитів; морозильні камери для зберігання плазми; термоіндикатори; термометри та інші пристрої для реєстрації температури. Окрім зазначеного оснащення, важливим також є приєднання холодового обладнання до автономного джерела електропостачання та його з'єднання зі стабілізаторами напруги [5, с. 21]. Особливо важко підтримувати «холодовий ланцюг» на етапі евакуації у бронемобілі та у стабілізаційному пункті, бо саме в цих ділянках, найбільш наближених до фронту, відсутнє стабільне енергопостачання, що обумовлює потребу у використанні генераторів та ЕкоФлоу для підтримання постійного температурного режиму в холодильному обладнанні.

Таким чином, вищенаведені особливості зберігання, транспортування та застосування донорської крові в умовах війни мають важливе значення, оскільки вчасно та якісно проведені заходи гемотрансфузії дозволяють не лише зберегти життя пораненому захиснику, але і повернути його в стрій після проведеної реабілітації.

Література:

1. Загальна хірургія : підручник для студ. вищих навч. закладів / за ред. проф.: Я. С. Березницького, М. П. Захараша, В. Г. Мішалова, В. О. Шідловського. – Вінниця : Нова Книга, 2018. – 376 с.
2. Гемотрансфузія. Визначення груп крові за системами АВ0 та Rh-фактор. Проби на індивідуальну сумісність за системами АВ0 та Rh-фактор, біологічна проба : метод. вказ. до практ. занять та самост. роботи студентів 3-го курсу II та IV мед. фак-тів з дисципліни «Загальна хірургія» / упоряд. В. О. Сипливий, В. В. Доценко, В. О. Курбатов та ін. – Харків : ХНМУ, 2020. – 32 с.
3. Міністерство охорони здоров'я України: Наказ МОЗ України від 11.07.2023 № 1192 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Надання медичної допомоги постраждалим з геморагічним шоком на догоспітальному та госпітальному етапах при травмі»». URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-11072022--1192-pro-zatverdzhennja-standartiv-medichnoi-dopomogi-nadannja-medichnoi-dopomogi-postrazhdalim-z-gemoragichnim>

shokom-na-dogospitalnomu-ta-gospitalnomu-etapah-pri-travmi (дата звернення 24.09.2023)

4. Кабінет Міністрів України: Постанова Кабінету Міністрів України від 30.06.2023 № 681 «Про задоволення потреб сил безпеки та сил оборони у донорській крові та компонентах крові в умовах воєнного стану». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/681-2023-%D0%BF#Text> (дата звернення 22.09.2023)

5. Організація трансфузіологічної допомоги в закладах охорони здоров'я. Керівництво для лікарів – слухачів курсів установ післядипломної освіти / за заг. ред. проф. С. Видиборця., к. мед. н. О. Сергієнка. – Видання друге. – Київ– Вашингтон, 2019. – 260 с.

ОБІЗНАНІСТЬ МОЛОДІ ЩОДО МЕТОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

*Овчаренко Н.М., Трезуб П.О. (керівник роботи)
Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Актуальність. Онкологічні хвороби належать до найбільш соціально значущих захворювань. Вони є другою за значимістю причиною смерті в Україні (~203 випадків на 100 тис.). Рівень захворюваності та смертності зростає не лише в Україні, а й в інших країнах Європи [1]. В деяких країнах онкологія вийшла на перше місце, як причина смертності.

Зважаючи на соціальну та економічну значущість, важливо зменшувати фактори ризику та профілакувати розвиток онкологічних захворювань.

Мета. З'ясувати рівень обізнаності серед молоді щодо важливості профілактики та доступних методів.

Методи. Було проведено опитування з використанням Google Forms. В опитуванні взяло участь 135 респондентів. Основна вікова категорія – 17–21 років (78,6 %). Розподіл за статтю: жінки – 78,5 %, чоловіки – 21,5 %.

Результати. Згідно з результатами, більшість респондентів розуміється на різниці між первинною, вторинною та третинною видами профілактики. Також вони продемонстрували добрий рівень обізнаності з факторами, що впливають на розвиток онкологічних захворювань, а саме: паління, вживання алкоголю, раціональне харчування, адекватна фізична активність та рівень стресу [3].

Респонденти відзначили шкідливі звички найбільш впливовими для розвитку новоутворень, проте 60 % вживає алкоголь а 40 % – палить.

Згідно думки опитаних, раціональне харчування помірно впливає на ризики розвитку новоутворень. Також більша частина (60 %) намагається дотримуватися правильного харчування.

41,5 % учасників опитування визнали, що стрес дуже сильно підвищує ризики. Серед усіх респондентів 55,6 % свідомо проводять заходи для зниження рівня стресу. Наприклад, сон, дихальні практики, спорт, приємне хобі. Проте частина опитаних використовують паління та вживання алкоголю, як спосіб боротьби зі стресом.

Вакцинація – важливий метод профілактики [2]. Вакцинація проти вірусу папіломи людини була визнана, як необхідний метод. Проте ~69 % не вакциновані проти ВПЛІ. Вакцинація проти вірусу гепатиту В – на другому місці по необхідності.

Більше 77 % опитуваних (жінки) знають про необхідність клінічного обстеження молочних залоз до 40 років, а 61 % – про необхідність проведення мамографії після 40 років. Також 63,7 % жінок знають, що цитологічне дослідження шийки матки є обов'язковою скринінговою процедурою. Водночас лише 36,3 % проходять планові огляди у спеціалістів.

67 % чоловіків обізнані з необхідністю огляду уролога (1 раз на рік) після 40 років.

Про колоноскопію як обстеження, що необхідно проходити 1 раз на 5 років після 45-ти, знають 41,5 % [2]. Цей метод дослідження показаний і чоловікам, і жінкам, для раннього виявлення змін товстої кишки.

