

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



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

## Томілінські читання

Матеріали VII науково-практичної конференції  
з міжнародною участю

м. Харків, 30 жовтня 2024 року



Харків – 2024

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
Харківський національний медичний університет

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

Томілінські читання

*Матеріали VII науково-практичної конференції  
з міжнародною участю*

м. Харків, 30 жовтня 2024 року

Харків  
ХНМУ  
2024

УДК 614(477)(082)  
Г 87

Затверджено  
Вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 15 від 28.11.2024 р.

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

Г87 **Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення «Томілінські читання»:** матеріали VII наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Харків, 30 жовтня 2024 р.) / Ред. кол.: В. В. М'ясоєдов, В. А. Огнев, К. М. Сокол та ін. Харків, ХНМУ, 2024. 244 с.  
<https://doi.org/10.5281/zenodo.14194418>

УДК 614(477)(082)

© Харківський національний  
медичний університет, 2024  
© В.В. М'ясоєдов, В.А. Огнев,  
К.М. Сокол та ін., 2024

## ЗМІСТ

### Секція 1. ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

<b>Капустник В.А., М'ясоєдов В.В., Огнєв В.А., Подпрядова А.А.</b> Проблема соціальної нерівності у сучасному світі та концептуальні принципи справедливості щодо здоров'я населення .....	11
<b>Лещина І.В., Мякина О.В., Мартиненко Н.М.</b> Біженці з українських земель як демографічний збій і суспільне явище (1914–2024).....	15
<b>Григоров М.М., Григоров С.М., Григорова А.О., Григоров М.С.</b> Анатолій Якович Циганенко – мікробіолог, наставник, керівник (до 95-річчя від дня народження).....	22
<b>Томілін В.Г.</b> Харківський національний медичний університет. До 45-річчя створення кафедри ортопедичної стоматології. Від джерел створення.....	25
<b>Васильєв К.К.</b> Професор Лев Миколайович Карпов (1926–2016) як історик медицини.....	29
<b>Зайцев В.В., Кисленко Д.М.</b> Творці кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Дніпровського державного медичного університету: учора, сьогодні, завтра .....	32
<b>Мякина О.В.</b> Друге творче покликання або штрих до портрета академіка (до 100-річчя від дня народження В.Г. Бочорішвілі) .....	35
<b>Васильєв Ю.К.</b> Матеріали до біографії професора-гігієніста Якова Борисовича Резника (1902–1979).....	38
<b>Мякина О.В., Шевченко О.М., Сокол К.М., Ващук М.А., Шевченко О.О.</b> В.В. Фролькіс: тернистий шлях фізіолога і наукова спадщина (до 100-річчя від дня народження академіка) .....	39
<b>Робак І.Ю., Демочко Г.Л.</b> Володимир Фавр як викладач фабричної гігієни в Харківському технологічному інституті (до 150-річного ювілею вченого) .....	44
<b>Виноградова О.Ю., Ушакова М.А., Галича М.С.</b> Внесок В.В. Фавра у дослідження малярії .....	46
<b>Sukhonosov R.O., Ushakova M.A., Halycha M.S.</b> The Life Path of V. P. Vorobiov throught the Lens of Time (Dedicated to the 220 <sup>th</sup> Anniversary of the Department of Human Anatomy).....	48

**Секція 2.**  
**ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ**

<b>Огнєв В.А., Усенко С.Г., Машевич А.М.</b> Аналіз показників онкологічних захворювань в Одеському регіоні за останні п'ять років .....	51
<b>Юрко К.В., Соломенник Г.О., Могиленець О.І.</b> Мультирезистентний туберкульоз як виклик системі охорони здоров'я: сучасний погляд на профілактичну стратегію.....	52
<b>Кривенко О.І., Капустник В.В.</b> Медична та лікарська таємниці: історико-правове розмежування.....	55
<b>Сердюк О.І., Просолєнко Н.В., Крупеня В.І.</b> Реабілітаційна допомога: виклики та відповідь на формування кризи.....	57
<b>Журавель Я.В.</b> Вплив воєнного стану на демографічну ситуацію в Україні .....	59
<b>Дяченко В.С., Дяченко Н.П., Чулей С.В.</b> Особливості менеджменту у сфері охорони здоров'я в умовах сучасних викликів .....	61
<b>Kriachkova L.V., Semenov V.V., Korobko M.Y.</b> Stakeholder mapping for determining the strategy of working with interested groups in the Public Health system .....	63
<b>Orel O.V., Yaremenko A.V.</b> Organization of psychological support for pregnant women in the Conditions of the military state: integration into the health care system .....	64

**Секція 3.**  
**РОЗБУДОВА СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

<b>Карамішев Д.В., Гордієнко Л.П., Замчій С.В.</b> Формування стійкості системи громадського здоров'я з урахуванням Глобального індексу безпеки здоров'я .....	67
<b>Завгородній І.В., Лисак М.С., Парамонова А.О.</b> Ментальне здоров'я вихователів закладів дошкільної освіти: ключова складова громадського здоров'я.....	69
<b>Бурдюг В.С., Огнєв В.А.</b> Роль недержавних організацій у розвитку громадського здоров'я та зміцнення здоров'я українців.....	70
<b>Бережна А.В., Чумаченко Т.О.</b> Перспективні напрямки епідеміологічного нагляду в Україні та можливості їхньої реалізації .....	73

<b>Хижняк В.В.</b> Розвиток громадського здоров'я шляхом впровадження в медичну освіту основ міжнародного гуманітарного права.....	76
<b>Приходько Н.І.</b> Роль профілактичної медицини в системі громадського здоров'я.....	78
<b>Денисюк Л.І., Поветкіна Т.М.</b> Реалізація принципів діяльності сфери громадського здоров'я з позицій потреби збереження зору з дитинства.....	80
<b>Пилипчук В.Л., Черешнюк Г.С., Герасимюк К.Х., Жарлінська Р.Г.</b> Історичні витоки та сучасні демократичні засади співпраці медичної спільноти та громадськості у вирішенні актуальних завдань громадського здоров'я та якості медичної допомоги.....	82
<b>Рязанова О.А.</b> Здорова стопа в подології. Роль подолога в громадському здоров'ї.....	86
<b>Астапова Я.В.</b> Питання ментального здоров'я у сфері реабілітації та громадського здоров'я.....	87

#### Секція 4.

### ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА, СУЧАСНА ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА БІОЛОГІЧНА СТАТИСТИКА

<b>Медведовська Н.В., Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Білак-Лук'яничук В.Й., Дідок Л.В.</b> Щодо впровадження епідеміологічного паспорту сім'ї.....	91
<b>Медведовська Н.В., Слабкий Г.О., Рожкова І.В., Лопіт В.В.</b> До питання вакцинації населення України під час війни проти російської воєнної агресії .....	92
<b>Сокол К.М., Подрігало Л.В., Подрігало О.О.</b> Застосування скринінг-тестів в моніторингу стану спортсменів та фізкультурників.....	93
<b>Мазур Є.В., Короп О.А.</b> Епідеміологічні особливості очного травматизму серед населення Закарпатської області .....	95
<b>Лісова Є.М., Александрова К.В., Подпрядова А.А.</b> Роль скринінгу PRISCA в ранній діагностиці преекламсії та покращення якості надання медичної допомоги .....	97
<b>Міщенко М.М., Вакуленко А.І., Міщенко О.М.</b> Медико-епідеміологічні особливості інсультної патології.....	99
<b>Цукор Н.Г.</b> Аналіз стану імуніпрофілактики у Харківській області за 7 місяців 2024 року .....	101