Висновки. Рівень обізнаності з факторами ризику та методами профілактики можна оцінити як задовільний. Проте важливість підвищення обізнаності залишається. Важливо забезпечити належну інформованість про вплив різних чинників на розвиток новоутворень та важливістю модифікації способу життя. Належний спосіб життя повинен включати мінімальний вплив шкідливих чинників, належне харчування, адекватний рівень фізичної активності, заняття, що будуть підтримувати сприятливий психоемоційний стан, та регулярні скринінгові обстеження [5]. Необхідна не лише інформованість про конкретні види та частоту обстежень, а й свідоме регулярне їх проходження.

Література:

1. Abraham O. et al. Exploring youth perceptions about cancer prevention and preferences for education: a qualitative study // *Journal of Cancer Education*. – 2023. – Т. 38. – № 1. – С. 50–59.
2. Cinar İ. O. et al. Knowledge and behavior of university students toward human papillomavirus and vaccination // *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. – 2019. – Т. 6. – № 3. – С. 300–307.
3. Olubodun T., Odukoya O. O., Balogun M. R. Knowledge, attitude and practice of cervical cancer prevention, among women residing in an urban slum in Lagos, South West, Nigeria // *Pan African Medical Journal*. – 2019. – Т. 32. – № 1.
4. Britt K. L., Cuzick J., Phillips K. A. Key steps for effective breast cancer prevention // *Nature Reviews Cancer*. – 2020. – Т. 20. – №. 8. – С. 417–436.
5. Pulimeno M. et al. School as ideal setting to promote health and wellbeing among young people // *Health promotion perspectives*. – 2020. – Т. 10. – №. 4. – С. 316.

РІВЕНЬ ОБІЗНАНОСТІ МОЛОДІ В ПИТАННІ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ НАПАДІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

*Чуниховська Е.С., Трезуб П.О. (керівник роботи)
Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Актуальність. За даними ВООЗ у 2019 році 262 мільйони людей у світі хворіють на бронхіальну астму [1]. Питання надання невідкладної допомоги хворим

з астматичним нападом є особливо актуальним наразі на території України, оскільки воєнні дії призвели до загострення стану страждаючих. Хронічний, а ще важливіше, раптовий стрес, відсутність достатньої кількості повітря в укриттях, підвищений рівень забруднення повітря – всі ці фактори збільшують ризик розвитку нападу бронхіальної астми.

Мета. Вивчити обізнаність молоді України стосовно заходів надання невідкладної допомоги хворому із нападом бронхіальної астми.

Методи. Було проведено опитування на платформі Google Forms, яке включало 9 питань. Отримано і проаналізовано відповіді 100 респондентів.

Результати. Абсолютна більшість опитаних (90 %) розуміє, що таке бронхіальна астма, ще 8 % не мають точної впевненості у своїх знаннях, і лише 2 % відповіли «Ні». Наступне запитання мало на меті з'ясувати, яка частка учасників опитування зіштовхувалися із людиною у стані астматичного нападу. Результати були наступними: 44 % респондентів мали описаний досвід, при чому 3 з них відповіли «Ні» та «Не впевнений/-а» на попереднє запитання; іншим 56 % такий випадок не траплявся.

Далі молоді було запропоновано обрати симптоми нападу бронхіальної астми, із яким більша частина впоралася. Основні симптоми (ціаноз, задишка із утрудненим видихом, хрипи, кашель та положення ортопное) більше половини опитаних визначає правильно; серед помилкових варіантів варто звернути увагу на відповідь «задишка із утрудненим вдихом», яку 47 % розцінило як симптом нападу.

Як задовільні можна відзначити відповіді на запитання «Чи будете Ви підходити до людини з нападом?», де 93 % опитаних відповіло «Так, треба допомогти», 6 % не мали впевненості і лише 1 людина відмовилася, адже вважала хворого заразним.

Абсолютна більшість респондентів (83 %) правильно визначають положення, яке треба надати хворому: сидячи із руками на колінах або іншій опорі – ортопное. У питанні стосовно препарату, який необхідно надати хворому, три четверті не помилилися та обрали сальбутамол, але все ще 6 % плутає його з препаратом подовженої дії сальметеролом, використання якого в екстреній ситуації нецільно, а 14 % вважають раціональною комбінацією із двох наведених вище препаратів.

Висновки. Таким чином, отримані результати опитування дають підстави вважати, що рівень знань молоді стосовно надання допомоги хворому з нападом бронхіальної астми знаходиться на досить високому рівні, хоча проведення заходів щодо покращення обізнаності населення в питанні надання допомоги хворому з приступом бронхіальної астми є вельми актуальною задачею.

Література:

1. World Health Organization Asthma [Електронний ресурс] : [Веб-сайт] – Електронні дані. – Режим доступу: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/asthma> (дата звернення 05.10.2023)

2. Riaz, Sohail & Chaudhry, Muhammad & Ajmal, Muhammad & Hamid, Irfan & Ijaz, Qazi & Sohail, Kashif & Tahir, Maria. (2020). Assessment of Asthma First Aid Knowledge among Pharmacy Graduates: A Questionnaire-Based Study. Der Pharmacia Lettre. 12. 1–4.

3. Papi A, Blasi F, Canonica GW, Morandi L, Richeldi L, Rossi A. Treatment strategies for asthma: reshaping the concept of asthma management. *Allergy Asthma Clin Immunol.* 2020 Aug 15;16:75. doi: 10.1186/s13223-020-00472-8. PMID: 32944030; PMCID: PMC7491342.

ПРОБЛЕМИ НА ШЛЯХУ ДО РАЦІОНАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПРИНЦИПІВ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*Стромило А.В., Трезуб П.О. (керівник роботи)
Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Значний науковий та технологічний прогрес у медичній галузі призводить до регулярної появи інноваційних результатів клінічних досліджень, виходу на фармацевтичний ринок нових препаратів, розробки фізіотерапевтичних процедур, змін концепцій лікування хвороб тощо. У зв'язку з цим виникають питання стосовно оптимального вибору схеми терапії для кожного пацієнта. З одного боку, необхідно враховувати сучасні дані наукометричних баз даних та протоколів задля уникнення шкоди здоров'ю та економічних збитків від використання бездоказових та застарілих технік лікування; з іншого – кожний хворий вимагає індивідуального підходу, а тому нерідко доводиться шукати альтернативу загальноприйнятим стандартам (наприклад, при непереносимості хворим або неефективності основного лікарського засобу, рекомендованого ВООЗ, при фінансовій неспроможності придбати найефективніші ліки тощо). Отже, питання щодо використання засад доказової медицини на практиці досі залишається відкритим та потребує детального розгляду.

Традиційно, доказову медицину визначають як таку, що використовує наукові методи з використанням найкращих та найбільш обґрунтованих доказів, щоб запровадити їх в якості лікування тій чи іншій хвороби. Безпосередніми перевагами доказової медицини є направленість її принципів на підвищення безпечності лікування захворювань, раціональне проведення діагностичних процедур із оптимізацією економічних витрат та навантажень на систему охорони здоров'я, безпервне оновлення медичних даних тощо. Однак, не зважаючи на такі явні переваги, доказова медицина, як і будь-який інший підхід, стикається з рядом проблем та обмежень, а тому літературні дані будь-якого рівня доказовості потребують критичного ставлення з використанням системного підходу для розв'язання клінічної задачі [1–3].

На жаль, далеко не завжди прагнення застосувати препарат з найвищим ступенем доказовості є еквівалентом раціональності його застосування. Наприклад, не викликає сумніву доказова база антибіотиків тетрациклінового ряду, однак широке використання їх в якості засобів для лікування акне, враховуючи їхні побічні ефекти, ставить під сумнів доцільність такої терапії, коли немає значної загрози життю пацієнта [4].

Певні методологічні обмеження було також розглянуто в публікації M.S. Kostaropoulos стосовно статинів та доказової медицини. Зроблено висновок про те, що, фактично, не було проведено (з етичних міркувань) жодного дослідження такої тривалості та масштабу, які б остаточно підтвердили б зниження смертності

у пацієнтів, що приймають ці препарати. Натомість багаторічне очікування подібного експерименту нанесло б значних збитків здоров'ю населення та економіці, але, тим не менш, дана група препаратів успішно використовуються вже сьогодні, а клініцисти бачать позитивний ефект. Відповідно до цього, інші автори висловлюють думку про те, що на перше місце в процесі розв'язання клінічної ситуації має бути саме досвід лікаря, його мислення і аналіз конкретної ситуації, а вже потім – «піраміда доказовості» [1, 5].

Окрім етичних та часових обмежень, не варто забувати і про фінансову складову медичних досліджень. На фармацевтичному ринку України існує величезна кількість препаратів, які, попри відсутність доказової бази, знайшли широке застосування серед населення і навіть лікарів. Дослідження цих ліків, яке відповідало б критеріям доказової медицини, вимагатиме значних фінансових затрат фармацевтичних компаній, однак, зважаючи на вже наявні значні прибутки від продажу товару, відпадає необхідність будь-яких досліджень та зменшується зацікавленість виробників у спонсорстві експериментів, а отже – навіть попри можливу ефективність певних ліків, необхідних підтверджуючих дослідів може так і не бути проведено. Через значну залежність від економічних чинників не можна виключати і зворотню ситуацію, коли компанія хоче запровадити на фармринку новий препарат і через фінансову зацікавленість не публікує негативні результати випробувань.

Окремої уваги заслуговують принципи стандартизації та рандомізації, адже далеко не завжди отримані таким чином дані можна екстраполювати на практичну діяльність лікаря, враховуючи індивідуальні особливості організму кожного пацієнта. Більше того, для лікування хворих лікар здебільшого розробляє «схему лікування», тобто підбір комбінації лікарських засобів з урахуванням знань про потенціювання терапевтичного ефекту при сумісному застосуванні певних груп препаратів. На жаль, дана особливість часто не враховується при рандомізованих дослідженнях: нерідко дослідники намагаються оцінити терапевтичний ефект препаратів по одинці, ігноруючи можливість сумісного застосування.

Ще одним питанням, яке можна виділити при аналізі літератури, є питання критеріїв позитивної оцінки лікарського засобу. Так, наприклад, існують рандомізовані дослідження, які показують незначну клінічну перевагу від використання певних препаратів (зокрема, дослідження актовегіну, мемантину та інгібіторів ацетилхолінестерази, які показали хоча й не високу, проте все ж таки позитивну динаміку в пацієнтів, що отримували лікування). Відповідно до цих невисоких результатів, на території країн Північної Америки не рекомендується застосовувати в неврологічній практиці актовегін, а в деяких країнах розглядається можливість відмови від мемантину та інгібіторів ацетилхолінестерази. Зважаючи на те, що згадані групи препаратів застосовують для лікування неврологічних (зокрема когнітивних) порушень, а нейродегенеративні захворювання та важкі наслідки перенесеного інсульту є невиліковними, то постає дилема: наскільки коректно відмовлятися від даних засобів через їхню «низьку ефективність», коли альтернативних варіантів не існує взагалі [6–10]?

Отже, доказова медицина, як і будь-який інший підхід, однозначно має свої переваги, однак має і певні недоліки, які потрібно враховувати в процесі навчання майбутніх лікарів клінічному мисленню, навичкам комплексного підходу до розв'язання практичних задач, а також вмінням систематично аналізувати наукову літературу.