<b>Ревть Н.Ф.</b> Медико-соціальні особливості охоплення щепленням ромського населення на регіональному рівні .....	102
<b>Pomohaibo K.G., Amrit Kaur</b> Application of variance analysis to study the relationships between various factors and phenomena .....	104
<b>Mishchenko M.M., Mishchenko O.M.</b> Medical and social significance of non-epidemic infectious diseases .....	105
<b>Yaremenko A.V., Orel O.V.</b> Efficiency of vaccination programs in reducing the incidence of infectious diseases .....	107
<b>Yaremenko A.V., Orel O. V.</b> The role of information technologies in monitoring the epidemiological situation in the country .....	109

## Секція 5. ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

<b>Короп О.А., Мазур Є.В.</b> Сучасні аспекти нормативно-правового забезпечення спеціалізованої медичної допомоги хворим з травматичними ушкодженнями ока .....	111
<b>Карпенко К.І.</b> Гендерна рівність та доступ до медичних послуг: екофеміністичний контекст .....	114
<b>Іващенко Р.О., Огнєв В.А., Нестеренко В.Г.</b> Наслідки вигорання: вплив на практичну діяльність .....	117
<b>Огнєв В.А., Усенко С.Г., Машевич А.М.</b> Аналіз показників знань працівників Одеського регіонального клінічного протипухлинного центру щодо вірусу папіломи людини та ставлення до вакцинації .....	120
<b>Сімонян Л.С., Огнєв В.А.</b> Аналіз коефіцієнтів ліквідності на противірусні лікарські засоби, які застосовуються при лікуванні грипу .....	123
<b>Вербицька Я.М., Нестеренко В.Г.</b> Актуальні питання catch-up кампанії з вакцинації проти кору, епідемічного паротиту та краснухи дитячого населення 2023 року .....	125
<b>Клименко І.А., Орлова Н.М., Сироцинська Л.М.</b> Досвід організації мультидисциплінарних команд для надання хірургічної допомоги хворим із патологією щитоподібної залози .....	128
<b>Усенко С.Г., Приймак Д.В.</b> Застосування телемедицини в медичних закладах України: актуальність і проблематика .....	131

<b>Парамонова А.О., Стукалкіна Д.С., Літовченко О.Л., Завгородня Н.І.</b>	
Покращення психічного благополуччя нації за допомогою штучного інтелекту .....	133
<b>Помогайбо К.Г., Бесєдіна І.І.</b>	
Основні заходи з оздоровлення та лікування шлунково-кишкового тракту та органів травлення.....	136
<b>Літвінова В.О., Трегуб П.О.</b>	
Резистентність до антибіотиків, як глобальна загроза людству .....	137
<b>Грищенко Т.В., Міщенко М.М.</b>	
Використання апаратних систем і засобів у косметології .....	139
<b>Штикер А.С., Комарчук В.В.</b>	
Переваги і недоліки лапароскопічної хірургії у порівнянні з традиційним відкритим методом.....	142
<b>Акопян А.А.</b>	
Смертність засуджених в державних установах виконання покарань .....	143
<b>Vasheva A.O., Vashev O.E.</b>	
Organization of geriatric care in developed countries of the world: experience and features .....	146
<b>Dihitiar A.E., Yaremenko A.V.</b>	
Digitalization of medicine: implementation of electronic medical records .....	149

**Секція 6.  
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ТА ЕКОЛОГІЧНІ  
ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я,  
ПРОФІЛАКТИЧНІ СТРАТЕГІЇ**

<b>Щербань М.Г., Мельник О.Г., Резуненко Ю.К., Безродна А.І.</b>	
Розробка та впровадження в практику актуальної профілактичної стратегії для ветеранів та людей похилого віку з проблеми збереження ними власного здоров'я.....	152
<b>Черненко В.В., Огнєв В.А.</b>	
Гігієнічні вимоги до якості води при централізованому і децентралізованому господарсько-питному водопостачанні .....	155
<b>Бурдюг В.С., Огнєв В.А.</b>	
Державний контроль у сфері захисту здоров'я та санітарно-епідеміологічного благополуччя населення.....	157
<b>Каук О.І., Крупеня В.І.</b>	
Прояви дефіциту вітаміну D серед осіб похилого та старечого віку .....	159
<b>Усенко С.Г., Ковальчук С.В., Тімченко К.С.</b>	
Вплив змін клімату та стану якості повітря у період повномасштабного вторгнення на поширеність алергічних захворювань у населення .....	161

<b>Головня Н.Ю., Грищук С.М.</b> Аналіз чинників, що впливають на тривалість життя населення України .....	163
<b>Лісова Є.М., Александрова К.В., Сокол К.М., Подпрядова А.А.</b> Детермінанти здоров'я та їхній вплив на розвиток гіпертензивних розладів під час вагітності .....	166
<b>Макарук Ю.Г., Трегуб П.О.</b> Медико-соціальні особливості косметологічних процедур у формуванні самооцінки та психологічного благополуччя осіб молодого віку .....	168
<b>Сіренко П.О., Жіденс Я.</b> Вплив детермінантів рухової активності на здоров'я індивідууму .....	170
<b>Шуть Є.Р., Богачова О.С.</b> Аналіз рівня фізичної активності студентської молоді та розробка рекомендацій щодо її оптимізації в умовах воєнного стану .....	173
<b>Кивлюк О.В., Орлова А.Є., Григоров М.М., Нестеренко В.Г.</b> Проблеми залежності у сучасному суспільстві .....	176
<b>Orel O.V., Yaremenko A.V.</b> The influence of the measles on the course of pregnancy and the development of the fetal .....	180
<b>Orel O.V., Yaremenko A.V.</b> Psychosocial factors influencing vaccination decisions among pregnant women .....	182
<b>Hordiienko V.V., Orel O.V.</b> Problems of social welfare in the conditions of martial law .....	183
<b>Yaremenko A.V., Orel O.V.</b> The influence of socio-economic factors on the health state of the population of Ukraine .....	185

### **Секція 7.**

#### **ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

<b>Мельниченко О.А., Шапкін А.С., Рисована Л.М., Мужецька А.Ю.</b> Популяризація серед студентів-медиків освітньої програми за спеціальністю Д4 «Публічне управління та адміністрування» .....	187
<b>Гой Н.В., Пилипів М.С.</b> Теоретичні засади публічного управління персоналом у закладах охорони здоров'я .....	188
<b>Мельниченко О.А., Макарова В.І.</b> Розвиток спроможності менеджерів закладів охорони здоров'я належно реагувати на виклики сьогодення – актуальна вимога для вітчизняної медичної освіти .....	190

<b>Кравченко М.В.</b> Особливості публічної політики щодо осіб з інвалідністю в умовах сучасних викликів .....	191
<b>Брехлічук П.П.</b> Організаційні аспекти медико-правового супроводу судово-стоматологічної експертизи .....	194
<b>Хижняк Л.М.</b> Самозбережувальна поведінка і громадське здоров'я у контексті тайм-менеджменту .....	197
<b>Ленська О.В., Грач О.О., Власов А.В.</b> Стратегії розвитку та вдосконалення фінансування системи охорони здоров'я в Україні .....	200
<b>Стоян А.О., Мельниченко О.А.</b> Переваги та недоліки запровадження цифрового управління у сфері охорони здоров'я України .....	202
<b>Дворницька М.Р.</b> Інструменти публічного управління розвитком комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я .....	204
<b>Секція 8.</b> <b>МЕДИЧНА ОСВІТА, НАУКА ТА ПРАКТИКА</b>	
<b>Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І.</b> Проектний підхід в підготовці магістрів громадського здоров'я .....	208
<b>Корнейко І.В., Петрова О.Б., Овсяннікова Г.В.</b> Оптимізація формування навичок ораторського мовлення у викладанні ОК «Ділова іноземна мова» .....	209
<b>Сердюк О.І., Просоленко Н.В., Парфьонова І.І.</b> Нові стандарти післядипломної освіти лікарів в Україні .....	212
<b>Литвиненко М.І., Нестеренко В.Г., Лещина І.В., Марченко І.А., Григорук В.В., Рисована Л.М.</b> Підготовка фахівців з ОПП «Протезування-ортезування» другого (магістерського) рівня в системі громадського здоров'я .....	213
<b>Некрасова Н.О.</b> Доцільність впровадження досвіду західних партнерів з приводу психотерапевтичних підходів в систему охорони ментального здоров'я населення .....	213
<b>Chornenka Z.A.</b> Motivation of medical students to study in higher education .....	215

**Секція 9.**  
**СТУДЕНТСЬКА НАУКА**

<b>Паненко М.В., Бездітко Т.В.</b> Біоетичні аспекти пересадки гемопоетичних стовбурових клітин .....	217
<b>Присяжнюк В.С., Дика Б.М.</b> Прояви панічних атак у здобувачів освіти .....	218
<b>Боровець О.Р., Ганич О.Т.</b> Скринінг рівня стресу у пацієнтів з хронічним вірусним гепатитом В .....	219
<b>Удовиченко А.О., Кушнарєнко С.І., Козирєв С.Д., Трегуб П.О.</b> Обізнаність молоді щодо розвитку емфіземи легень внаслідок паління .....	221
<b>Морока Р.К., Кропівний М.В., Кайнара В.М., Трегуб П.О.</b> Використання АІ в житті студентів та покращення праці за допомогою АІ в сфері охорони здоров'я .....	223
<b>Григорян Н.А., Орел О.В.</b> Вплив соціальної ізоляції на психічне здоров'я: аналіз наслідків пандемії COVID-19 та військового вторгнення в Україну .....	224
<b>Левченко Є.Д., Денисенко К.О., Трегуб П.О.</b> Рівень обізнаності молоді в питанні виявлення перших ознак інсульту .....	226
<b>Orel O.V., Svyryd A.S.</b> The role of nutrition in the prevention of nob-infectious diseases .....	229
<b>Aksyonova A.S., Kryvonohykh K.R., Yaremenko A.V.</b> The role of the medical information system and electronic resources in improving the provision of medical aid .....	231
<b>Pomohaibo K.G., Amrit Kaur</b> Main directions of telemedicine in Healthcare modern practice .....	233
<b>Lutsenko I.V., Yurova A.A., Yaremenko A.V.</b> Telemedicine in the conditions of wartime .....	235
<b>Orel O.V., Starkova V.D.</b> Social determinants of mental health of students of higher educational institutions .....	238
<b>Shatalova V.B., Orel O.V., Yaremenko A.V.</b> Vaccination of pregnant women: study of awareness and fear among students .....	240
<b>Mukhachova V.D., Popovych I.V., Yaremenko A.V.</b> The role of health insurance in ensuring access to health care .....	242

## Секція 1. ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

### ПРОБЛЕМА СОЦІАЛЬНОЇ НЕРІВНОСТІ У СУЧАСНОМУ СВІТІ ТА КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПРИНЦИПИ СПРАВЕДЛИВОСТІ ЩОДО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

**Капустник В.А., М'ясоєдов В.В., Огнєв В.А., Подпрядова А.А.**  
*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Проблема нерівності завжди займала провідне місце в багатьох дослідженнях. Розвиток поняття соціальної нерівності пов'язаний із виокремленням соціальних утворень, соціальної ієрархії, її розглядом як умови існування суспільства. Отже, соціальна нерівність виникає за існування ієрархічної системи цінностей та є невід'ємною частиною історичного розвитку.

Поняття «соціальна нерівність» є багатогранним та інтерпретується в науковій літературі по-різному. Ще в давнину грецький філософ Платон сформував розуміння терміну «соціальна нерівність». Він розрізняв два стани, засновані на розшаруванні суспільства: стан бідних та стан багатих. «Нам доведеться боротися, – повчав він, – із двома противниками: бідністю й багатством. Багатство розбещує душу людей розкішшю, бідність годує їх стражданнями й доводить їх до безсоромності». Він вважає, що влада тирана, військових, багатих, чи влада більшості протиприродна. Крім того, соціальна нерівність, що має місце в будь-якій державі, повинна ґрунтуватися на природній нерівності людей.

Арістотель, учень Платона, у своїх вченнях класифікував громадян поліса за майновим станом на клас «надто заможних», клас «украй нужденних» та проміжний, або «серединний» клас. У кількісній перевазі останнього він убачав гарантію суспільної рівноваги та злагоди.

У Середньовіччі панувала цінність нерівності: представники різних верств вважали себе та інших нерівними, які належать до нерівноцінних категорій людей, не лише соціальних, а й «антропологічних», до різних «порід», що виражалось і в їхньому світогляді, і в повсякденній поведінці.

Однак, погляди на проблему соціальної нерівності кардинально змінюються в епоху Нового Часу, оскільки ідеї Просвітництва набувають особливого значення. Центральною проблемою утворчості Руссо була проблема нерівності між людьми та шляхів її подолання. У праці «Міркування про походження та причини нерівності між людьми» (1755) Ж.-Ж. Руссо виділив два основні типи нерівності: фізичну та політичну.

У наш час, найбільш універсальним є наступне визначення соціальної нерівності: «Соціальна нерівність – система відносин у суспільстві, що характеризується нерівномірним розподілом ресурсів (грошей, влади, освіти, престижу тощо) та життєвих шансів між різними соціальними стратами (верствами) населення» [1].

Розуміння соціальних нерівностей передбачає вимірювальну методологію, що на індивідуальному рівні включатиме такі базові комплексні параметри:

- ресурсний (комплексні матеріальні та нематеріальні ресурси життя, соціальні й індивідуальні досягнення, доступні та спожиті індивідом у сучасному суспільстві);

- оціночно-діяльнісний (оцінка індивідуальної можливості скористатись певними благами);

- моральний (оцінка справедливості обсягу та якості доступних благ в залежності від самоідентифікації індивіда в соціальному просторі, оцінки соціальної значущості власної діяльності).

Класифікація форм соціальної нерівності з точки зору розв'язання проблем розвитку людини може полягати в наступному переліку:

- класова (диференціація на класи, верстви і групи залежно від соціального статусу, рівня доходу, освіти тощо);

- політична (відсутність рівної можливості впливу на прийняття політичних рішень на рівні безпосередніх учасників політичного процесу);

- економічна (різний рівень матеріального забезпечення, доходів і їх суспільного розподілу, задоволення потреб);

- гендерна (нерівність у гарантуванні й реалізації основних прав і свобод людини залежно від статі);

- освітня (посилення соціальних функцій інституту освіти, відсутність рівного доступу до освіти через її комерціалізацію);

- екологічна (відсутність гарантій захисту від загроз екологічного забруднення, екологічних катастроф тощо);

- нерівність безпеки здоров'я (відсутність захищеності від ризиків захворюваності, нерівність у доступності ефективного медичного обслуговування тощо);

- культурна нерівність (нерівність захисту культурного розвитку від деструктивних тенденцій);

- інформаційна (заангажованість ЗМІ, відсутність об'єктивних каналів передачі інформації, нерівність доступу до інформації) [2].