Література:

1. Masic, I., Miokovic, M., & Muhamedagic, B. (2008). Evidence Based Medicine – New Approaches and Challenges. *Acta Informatica Medica*, 16 (4), 219. doi:10.5455/aim.2008.16.219-225
2. В.Д. Сиволап, С.М. Кисельов, Д.А.Лашкул. «Основні принципи доказової медицини» – Запоріжжя, 2020.
3. Sharon E. Straus and Finlay A. McAlister. Evidence-based medicine: a commentary on common criticisms. *CMAJ*. 2000 Oct 3; 163 (7): 837–841. PMID: PMC80509 PMID: 11033714
4. April W Armstrong, Joshua Hekmatjah, Leon H Kircik Oral Tetracyclines and Acne: A Systematic Review for Dermatologists *J Drugs Dermatol*. 2020 Nov 1; 19 (11): s6–s13. PMID: 33196746
5. Kostapanos, M. S., & Elisaf, M. S. (2017). Statins and mortality: the untold story. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 83(5), 938–941. doi:10.1111/bcp.13202
6. Philip la Fleur, Ardak Baizhaxynova, Emily Reynen, David Kaunelis, and Dinara Galiyeva, Richard Evans, Editor. Actovegin in the management of patients after ischemic stroke: A systematic review *Stroke*. 2017 May; 48 (5): 1262–1270. PMID: 35771887 PMID: PMC9246213 DOI: 10.1371/journal.pone.0270497
7. Alla Guekht, MD, Ingmar Skoog, MD, Sally Edmundson, MSc, Vladimir Zakharov, MD, and Amos D. Korczyn, MD, MSc ARTEMIDA Trial (A Randomized Trial of Efficacy, 12 Months International Double-Blind Actovegin) *Stroke*. 2017 May; 48 (5): 1262–1270. Published online 2017 Apr 24. doi: 10.1161/STROKEAHA.116.014321 PMID: PMC5404405 PMID: 28432265
8. Kishi, T., Matsunaga, S., Oya, K., Nomura, I., Ikuta, T., & Iwata, N. (2017). Memantine for Alzheimer's Disease: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, 60 (2), 401–425. doi:10.3233/jad-170424
9. Birks, J. S., & Harvey, R. J. (2018). Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.cd001190.pub3
10. Krolak-Salmon, P., Dubois, B., Sellal, F., Delabrousse-Mayoux, J.-P., Vandell, P., Amieva, H., Perret-Liaudet, A. (2018). France Will No More Reimburse Available Symptomatic Drugs Against Alzheimer's Disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 1–3. PMID: 30282371 DOI: 10.3233/JAD-180843

ЗНАЧЕННЯ СИСТЕМИ «Е-HEALTH» ДЛЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*Пригожева Т.Д., Фіщук С.М., Трезуб П.О. (керівник роботи)
Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Сучасна система охорони здоров'я тісно взаємопов'язана з інформаційними технологіями, що свідчить про її рушійну силу та керованість, адже інформація є базою та ключовим інструментом в будь-якій галузі. Досвід економік провідних країн світу свідчить про ефективність впровадження високотехнологічних інформаційних інструментів та методів для оптимізації державних витрат в системі охорони здоров'я. В Україні ця електронна інформаційна система має свою назву – «Е-Health», яка запроваджена Верховною Радою України в 2017 році Законом

«Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», де було зазначено місце та спосіб застосування електронної системи охорони здоров'я. Вона надає можливість раціонально використовувати обмежені наявні ресурси для фінансової підтримки медичної сфери, що наразі прагне удосконалення.

«E-Health» – це систематизований збір великої кількості даних, що поступово ліквідує паперовий формат документації та прискорює потік інформації між суб'єктами системи охорони здоров'я. Дана електронна система дозволяє більш зручно вести бази даних серед медичної, фармацевтичної, лабораторної та наукової спеціалізації, а також створює оптимально зручні умови для пацієнтів за рахунок спеціальних сервісів, що допомагають задовільнити щоденні потреби, а саме: запис на прийом, сплата медичних послуг та самостійний моніторинг базових показників пацієнта. Інформаційна система надає можливість підвищувати кваліфікацію медичних працівників через систему онлайн, відслідковувати випадки захворювань, попереджати епідемії та надавати підтримку в прийнятті медичних рішень. Важливою перевагою єдиноного формату структурованих та автоматизованих електронних медичних записів є анулювання будь-яких способів фальсифікації чи підробки інформації. Повна картина стану пацієнта незалежно від місцезнаходження та попередньої історії лікування доступна для будь-якого лікувально-профілактичного закладу, завдяки єдиному реєстру, що створює умови для «медицини без меж». «E-Health» збільшує можливість прозорого та цільового використання державних коштів, а також визначає пріоритети фінансування медичної галузі. Серед основних недоліків є високий ризик «хакерських атак» на електронні ресурси задля викрадення персональних даних пацієнтів, відсутність досвіду в медичних працівників застосування інформаційних технологій охорони здоров'я, а також дублювання даних. Актуальними в умовах сьогодення є проблеми зі світлом й інтернетом, що викликає ряд незручностей та тимчасову неможливість доступу до програми.

Апаратно-програмною реалізацією «E-Health» є електронна система охорони здоров'я, яка має дворівневу модель. До її складу входять центральна база даних, що забезпечує централізоване зберігання, обробку та захист ключової інформації та медичні інформаційні системи, головним завданням яких є аналіз інформації керівниками закладів охорони здоров'я, медичними працівниками на місцях. Можна виділити важливий елемент центрального компонента «E-Health» – інтегрована медична карта, яка являє собою систематизований перелік медичних записів пацієнта в електронному вигляді.

Таким чином, використання інформаційних технологій у системі охорони здоров'я призвело до революційних змін у поглядах на характер взаємодії між пацієнтами та фахівцями. Електронна система «E-Health» дозволяє підвищити якість надання послуг, скоротити час на оформлення документації, зменшити витрати та ефективно використовувати ресурси, мати можливість отримання будь-якої інформації за короткий проміжок часу, забезпечити одночасний доступ з різних медичних кабінетів, одержувати будь-які статистичні дані для формування медичних звітів, знизити надмірності витрат ручної праці на переписування одних і тих самих даних тощо. Все це дає можливість охарактеризувати систему «E-Health» як систему, що є вельми актуальною для покращення організації надання медичної допомоги населенню та покращення якості роботи медичного персоналу.

Література:

1. Економіка охорони здоров'я [Текст] : [Підручник] / За заг. ред. д. мед. н., проф. Парія В. Д.; Національний медичний університет імені О. О. Богомольця.
2. Інформаційні технології в медицині. E-health / за ред. В. Г. Книгавка. Харків : ХНМУ
3. Економіка та фінансування охорони здоров'я : навч.-метод. посіб. Укладачі: А. Г. Ахламов, Н. Л. Кусик. – Одеса

FEATURES OF THE USE OF A HYPOCALORIC DIET AS THE MOST EFFECTIVE WAY TO REDUCE EXCESS BODY WEIGHT

*Pomohaibo K.G. (supervisor), Hussein Dergham
Kharkiv National Medical University, Kharkiv*

Obesity is the most common disease today, despite the fact that its causes are controlled factors [3]. However, if the treatment of obesity were a simple matter that did not require a certain attitude and tension from the patient, and from the doctor control and constant correction of prescriptions, perhaps the problem itself would not exist, and patients, obeying such a natural desire to lose weight, would have long ago gotten rid of excess weight. Despite the large number of proposed and such different ways to reduce excess weight, the only thing that really leads to a decrease in fat mass is an energy deficit, that is, the predominance of energy expenditure over its intake. In this case, fat, as a form of stored energy, begins to be used up to cover the created deficit. The simplest, most understandable, and most importantly, reproducible way to create an energy deficit is a hypocaloric diet. Other proposed methods of treating obesity – physical exercise, the use of tonics and appetite suppressants, psychotherapy, reflexology, etc., without special fixation on dieting, are effective only in a small percentage of cases (less than 10–20 %) and usually lead to small, unstable and difficult to control weight loss (less than 5–6 % of the original). All of the methods listed above can only complement diet therapy, namely, either enhance its effect or improve the tolerability of treatment.

However, in the process of following a hypocaloric diet, a number of issues arise that counteract the efforts of patients and are aimed at maintaining excess weight. And in particular, the feeling of hunger is the first and perhaps the main obstacle to long-term adherence to low-calorie diets, as well as slowing down all types of energy expenditure as a measure of the body's adaptation to low-calorie diets. The physiological basis of hunger is a decrease in blood sugar levels and a decrease in glycogen stores in the liver and muscles. Since a decrease in carbohydrate reserves is necessary to initiate fat oxidation processes, which, by the way, occurs when a hypocaloric diet is prescribed, the feeling of hunger should be recognized as an obligatory phenomenon observed during diet therapy. Close in sensation, but not in the mechanism of occurrence, is the feeling of dissatisfaction with food. Indeed, almost all diets proposed for the treatment of obesity contain restrictions, or even prohibitions, on a large range of common foods - flour, sweets, salt, spices, liquids, etc., which turns such diets into bland and monotonous food. The feeling of hunger and the feeling of dissatisfaction with the quality of nutrition are quite a significant problem for the patient - they often lead to psycho-emotional stress, depression and prompt the patient to stop following the diet ahead of schedule. Due to fear

of imminent hunger, many patients refuse or delay treatment for excess weight. Many authors note that the feeling of hunger during the diet, reaching a maximum in the evening of the second or third day, then decreases and by the fifth or sixth day it becomes consistently minimal, in any case, significantly lower than in the initial period. Taking this into account, the doctor can instruct his patients that they need to endure the existing discomfort only for the first three days. As a way to counteract feelings of dissatisfaction with food, it can be recommended to avoid excessive prohibitions and restrictions when building a nutrition program. Prohibitions and restrictions should be avoided even if the patient himself insists on their introduction. It is considered an established fact that when following a hypocaloric diet, there is a decrease in all types of energy expenditure, including basal metabolism. So, in particular, the basal metabolism during the course of the diet decreases, according to a number of authors, by 14–25 % of the original. A decrease in all types of metabolism and energy expenditure during diet therapy should be considered as a measure of the body's adaptation to a hypocaloric diet. Patients on a hypocaloric diet experience deeper and longer sleep, a slight decrease in body temperature, and a slowdown in the frequency and strength of heart contractions. Reducing energy expenditure during diet therapy slows down the rate of weight loss and, thereby, creates certain difficulties for the patient. Physical activity can be considered as one of the ways to restore energy costs. Indeed, as has been shown in a number of studies, the prescription of aerobic physical activity in combination with diet therapy can prevent or, in any case, reduce the degree of this decline. Thus, it has been shown that the use of daily physical training prevents a decrease in the level of basal metabolic rate and a decrease in non-fat body mass in patients following a diet with a significantly low calorie content (800 kcal/day). According to the data, to prevent a decrease in basal metabolism, it is enough to perform moderate-intensity physical activity for 20 minutes every day.

Approaches to the treatment of complicated obesity deserve special attention, since many aspects of such treatment are still far from being fully resolved. In this regard, three groups of questions can be distinguished that require their own research: what are the predictors of the therapeutic effect that occurs in obese patients with arterial hypertension, dyslipidemia, coronary artery disease and/or type 2 diabetes mellitus with successful reduction of excess body weight, what are the features of the tactics for reducing excess weight body in complicated obesity and what are the features of treatment tactics for arterial hypertension, dyslipidemia, coronary artery disease and/or type 2 diabetes mellitus in obese patients. The question of predictors of the effect of weight loss when following a hypocaloric diet is quite relevant. Indeed, if a doctor can predict the result in each specific case, if he can correlate the result obtained with the predicted one and determine it qualitatively, and finally, if he can reasonably explain to himself and the patient why the predicted result was not achieved, then he can reliably manage the treatment process [1–4].