Є великий обсяг фактичних даних, що підтверджують той факт, що відмінності в доходах та соціальна нерівність мають значний несприятливий вплив на показники здоров'я, незалежно від того, чи йдеться про країну з низьким, середнім чи високим рівнем доходу. Нерівність може несприятливо впливати на здоров'я різними шляхами, включаючи підвищений психосоціальний стрес і більш високий рівень поведінки, що завдає шкоди здоров'ю, наприклад куріння та згубного вживання алкоголю. Нерівність також передбачає відсутність доступу до середовища, що сприяє зміцненню здоров'я: гідне житло, здорове харчування, можливість працевлаштування, активний відпочинок, безпечні зелені зони та зони відпочинку біля води, а також фізичне середовище, що захищає мешканців від впливу несприятливих факторів (таких як високий рівень забруднення чи шуму).

Існує безліч доказів того, що соціальні фактори, включаючи освіту, статус зайнятості, рівень доходу, стать та етнічну приналежність, мають вагомий вплив на те, наскільки здорова людина. В усіх країнах – чи то з низьким, середнім чи високим рівнем доходу – існують великі відмінності

в стані здоров'я різних соціальних груп. Чим нижчий соціально-економічний стан людини, тим вищий ризик поганого здоров'я.

Нерівність щодо здоров'я – це відмінності в стані здоров'я або в розподілі ресурсів охорони здоров'я між різними групами населення, що виникають із соціальних умов, у яких люди народжуються, ростуть, живуть, працюють і старіють.

Ці нерівності мають значні соціальні та економічні витрати як для окремих осіб, так і для суспільства.

За даними ВООЗ щодня помирає 16 тисяч дітей, не доживши до свого п'ятого дня народження. Вони помирають від пневмонії, малярії, діареї та інших хвороб. У країнах Африки на південь від Сахари ймовірність померти до досягнення п'ятирічного віку в 14 разів вища, ніж у світі. Більше того, діти із сільських та бідних домогосподарств, як і раніше, непропорційно сильно страждають. Діти з 20 % найбідніших домогосподарств майже вдвічі частіше вмирають до свого п'ятого дня народження, ніж діти з 20 % найбагатших.

Материнська смертність є ключовим показником нерівності щодо здоров'я. Материнська смертність – це показник здоров'я, який показує великий розрив між багатими та бідними як між країнами, так і всередині них. На країни, що розвиваються, припадає 99 % щорічних випадків материнської смертності у світі. Жінки у Чаді мають ризик материнської смерті 1 із 16, тоді як жінка у Швеції має ризик менше 1 із 10 000.

Туберкульоз – хвороба бідності. Близько 95 % смертей від туберкульозу припадає на країни, що розвиваються. Ці смерті в основному серед молодих людей у їх найбільш продуктивні роки. Ця хвороба ще більше ускладнює їх особисте економічне становище та становище їхніх сімей.

87 % передчасних смертей через неінфекційні захворювання відбуваються в країнах із низьким та середнім рівнем доходу. В умовах нестачі ресурсів витрати на охорону здоров'я при неінфекційних захворюваннях можуть швидко виснажити ресурси домогосподарств.

Очікувана тривалість життя різниться між країнами на 34 роки. У країнах із низьким рівнем доходу середня тривалість життя становить 62 роки, а країнах із високим рівнем доходу – 81 рік. Дитина, яка народилася в Сьєрра-Леоні, може розраховувати прожити 50 років, а дитина, яка народилася в Японії, може розраховувати прожити 84 роки.

Сучасна Україна – країна з високою соціальною нерівністю та великою часткою бідного населення. Дана ситуація має руйнівний вплив на поточний стан національної економіки та соціальної сфери країни, а також негативно позначається на перспективах їх подальшого розвитку [3].

Концепції справедливості щодо здоров'я містять основні принципи дій із метою зменшення соціальної нерівності стосовно стану здоров'я, а саме:

1. Політика має бути спрямована на висхідне, а не на низхідне вирівнювання. Єдиний спосіб скоротити розриви в стані здоров'я справедливим чином – це підвищити рівень здоров'я представників груп, які перебувають у найбільш несприятливому становищі до рівня здоров'я представників благополучних груп.

2. Три основні підходи до зменшення соціальної нерівності щодо здоров'я є взаємозалежними та повинні доповнювати один одного. Вони

включають: фокусування лише на бідних, зменшення відмінностей у стані здоров'я та зменшення соціальної нерівності серед усього населення:

- фокусування лише на бідних. Це так званий цільовий підхід, який оцінює прогрес лише в плані покращення здоров'я цільової групи;

- зменшення відмінностей у стані здоров'я. Мета дій при цьому підходить зменшити розриви між найнеблагополучнішими й найблагополучнішими представниками суспільства, тобто нерівність у стані здоров'я між соціальними сходами, що знаходяться на протилежних кінцях;

- зменшення соціальної нерівності серед усього населення. Цей підхід визнає, що захворюваність та передчасна смертність мають тенденцію збільшуватись у міру погіршення соціально-економічного становища, а не є лише наслідком розривів у стані здоров'я між багатими та бідними.

3. Політика охорони здоров'я населення повинна мати подвійну мету – забезпечення поліпшення здоров'я населення в цілому та зменшення нерівності щодо здоров'я. Цілей охорони здоров'я, спрямованих на населення в цілому, навряд чи можна буде досягти, не приділяючи уваги верствам суспільства, що перебувають у найбільш несприятливому становищі. Ці дві мети зазвичай переплітаються.

4. Дії повинні стосуватися соціальних детермінантів нерівності щодо здоров'я. Цей принцип сконцентрований не лише на загальних соціальних детермінантах здоров'я (соціальних умовах, які можуть впливати на здоров'я людей), а й на основних детермінантах систематичних відмінностей у можливостях, рівні та способі життя, пов'язаних із різним становищем у суспільстві.

5. Недостатньо сформулювати політичні наміри – слід контролювати дії, які можуть завдати шкоди. Класичним прикладом, що ілюструє несправедливість щодо здоров'я, є несприятливі результати деяких реформ у секторі охорони здоров'я, які створили медичну пастку бідності

6. Виберіть відповідні інструменти для оцінки ступеня нерівності та прогресу в досягненні цілей. Так, наприклад, заходи, які передбачають лише проведення моніторингу змін у стані здоров'я бідних, нічого не дають із погляду оцінки того, як живуть бідні групи населення щодо благополучніших. Необхідна оцінка змін як на верхніх, так і на нижніх щаблях соціальних сходів та подальшого порівняння двох показників.

7. Об'єднуйте зусилля, щоб дати право голосу тим, хто його позбавлений. Цей принцип передбачає виявлення точок зору маргіналізованих груп та збільшення їхньої участі. Представники населення з найбільш чітко вираженою думкою та більш певними позиціями мають можливість надавати більший вплив, ніж ті, хто має слабші позиції.

8. У міру можливості соціальну нерівність щодо здоров'я слід описувати та аналізувати окремо для чоловіків та жінок. Оскільки розмах і причини соціальної нерівності щодо здоров'я іноді можуть бути різними для обох статей, необхідні окремі описи та аналіз. Таким чином, вирішальне значення має з'ясування та облік цих відмінностей при розробці стратегій із подолання нерівності щодо здоров'я.