Conclusion. The simplest and most effective way to treat obesity is a hypocaloric diet. Other proposed methods are effective only in combination with diet therapy. A doctor, when starting to treat an obese patient, must first of all inform about the existing discomforts that arise initially, and also, when prescribing diet therapy, take into account that if there are errors in treatment tactics, undesirable side effects may appear due to a lack of essential food components. It is also necessary to remember the consequences of reducing all types of energy expenditure, including basal metabolism, while following a hypocaloric diet, which can be successfully corrected with moderate-intensity physical

activity. In this case, especially during the treatment of complicated obesity, it is necessary to take into account the presence and severity of concomitant pathology. The most important thing is the ability to manage the treatment process, namely to promptly identify and correctly interpret to the patient the factors that influence the effectiveness of treatment.

References:

1. de Luis DA, Aller R, Izaola O, Gonzalez Sagrado M, Conde R. Differences in glycaemic status do not predict weight loss in response to hypocaloric diets in obese patients // *Clin Nutr.* 2006 Feb; 25 (1). P: 117–22. doi: 10.1016/j.clnu.2005.09.009. Epub 2005 Nov 8. PMID: 16278036

2. Hall KD, Farooqi IS, Friedman JM, Klein S, Loos RJF, Mangelsdorf DJ, O’Rahilly S, Ravussin E, Redman LM, Ryan DH, Speakman JR, Tobias DK. The energy balance model of obesity: beyond calories in, calories out // *Am J Clin Nutr.* 2022 May 1; 115 (5). P: 1243–1254. doi: 10.1093/ajcn/nqac031.

3. Hannon, Tamara S.; Arslanian, Silva A. Obesity in Adolescents // *New England Journal of Medicine.* 2023 Jul 20; 389 (3). P: 251–261. doi:10.1056/NEJMcp2102062. PMID 37467499. S2CID 259996558

4. Smethers AD, Rolls BJ. Dietary Management of Obesity: Cornerstones of healthy eating patterns med. // *Med Clin North Am.* 2018 Jan; 102 (1) P: 107–124.

GENERAL PRINCIPLES OF DIET THERAPY USED TO TREAT OBESITY

*Pomohaibo K.G. (supervisor), Hussein Dergham
Kharkiv National Medical University, Kharkiv*

Diet therapy for obesity and overweight is one of the main types of treatment. It is known that losing excess weight reduces the likelihood of death from obesity-related diseases and increases life expectancy [2].

The scientific literature continues to debate questions about both the optimal degree of energy deficiency and the optimal combination of key nutrients in a hypocaloric diet. In this regard, several types of diets have been developed for the treatment of obesity. Thus, according to the severity of energy deficiency, all diets can be divided into diets with a moderate deficit, when the caloric content of the daily diet ranges from 1200 to 1800 kcal, diets with a pronounced calorie deficit – with a daily caloric content of about 300–800 kcal, and the so-called zero diets – that is diets consisting of substances lacking energy value (dietary fiber, minerals, vitamins, liquids). It should be noted that in recent years in Western medicine zero diets for the obesity treatment is practically not used. Diets with a moderate calorie deficit could also be classified as so-called low-calorie diets, or diets in which restricting energy intake is not introduced as a task. Examples of this type of diet include low-fat and low-glycemic index diets. When following such diets, weight loss, although quite moderate, is also achieved by reducing calorie consumption, which, however, is not realized by the patient. A definite advantage of this type of diet is that it is better tolerated compared to standard hypocaloric regimens. Based on the ratio of nutrients, diets could be divided into balanced and one-sided. In the first case, the energy deficit is achieved due to an approximately equal decrease in the content of all nutrients,

so that the balance between them remains similar to the balance in a normal diet. In the second case, there is a predominant decrease in one or two nutrients - most often either fat or carbohydrates, or both fat and carbohydrates, while the protein content remains approximately equal to the daily norm. Depending on whether all the prohibitions and restrictions are repeated day after day or the diet alternates days with different diets, diets can be divided into monotonous, impulse or combined. Most diets used in the treatment of obesity should be classified as monotonous.

Regardless of the type of diet, general principles of diet therapy have been formulated, such as: a regimen aimed at reducing excess weight should be expressed primarily in a deficiency of fats and only secondarily, in a deficiency of carbohydrates. At the same time, by regulating the severity of carbohydrate deficiency, you can regulate the rate of weight loss; fasting meals should contain the physiological norm of protein, essential vitamins and minerals, dietary fiber and omega-3 polyunsaturated fatty acids, which has been confirmed by special studies. It is necessary to avoid prescribing regimens that are dangerous to the patient's health; it is desirable that, from the very beginning, treatment include several regimens, one of which only prevents weight gain and therefore does not contain any prohibitions and is well tolerated, while others would lead to weight loss, but have different types of construction. By alternating these regimens at his own discretion, the patient can choose the regimen that he is able to adhere to at a given period. This will significantly improve diet tolerance; in no case should the patient strive for the maximum possible weight loss in the shortest possible time. Accordingly, the doctor should under no circumstances direct the patient towards achieving this goal. Unfortunately, in most guidelines for the treatment of obesity, the rate of weight loss is the main, and sometimes the only criterion of effect therefore it is necessary to reconsider existing approaches to assessing the number of kilograms lost. So, according to modern data, to reduce the manifestations of the metabolic syndrome, if they exist, in most cases it is enough to reduce the weight by 5-10% from the original; since diet therapy of obesity is always accompanied by certain discomforts and difficulties, one should choose from the mass of weight-loss regimens and offer patients such regimens that are most easily tolerated by them. Good tolerability of the treatment regimen is no less important than its effectiveness; it must be remembered that while following a hypocaloric diet, energy expenditure decreases. The body's ability to oxidize fats also decreases. In this regard, alternating diets - hypocaloric and isocaloric - is quite reasonable. Firstly, it allows patients to "rest" from the restrictions inherent in the fasting regimen. Secondly, when returning to a normal (low-fat) diet, the body can restore normal energy expenditure; during diet therapy for obesity, it is very important for the doctor to maintain the patient's confidence that the result he receives is a good result, given the fact that patients tend to compare their effect with the effect of their friends who have received other, often non-medical, types of treatment for excess weight. Otherwise, there is a fairly high probability that the patient will refuse treatment. As a rule, during diet therapy, even if all dietary restrictions prescribed by the doctor are followed, the rate of weight loss slows down over time. This happens for a number of reasons of an objective and subjective nature. Slowing down and sometimes completely stopping weight loss during diet therapy has a very painful effect on the patient's psycho-emotional sphere and often leads to premature cessation of treatment. In this regard, patients were recommended to follow a non-fasting diet for two weeks. Treatment of obesity, like treatment of any chronic disease, should be continuous. After achieving weight loss, the efforts of the doctor and the patient should be aimed at

maintaining the effect and preventing relapses of the disease. Indeed, obesity is a disease that is most susceptible to recurrence. The probability of relapse here is close to 100 %. In at least 90 % of patients, the original body weight is restored within the first year after the end of diet therapy. In this regard, adherence to a diet that ensures maintenance of the achieved weight is no less important than adherence to a fasting regimen [1–4].

Conclusion. Diet therapy for obesity and overweight is one of the main methods of treatment. Reducing excess weight reduces the likelihood of morbidity and mortality from a number of socially significant diseases. In modern medicine, there are several types of diets, but regardless of the type, general principles of diet therapy are formulated. The main ones are the following: reduction of excess weight should be expressed primarily in a fat deficiency and only secondarily, in a carbohydrate deficiency; it is necessary to avoid prescribing regimens that are dangerous to the patient’s health and it is desirable that from the very beginning, treatment includes several regimens for improving diet tolerance. In no case should the patient strive for the maximum possible reduction in body weight in the shortest possible period, since in most cases, to reduce the manifestations of metabolic disease, a weight reduction of 5-10% from the initial one is sufficient, with a slowdown or complete cessation of weight loss during diet therapy, the doctor needs to explain to the patient that this is normal. Treatment of obesity, like any other chronic disease, should be continuous and adherence to a diet that ensures maintenance of the achieved weight is no less important than properly administered diet therapy.

References:

1. Hall KD, Farooqi IS, Friedman JM, Klein S, Loos RJF, Mangelsdorf DJ, O’Rahilly S, Ravussin E, Redman LM, Ryan DH, Speakman JR, Tobias DK. The energy balance model of obesity: beyond calories in, calories out // *Am J Clin Nutr.* 2022 May 1; 115 (5) P: 1243–1254. doi: 10.1093/ajcn/nqac031
2. Hannon, Tamara S.; Arslanian, Silva A. Obesity in Adolescents // *New England Journal of Medicine.* 2023 Jul 20; 389 (3). P: 251–261. doi:10.1056/NEJMc2102062. PMID 37467499. S2CID 259996558
3. Hjorth MF, Zohar Y, Hill JO, Astrup A. Personalized Dietary Management of Overweight and Obesity Based on Measures of Insulin and Glucose// *Annu Rev Nutr.* 2018 Aug 21; 38. P: 245–272. doi: 10.1146/annurev-nutr-082117-051606. Epub 2018 Jun 1.
4. Tay J, Thompson CH, Luscombe-Marsh ND, Wycherley TP, Noakes M, Buckley JD, Wittert GA, Yancy WS Jr, Brinkworth GD. Effects of an energy-restricted low-carbohydrate, high unsaturated fat/low saturated fat diet versus a high-carbohydrate, low-fat diet in type 2 diabetes: A 2-year randomized clinical trial // *Diabetes Obes Metab.* 2018 Apr; 20 (4). P: 858–871. doi: 10.1111/dom.13164. Epub 2017 Dec 20.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE MAIN TYPES OF DIET THERAPY WITH DIFFERENT METHODS OF CONSTRUCTION

*Pomohaibo K.G. (supervisor), Hussein Dergham
Kharkiv National Medical University, Kharkiv*

The prevalence of obesity is increasing worldwide, yet nutritional management remains contentious [3]. In its traditional form, a diet with a distinctly low energy content

refers to diets with a daily restriction of daily calorie content to 350–700 kcal (the physiological norm of energy consumption is about 2500–3500 kcal). That is, this type of diet contains energy no more than 15–25 % of the usual daily caloric intake. Another important feature of this method of diet therapy is that nutrition is provided using special nutritional mixtures (cocktails), the main nutrients in which are either pure proteins or proteins and carbohydrates in varying proportions. The fat content is usually insignificant and does not exceed 3–4 grams per day, which in turn corresponds to modern principles of constructing diets for treatment obesity. In addition to nutritional mixtures, patients receive multivitamins, mineral supplements, 3-polyunsaturated fatty acids and dietary fiber. Perhaps the main advantage of a diet with distinctly low energy content is that this diet is effective in almost 100 % of cases. Weight loss with its use is achieved even in patients on strict bed rest. However, this type of diet has a number of very significant disadvantages, namely: poor tolerance to the diet, due to a monotonous and low-calorie diet. It is known that no more than half of the patients who started treatment can complete a two-month course of diet therapy. Due to the body's adaptation to a distinctly low-calorie diet, when using a diet with a distinctly low energy content, there is a decrease in daily energy expenditure and, as a result, a slowdown or even a cessation in the rate of weight loss. Side effects of the diet include a feeling of weakness, dizziness, and possible changes Behaviors in some patients associated with lack of energy and hunger. These phenomena are usually observed in the first days of use and may then subside. There are also side effects from the gastrointestinal tract - possible exacerbation of chronic diseases (gastritis, pancreatitis, peptic ulcer). The literature describes several dozen cases of ventricular fibrillation and death of patients during a course of a diet with a markedly low energy content. Moreover, these cases were recorded in patients who did not have cardiac pathology before starting treatment. It is believed that one of the possible reasons for the development of ventricular fibrillation is associated with a lack of polyunsaturated fatty acids and certain minerals in the diet. The diet does not lead to the formation of rational nutrition skills, therefore, after cessation of treatment, recurrence of excess weight is observed with a frequency close to 100 %. To use the diet, hospital conditions are desirable. For one reason or another, its use in an outpatient setting can be difficult or dangerous. Thus, these shortcomings, despite the high effectiveness of the diet, prevent its widespread use.