9. Відносні відмінності в стані здоров'я, викликані етнічною приналежністю, географічною обумовленістю та соціально-економічними причинами. Аналіз систематичних відмінностей у стані здоров'я, викликаних

етнічною приналежністю, слід пов'язувати із соціально-економічними причинами, оскільки розмах і причини етнічних відмінностей мають тенденцію варіювати в залежності від соціального становища.

10. Системи охорони здоров'я мають бути побудовані на принципах справедливості:

– служби охорони здоров'я не повинні керуватися принципом отримання прибутку й ніколи не повинні використовувати пацієнтів для його отримання;

– медичне обслуговування повинно забезпечуватись залежно від потреби, а не платоспроможності. Так само високий стандарт медико-санітарної допомоги повинен надаватися кожному, не залежно від соціального становища, етнічної та гендерної приналежності чи віку;

– повинні бути чітко визначені особливо важливі питання та цілі системи охорони здоров'я, спрямовані на досягнення справедливості, та забезпечений моніторинг просування до цих цілей найбільш ефективним способом.

Отже, визначення ролі та можливостей соціальної політики як інструменту пом'якшення соціальної нерівності в умовах соціально-економічної кризи, розробка напрямів та соціальних стратегій пом'якшення соціальної нерівності є надзвичайно актуальним завданням.

### **Література:**

1. Marutyán, R. (2018). Borotba z nespravedlyvistiu chy z nerivnistiu – vichna sotsialna dylema [Struggle with injustice or inequality – an eternal social dilemma]. Matrix-divergent: website. Retrieved from <http://surl.li/ejcfx> [in Ukrainian].

2. Kolot, A. (2017), "Global Social Income Inequality: Nature, Trends, Implications", *Sotsial'no-trudovi vidnosyny: teoriya i praktyka*, vol. 2, pp. 8–47.

3. Libanova, E. (2012), "Inequality in Ukraine: Scale and Impact Opportunities", *Institut demohrafiyi ta sotsial'nykh doslidzhen' imeni M.V. Ptukhy NAN Ukrayiny*, vol. 3, pp. 404.

## **БІЖЕНЦІ З УКРАЇНСЬКИХ ЗЕМЕЛЬ ЯК ДЕМОГРАФІЧНИЙ ЗБІЙ І СУСПІЛЬНЕ ЯВИЩЕ (1914–2024)**

*Лещина І.В., Мякина О.В., Мартиненко Н.М.*

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

*Анотація.* Стаття присвячена проблемі біженців в різні періоди світової та української історії. Автори порівнюють обсяги і умови переміщення і проживання біженців в період світових воєн та сучасні міграційні процеси в Україні в рамках російської агресії.

*Матеріали та методи дослідження.* Історичний аналіз ґрунтувався на виявленні джерел з теми та визначення їх достовірності, друкованих та архівних матеріалів бібліотечного фонду. Провідними були хронологічний та історико-критичний методи, які передбачають відтворення послідовності подій, відбиття причинно-наслідкових зв'язків, що сприяло висвітленню картини історичного минулого, зокрема проблеми біженців першої і другої світових війн, і поточних подій в рамках повномасштабного вторгнення держави-агресорки у 2022 році. В основі дослідження лежать методи аналізу та узагальнення наукової літератури зазначеної проблематики. Пошук наукових джерел здійснювався

через мережу Інтернет у пошуковій системі Google, та в межах наукового порталу Research Gate. Аналізувалися вітчизняні наукові джерела опубліковані протягом останніх 10 років, а також закордонна наукова література. Методологічну основу роботи становила сукупність принципів об'єктивності, історизму та системності.

*Результати.* З 2001 р. міжнародна спільнота 20 червня щорічно відзначає Всесвітній День біженців. Увесь цивілізований світ вшановує сміливість і міць людей, змушених рятуватись від світових баталій, воєнних конфліктів або переслідувань.

Протягом століть стихійні лиха змушували людей покидати місця проживання, шукаючи притулку, опиняючись поза межами історичної батьківщини, де вже інші люди надавали прихисток тим, хто його потребує. «Закони про притулок для біженців» поважали ще стародавні ацтеки, асирійці, греки, євреї, мусульмани та ін. У Біблії є опис втечі поневолених ізраїльтян з Єгипту, у XV столітті маври та євреї змушені були залишати Іспанію через інквізицію. У пошуках релігійної свободи в XVII ст. пуритани знайшли притулок у заокеанській колонії Пенсільванії, яка зараз є штатом США, а у XVIII столітті знать Франції змушена була емігрувати внаслідок подій французької революції. Гугеноти зазнавали переслідувань у Франції приблизно 250 років; чимало з них загинуло від рук католиків у Варфоломійську ніч 24 серпня 1572 року. Йшли роки, століття, а проблеми спричинені війнами залишалися.

Глобальна проблема біженства початку XX ст., породжена першою світовою війною, мала довгострокові наслідки. Після Другої світової війни документами ООН були визначені категорії осіб: *«біженці»* та *«переміщені особи»*. *Біженець* (втікач) – це особа, яка покинула звичне місце свого проживання, або країну, громадянством якої вона є, або особа, яка перебуває поза межами своєї країни чи звичного місця свого проживання і яка, незалежно від того, зберегла вона своє громадянство чи ні, стала жертвою нацистського чи ін. режимів, що брали участь у II світовій війні на боці гітлерівців, чи жертвою режимів, які допомагали Німеччині та її сателітам. *«Переміщені особи»* – це ті, хто заходами нацистського режиму були вислані з країн свого громадянства або попереднього місця проживання з расових, релігійних чи політичних мотивів або вивезені з метою використання їх як дешевої робочої сили. Особи з території України складала значну частку контингенту переміщених осіб – понад 200 000 [1, 2].

В українській історії проблема біженців поставала неодноразово. Першою трагічною подією були 1914–1918 роки, коли українці залишали місця проживання внаслідок обставин воєнного часу. Ще більша кількість біженців з'явилась через нацистську навалу в період Другої світової війни, коли приблизно 200 000 вихідців з України, опинились у Європі, і після закінчення війни відмовлялись повертатися до СРСР, розселившись по різних континентах.

Справами таких осіб, спочатку відала створена у 1943 р. Адміністрація допомоги і відбудови Об'єднаних Націй, яку через п'ять років замінила Міжнародна організація у справах біженців. Від 1951 р. і донині функціонує УВКБ ООН у справах біженців.

Перша світова війна (1914–1918) для європейських держав була тотальною війною. Серед найбільш вразливих соціальних груп населення Російської імперії, до складу якої входила більшість українських земель, були

втікачі. Монархія не була підготовлена до переміщення мільйонів людей та облаштування їхнього життя. Біженство стало кількарічним випробуванням для державної системи та суспільного загалу. Такого розмаху переселення своїх підданих царська влада ще не знала.

Геополітичне становище України зумовило її перебування в епіцентрі воєнних подій. Так територією Волинської та Подільської губерній проходила лінія Південно-Західного фронту. Інша, значна частина країни, набула статусу досить важливих для російських армій тилкових територій. Найбільше серед етнічних земель постраждали Галичина та Буковина. Окрім воєнного фактору, біженство із Західної України спричинили масові репресії австро-угорських та російських окупаційних режимів.