It is important to note that in the practice of diet therapy for obesity, it is necessary to take into account that the tolerability of treatment and its safety are parameters no less important than its effectiveness. Taking this fact into account, another type of diet was developed – diets that do not pursue the goal of reducing daily caloric intake, which in turn ignores the main principles of the previous diet. This type of diet is based on modern aspects of the pathogenesis of obesity, namely, that for the accumulation of fat mass it is important not so much the predominance of energy consumption over energy expenditure, but the presence of fat in the diet in quantities exceeding the body's ability to oxidize it. Unlike a diet with a distinctly low energy content, this diet is well tolerated, since a decrease in fat in food is not accompanied by an increase in appetite. The calorie content of such a diet may be reduced compared to the initial level, since a decrease in fat in the diet is not accompanied by an increase in the consumption of other nutrients. Since fat oxidation is often increased in obesity, when the fat content in the diet is reduced, a situation may arise when stored fat begins to oxidize and the mass of fat depots begins to decrease. Indeed, as follows from the data of a number of authors, the use of diets with

a reduced fat content in food and with uncontrolled consumption of other nutrients leads to some weight loss. Therefore, this type of diet is characterized by the following features: the average weight loss during the course of treatment is 2.55 kg and practically does not depend on daily caloric intake, the effect of weight loss directly and significantly correlates with the initial weight, the reduction in body weight during the use of a low-fat diet is greater than greater than the initial body weight, depends on the degree of reduction in fat content, does not reliably depend on which carbohydrates predominate in the patient's diet, complex or simple, and somewhat depends on how much protein is in it and what kind of protein it is. So, if the proportion of animal protein in the diet is increased, then the patient's energy consumption is slightly greater than with diets with a predominance of soy protein or carbohydrates. According to a number of researchers, the results of a low-fat diet in terms of reducing excess weight are approximately 1.5–2 times lower than the results of a standard low-calorie diet. However, a low-fat diet is much better tolerated. This is reflected in fewer premature treatment failures and a higher quality of life than when following a standard hypocaloric diet. It is noted that a low-fat diet is quite effective in children and adolescents, given the fact that the main problem that arises when treating patients in this age group is poor tolerance of dietary prohibitions and restrictions. Building a low-fat diet practically does not require prohibitions and, naturally, is followed by children and adolescents much better than a hypocaloric diet. A number of studies have noted that if patients follow the principles of a low-fat diet, the composition of blood lipids improves and the level of blood pressure decreases, if it was initially elevated. This justifies the use of this diet for complicated obesity [1–5].

Conclusion. As a result of comparing the features of using a diet with a distinctly low energy content and a diet that does not pursue the goal of reducing daily caloric intake, it can be noted, first of all, that the first is effective in almost 100 % of cases, even in patients on strict bed rest. However, it is poorly tolerated by patients, requires the creation of special conditions for the patient and has a number of side effects, which are the reasons for refusing its use in half of the cases, moreover, after cessation of treatment, recurrence of excess weight is observed in almost all patients, since this type of diet does not lead to formation of rational nutrition skills. At the same time, the second, as a new approach to diet therapy for obesity, has a number of obvious advantages, such as: good tolerability, since when it is built, it is possible to completely avoid prohibitions on certain products that are so painful for patients, it can be easily prescribed by a doctor, even without in full with special nutritional knowledge, good reproducibility by the patient himself, since this does not require any lengthy and complex training, quick adaptation, sufficient effectiveness in the treatment of diseases associated with obesity. However, despite the large number of advantages, this type of diet is clearly inferior in effectiveness to a diet with a distinctly low energy content.

References:

1. Andela S, Burrows TL, Baur LA, Coyle DH, Collins CE, Gow ML. Efficacy of very low-energy diet programs for weight loss: a systematic review with meta-analysis of intervention studies in children and adolescents with obesity // *Obesity Reviews* 2019; 20 (6). P: 871–882.
2. Chekima K, Yan SW, Lee SWH, Wong TZ, Noor MI, Ooi YB, Metzendorf MI, Lai NM. Low glycaemic index or low glycaemic load diets for people with overweight or obesity. // *Cochrane Database Syst Rev.* 2023 Jun 22; 6 (6):CD005105. doi: 10.1002/14651858.CD005105.pub3.

3. House ET, Gow ML, Lister NB, et al. Pediatric weight management, dietary restraint, dieting, and eating disorder risk: a systematic review // 2021 Sep 7; 79 (10). P: 1114–1133. doi: 10.1093/nutrit/nuaa127.

4. Pauley M, Mays C, Bailes JR Jr, et al. Carbohydrate-restricted diet: a successful strategy for short-term management in youth with severe obesity - an observational study // *Metab Syndr Relat Disord* 2021 Jun; 19 (5). P: 281–287. doi: 10.1089/met.2020.0078. Epub 2021 Feb 9.

5. Rolls BJ. Dietary strategies for weight management // *Nestle Nutr Inst Workshop Ser.* 2012. P: 73:37–48. doi: 10.1159/000341285. Epub 2012 Oct 29.

Наукове видання

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

Томілінські читання

Матеріали VI науково-практичної конференції
з міжнародною участю, присвяченої 100-річному ювілею кафедри громадського
здоров'я та управління охороною здоров'я
Харківського національного медичного університету

Відповідальний за випуск проф. В.А. Огнев

Формат А5. Ум. друк. ар. 14,25. Зам. № 23-34346.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавців,
виробників та розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.