Восени 1914 р., головним чином, із західних губерній Російської імперії посунули біженці. У цей час з'явилися переселенці і на території українських губерній. Вже навесні 1915 р. ситуація різко змінилася: у результаті наступу німецьких військ у травні 1915 р. так званої «Горлицької операції» відбувся прорив російського фронту в районі Карпат. Почалося масове виселення людей, у першу чергу чоловіків від 17 до 45 років. Прибуття біженців у тиллові губернії імперії із західного театру воєнних дій зафіксовано у липні – серпні 1915 р., досягло максимуму у вересні – жовтні, завершилося у листопаді – грудні того ж року. До українських тилкових губерній – Чернігівської, Полтавської, Катеринославської, Харківської, Херсонської – ринули значні партії біженців з Волині, Поділля, Буковини, Гродненщини, Холмщини, Прибалтійських володінь. Їх дорога пролягла через Волинську, Подільську та Київську губернії, при цьому Київ був транзитним пунктом, де біженці отримували всіляку допомогу та рухалися далі [3].

На сході, тобто в українських губерніях, що перебували у складі Російської імперії, у листопаді 1915 р. знайшло тимчасовий притулок від 420 361 переміщеного населення, у лютому 1918 – до 914 000, і на початок осені 1918 р. в Україні вже перебувало 1 424 232 біженців. Російська влада прагнула відселити цивільне населення із зони відступу російських армій, протягом червня – серпня 1915 року. Біженство було несподіваним соціальним явищем і для інших учасниць війни – величезною була хвиля знедолених втікачів з прикордонних районів імперії – Галичини, Буковини, Боснії, Істрії, Далмації, Хорватії [3, 5].

Переміщення населення у тиллові губернії проходило в два етапи. На *першому етапі*, який тривав протягом літа – початку осені 1915 р., основним способом евакуації цивільного населення були *сучкові перевезення*. На шляху руху населення з Правобережжя у центральні та східні губернії України постала значна водна перешкода – Дніпро, через яку вони переправлялися головним чином біля Канева, рухаючись далі на північний схід на Чернігівщину і південний схід на Катеринославщину. З Полісся біженці евакуювалися, рухаючись вниз тією ж річкою «на баркасах і човнах». Частина їх переправлялася в районі Черкас і Кременчука. На шляхах знедолених були влаштовані пункти харчування та надання першої медичної допомоги, так звані, «лікарсько-харчові пункти». Вони були розміщені при земських лікарнях, школах, казармах і навіть, як це було в Охтирському повіті Харківської губернії, в переобладнаних млинах. Люди отримували безкоштовно гарячу їжу, дітям давали молоко, білий хліб, забезпечувались в дорогу «сухим пайком»

та фуражем для худоби. Деякі пункти були обладнані кузнями, де була змога підкувати коней, полагодити підводи [3].

З початку вересня 1915 р. і до зими того ж року тривав другий етап евакуації. У цей час людей вивозили до тилових районів переважно залізницями, «маршрутними потягами» з прямою доставкою до пункту призначення. Для організації перевезень біженців територією Харківської, Полтавської, частини Київської, Катеринославської, Курської, Воронежської губерній було створено «Харківський порайонний комітет з регулювання перевезень масових вантажів та населення на залізницях». До його складу увійшли представники Південної, Південно-Східної та Південно-Донецької залізниць, місцевої адміністрації, ВЗС та чиновники царського уряду. Одним із потужних залізничних вузлів з численними під'їзними розв'язками був Харків [3, 5].

Першим офіційним переписом евакуйованих у Російській імперії, станом на 20 грудня 1915 р., було зафіксовано – 2 706 309 осіб. Значне навантаження, щодо їх чисельності, лягло на українські губернії, з яких Катеринославська, де знайшли притулок 227 942 осіб, посіла перше місце серед 45 регіонів імперії. Харківщина за кількістю розміщених біженців була другою серед них і п'ятою серед решти місцевостей імперії. На листопад 1916 р. у дев'яти українських областях перебувало 21 % від загальної кількості, решта були розселені у 55 губерніях, Туркестані, Фінляндії та 12 областях Російської імперії. За етнічним складом протягом війни серед евакуйованих в Україні притулок знайшли росіяни, українці, білоруси, поляки, латиші, євреї, чехи, словаки, молдавани, румуни та ін. (представники понад 20 національностей) [6].

Наступна хвиля біженців була спровокована *Другою світовою війною (1939–1945)*, коли на європейських теренах їх перебувало понад 1 млн. Війна стала ще більшою катастрофою світового масштабу. Її початок у вересні 1939-го знов спричинив забуте з часів попередньої світової демографічне явище – натовпи біженців рухалися з заходу на схід, на територію сучасної України. В обох випадках то були переважно етнічні українці. Вони тікали до СРСР від обстрілів, від лінії фронту, що насувалася в надії на краще життя. Кидали свої будинки, майно, залишали близьких чи бігли разом із ними, але переважно опинялись у концтаборах [7].

Вже наприкінці 1939 року близько двох мільйонів громадян окупованої нацистською Німеччиною Польщі стали «біженцями і переміщеними особами» (здебільшого це були поляки, яких виганяли зі «спокоєвічно німецьких земель»). З окупованих радянських територій також виселяли людей. Кількість таких переселенців сягала 1,5 мільйони, багатьох з них примусом спрямовували вглиб СРСР. В перші тижні бойових дій перетнути кордон було дуже легко, адже радянські війська, розділивши з німецькою армією Польщу за «пактом», ще не встигли взяти під повний контроль загарбану територію. Радянська влада таких українців з Європи спочатку планувала повернути назад, до країн їхнього попереднього проживання. Потім НКВС наказали, щоб біженців «затримували як перебіжчиків, допитували персонально кожного і далі відправляли до таборів». За нелегальний перетин кордону Карний кодекс УРСР (стаття 80) передбачав позбавлення волі терміном від 1 до 3 років. Цим людям давали максимальне покарання і кидали до таборів ГУЛАГ, частина їх померла від голоду чи хвороб ще у фільтраційних таборах [7, 8].

Минув майже рік війни, а потік змушених залишати рідні місця із заходу на схід не зменшився. В першій половині 1940-го року прикордонники затримали 12 981 осіб з колишньої Польщі, Угорщини та Румунії. За той же період спіймали 3 886 людей, які намагалися повернутися з «радянського раю» додому [7].

Війна принесла незліченні втрати й неймовірні бідуювання українському народу, кожній сім'ї. Згубні прорахунки керівництва чи не найбільше відчула держава, яка однією з перших республік опинилася на шляху гітлерівських загарбників. Протягом 40 місяців – від 22 червня 1941 до кінця жовтня 1944 року Україна була найважливішим центром воєнних дій.

Бойові дії та окупація призвели до різкого зменшення чисельності населення, значних змін у його статевому, віковому, національному та професійному складі. Демографічні перетворення на початковому етапі війни сталися внаслідок взаємодії цілого комплексу чинників, у тому числі – евакуації у тиллові регіони СРСР на початковому етапі війни. Менш ніж через два роки, з УРСР проводилася небачена досі евакуація. Безпрецедентним стало і переміщення населення – углиб Союзу вимушено виїхало близько 26 мільйонів осіб. Організація переселення була вкрай поганою. Основне навантаження припало на залізничний транспорт. Катастрофічно бракувало локомотивів і вагонів. На залізниці панував хаос. Звичний шлях у декілька днів тривав тижні. Не вистачало води, харчів, медичної допомоги – багато переселених помирало. Навіть тепер важко порахувати загиблих під час цього «шляху смерті», достовірного обліку ніхто не вів.

Після війни виникла гостра потреба у створенні спеціальних міжнародних структур, покликаних захищати біженців. У зв'язку з цим, у 1946 р. під егідою ООН, було утворено Міжнародну організацію у справах біженців (International Refugee Organization, IRO), а з 1951 р. – Управління Верховного комісара ООН (УВКБ ООН), відділення якого нині діють у 119 державах світу. «Конвенція» про їх статус (1951 р.) та аналогічний «Протокол» (1967 р.) є і тепер відправними нормативними актами для держав, які стикаються з такою проблемою. Від дня свого заснування УВКБ ООН допомогло близько 50 млн. втікачам, отримавши як нагороду за свою подвижницьку діяльність дві Нобелівські премії миру [10].

На початку третього тисячоліття міжнародне співтовариство не змогло подолати проблему появи біженців. Нині статус вигнанця можна отримати, наразившись на етнічні та релігійні чистки, ставши жертвою насильницького переселення або регіональних конфліктів. Діяльність в Україні на запрошення уряду Представництва ВКБ ООН з 1994 р., прийняття Верховною Радою у 2001 р. «Закону про біженців», приєднання країни у січні 2002 р. до «Конвенції ООН про статус біженців» засвідчують бажання держави інтегруватися у світові процеси розв'язання цих проблем.

З початку *російсько-української війни 2022 року*, питання біженців є одним з найгостріших. Станом на кінець 2022 року, їх кількість складала 5,3–6,2 млн. осіб. Фахівці виокремили *чотири* групи біженців, які опинилися за кордоном. Перша група (15 % від усіх біженців) – це «люди із зони бойових дій»: українці, які були вимушені покинути свої домівки через активні бойові дії або окупацію їхніх регіонів. В цій групі, порівняно з іншими групами, переважають жінки віком 25-49 років, які виїжджали за кордон з дітьми

і проживали у Польщі. Вони також частіше за представників інших груп працюють за наймом повний чи неповний робочий день або шукають роботу. Представники цієї групи менш впевнені щодо повернення в Україну: лише 13,8 % точно планують повернутись до України порівняно з 26,2 % серед усіх біженців. Їхні рішення щодо повернення в Україну залежатиме від створених умов для цього. Друга група (30 % від усіх біженців) це «самозабезпечені»: вони найрідше отримують допомогу від країни перебування і більш схильні самостійно оплачувати оренду свого житла. Представники цієї групи найбільш схильні працювати як дистанційно на українську компанію (16,6 % серед цієї групи порівняно з 10 % серед усіх біженців), так і повний робочий день на роботі в країні перебування (30 % порівняно з 24,1 % серед усіх). Також вони більш схильні планувати повернення в Україну: 45,1 % точно планують повернутися (порівняно з 26,2 % серед усіх біженців). Якщо брати до уваги і тих, хто точно планує, і тих хто скоріше планує, то таких у цій групі 64,3 % (порівняно з 52,4 % серед усіх біженців). Представники цієї групи також є найбільш готовими повернутися до України навіть до закінчення війни – 54,2 % порівняно з 38,7 % серед усіх. *Третя група* (28 % від усіх біженців) – це «люди старшого віку» (50+ років), більшість з яких не має вищої освіти. Порівняно з іншими групами вони дещо рідше отримують соціальні виплати. а ті, хто й отримує, мають недостатньо навіть для базових потреб. Також вони є більш пов'язаними з Україною, ніж представники інших груп. Четверта група (27 % від усіх біженців) – люди «в процесі інтеграції». Це українці, які перебувають у процесі активної інтеграції у країні перебування. Вони, наприклад, частіше за інші групи відвідують мовні або інші короткострокові курси та досі не працюють. Щедрі соціальні виплати дозволяють людям у цій групі сконцентруватися на навчанні: більшість (67,3 %) із них забезпечені житлом від держави (порівняно з 37,8 % серед усіх біженців), 82,8 % отримують соціальні виплати (порівняно з 39,5 % серед усіх біженців), а 85,2 % відвідують мовні курси (порівняно з 35,9 % серед усіх). Багато осіб у цій групі (40 %) проживають у Німеччині (порівняно з 17,7 % серед усіх біженців), яка відома своїми щедрих виплатами. Українці в цій групі менше пов'язані з батьківщиною: лише 35,9 % із них відвідували Україну за час перебування (порівняно з 46,4 % серед усіх біженців). Тож вони менш схильні до повернення.

На основі опитування, проведеного Info Sapiens у грудні 2023 – січні 2024, група спеціалістів спробувала з'ясувати, що заважає біженцям повернутися в Україну. Отримані припущення вони виокремили у такі категорії: погіршення економічної та безпекової ситуації та високий рівень невизначеності, зруйноване/пошкоджене житло (немає куди повертатися), економічні мотиви (вищий рівень доходу в поточній країні перебування), асиміляція в країні перебування і бажання жити за кордоном. За розрахунками цієї групи дослідників, за межами України за різними сценаріями можуть залишитися від 1,4 млн до 2,3 млн українців. Неповорнення українців матиме суттєвий вплив на українську економіку, яка може втратити від 3,9 % до 6,3 % свого ВВП щороку [13, 6–7].

Більшість біженців прибула в країні ЄС протягом першого півріччя 2022 р. У березні 2022 р. виїхало приблизно 44 % українців, які перебувають там і нині, у квітні – червні – 24 %, у липні – вересні – 12 %. За даними ООН,

а лютий 2023 року, з початку повномасштабного вторгнення, з держави виїхало близько 8 млн. людей і 146 000 іноземних студентів покинули її. Більшість вирушили до Польщі, решта – до Словаччини, Угорщини, Румунії та інших країн. Це стало найбільшою міграційною кризою в Європі з часів Другої світової війни. Станом на кінець червня 2023 року за межами через війну перебуває 5,6–6,7 млн. українців. Це стало наслідком ударів по енергосистемі держави взимку 2022–2023 років, посилення ракетних атак у травні на міста, а також підриву Каховської ГЕС. Переважна більшість біженців – це жінки (найбільшою є частка жінок у віці 35-49 років – 18 %) і діти. За даними Євростату станом на травень 2024 року найбільше співвітчизників отримали тимчасовий захист у таких країнах: в Німеччині (1 301 790; 30,9 % від загальної кількості); Польщі (955 520; 22,7 %); та Чехії (364 375; 8,7 %) [14].

Люди вимушені жити за кордоном, але є плани реєвакуюватися. За оцінками Міжнародної організації з міграції (МОМ), (85 %) із зарубіжжя повернулося 1,2 млн. осіб, з них 88 % – жінки. Найбільше серед цього людського потоку – киян (19 %), з Дніпропетровщини – 13 %, Одещини – 11 % і Харківщини – 9 %.

*Висновки.* Оже періоди воєн завжди супроводжуються низкою серйозних проблем для населення і залишаються складним випробуванням для мільйонів громадян і особливо для жінок, дітей і людей літнього віку, змушених залишити рідні місця, Батьківщину. Багато разів в історії наша країна була транзитною територією для пересування кількомільйонного людського потоку. Впадає в око зміна вектору спрямованості біженців. Якщо у ХХ столітті переважав східний напрям (оскільки небезпека була пов'язана з Німеччиною), то на початку ХХІ ст., внаслідок російської агресії, певна частина населення східних регіонів знайшла тимчасовий притулок рухаючись на захід України, в тамтешніх містах і селах, а інша, шукала порятунку і прихистку у європейських країнах. Більшість біженців, незалежно від національності, віросповідання, соціального статусу, мали змогу отримати допомогу і підтримку з боку державних та місцевих органів влади, благодійних, громадських та етнічних спілок. Нинішня «російсько-українська війна» ще триває, має кризові наслідки в міграційному процесі. Варіанти демографічних збоїв, що їх пройдуть українці, будуть проаналізовані згодом, у наступному дослідженні.

#### **Література:**

1. Біженець // Політологічний енциклопедичний словник / уклад.: [Л. М. Герасіна, В. Л. Погрібна, І. О. Полішук та ін.]; за ред. М. П. Требіна. Х. : Право, 2015. 816 с. ISBN 978-966-458-848-2.

2. Задорожній О. Біженці // Політична енциклопедія / редкол.: Ю. Левенець (голова), Ю. Шаповал (заст. голови). К. : Парламентське видавництво, 2011. С. 62. ISBN 978-966-611-818-2.

3. Жванко Л.М. Біженство Першої світової війни в Україні: Документи і матеріали (1914–1918 рр.): монографія/ Л.М. Жванко; Харк. нац. акад. міськ. госп-ва. Х.: ХНАМГ, 2010. 360 с.

4. Тиндик Н.П. Біженці: невід'ємний елемент сучасного світового міграційного процесу : монографія / Н. П. Тиндик. Львів, 2007. 608 с. ISBN 966-96485-2-1.

5. Сердюк О.В. Біженство в Україні під час Першої світової війни // *Проблеми історії України XIX – початок XX ст.* Вип. 4. К.: Інститут історії України НАН України, 2002. С. 111–132.

6. Жванко Л.М. Іноземні біженці Першої світової війни в Україні // *Київська старовина*. 2005. № 3. С. 77–93.

7. Реєнт О. Друга світова війна та Україна: політичні, соціально-економічні й демографічні наслідки // *Українсько-македонський науковий збірник*. 2011. Вип. 5. С. 33–39.

**АНАТОЛІЙ ЯКОВИЧ ЦИГАНЕНКО –  
МІКРОБІОЛОГ, НАСТАВНИК, КЕРІВНИК  
(ДО 95-РІЧЧЯ ВІД ДНЯ НАРОДЖЕННЯ)**

**Григоров М.М., Григоров С.М., Григорова А.О., Григоров М.С.**  
*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Цього року виповнилося 95 років від дня народження Циганенка Анатолія Яковича (25.06.1929–29.11.2012) – доктора медичних наук, професора, завідувача кафедри мікробіології, вірусології та імунології ім. проф. Д.П. Гриньова ХНМУ (1971–2012), ректора ХМІ, ХДМУ (1986–2005), дійсного члена АН вищої школи України (1995), заслуженого працівника вищої школи УРСР (1979), кавалера орденів: «Знак пошани», «За Заслуги» III, II, I ступенів, Почесної відзнаки Президента України, орденів: «За розвиток науки і освіти», «За трудові досягнення IV ступеня», Великої командорської медалі ім. Альберта Швейцера та іншими медалями та відзнаками.

А.Я. Циганенко народився 25 червня 1929 року в маленькому українському селі Кочубеївка Чутівського району Полтавської області в сім'ї залізничників. Коли Анатолію було лише 4 роки, померла його мати. Можливо саме ця трагічна подія вплинула на майбутнього вченого та керівника ВУЗу в тому, що він був особливо чуйним до людських проблем, а також був зразковим чоловіком, батьком, дідусем, прадідусем.

Буремні роки Великої Вітчизняної війни (1941–1945) та складні часи післявоєнної відбудови країни суттєво вплинули на формування життєвої позиції Анатолія Яковича, коли він був юнаком і мав багато планів на майбутнє.

У родині сподівалися, що син поповнить сімейну династію і стане залізничником, але Анатолій обрав медицину і в 1948 році після закінчення середньої школи № 3 м. Миргорода Полтавської області вступив на перший курс санітарно-гігієнічного факультету Харківського медичного інституту (ХМІ), з яким пов'язано все подальше його життя – навчання становлення і розвиток його як особистості.

Після закінчення з відзнакою інституту в 1954 році, Анатолій Якович поступив до аспірантури на кафедрі мікробіології. Будучи учнем члена-кореспондента АМН СРСР, професора Василя Степановича Деркача, під його керівництвом виконав і захистив дисертацію кандидата медичних наук. З 1956 року він асистент, з 1959 – доцент, з 1971 – завідувач кафедрою мікробіології, вірусології ХМІ.

Галузь наукових інтересів професора А.Я. Циганенка – дослідження субклітинних і молекулярних механізмів дії антибіотиків, вивчення механізмів вироблення мікроорганізмами антибіотикорезистентності, розробка раціональних схем антибактеріальної терапії, питання імуномодуючої дії та хіміотерапії експериментальних пухлин [1].

А.Я. Циганенко був провідним спеціалістом у галузі створення лікарських препаратів на основі штучних ліпідних везикул – ліпосом. Він першим з вітчизняних мікробіологів розкрив глибокі біохімічні механізми впливу антибіотиків на фагоцити, висловив важливу думку про прямий зв'язок між зміною активності ферментів лейкоцитів і зміною проникаючої здатності мембран ліпосом під впливом антибіотиків. Під його керівництвом уперше отримано ліпосомальні форми антибіотиків рифампіцину, гентаміцину, тетрацикліну, віброміцину, а також анатоксину синегнійної палички. Розроблено оригінальні методи їх кріоконсервації та тривалого зберігання. Установлено високу терапевтичну ефективність ліпосомальних антибіотиків як в експерименті, так і при лікуванні численних захворювань. Знайдено виражені радіопротективні властивості інтактних ліпосом і захисні властивості ліпосомального анатоксину [1].

А.Я. Циганенко створив свою школу мікробіологів. Під його керівництвом виконано 3 докторських та 25 кандидатських дисертацій. Він був автором 625 наукових робіт, з них 38 монографій, 7 підручників, 36 навчальних посібників, 30 методичних рекомендацій. На ім'я вченого зареєстровано 40 авторських свідоцтв та патентів. Результати досліджень були оприлюднені і одержали позитивну оцінку на 98 міжнародних і вітчизняних конгресах, з'їздах, симпозіумах, конференціях [1]. Його наукові дослідження впроваджено в практичну медицину України та інших країн. Анатолій Якович був обраним дійсним членом Академії наук вищої школи України, Української академії наук (1993), Міжнародної академії комп'ютерних наук і систем (1993), почесним академіком Української медичної стоматологічної академії (1995), Нью-Йоркської академії наук (1996), почесним членом Польської академії медицини (1998), академіком Всесвітньої академії медицини ім. Альберта Швейцера (1999), лауреат Регіонального рейтингу «Харків'янин року» в номінації «Діяч науки, культури, мистецтва» (2002, 2003, 2004), Харків'янин ХХ століття (2002).

Великий організаторський талант і прогресивні ідеї щодо подальшого розвитку навчального процесу дозволили Анатолію Яковичу Циганенку протягом багатьох років плідно працювати на найвищих посадах в Alma Mater. З 1964 по 1986 р. він був проректором з навчальної роботи, з 1986 по 1994 р. – ректором Харківського медичного інституту, з 1994 по 2005 ректором Харківського державного медичного університету.

Як ректор Анатолій Якович доклав немало зусиль, щоб реорганізувати Харківський медичний інститут (ХМІ), який першим серед медичних вузів України в 1992 році було акредитовано за IV рівнем, у Харківський державний медичний університет (ХДМУ). Постановою Кабінету Міністрів України № 244 від 20 квітня 1994 року «Про вдосконалення мережі вищих навчальних закладів» на базі Харківського медичного інституту створено Харківський державний медичний університет.

А.Я. Циганенко весь свій досвід спрямовував на удосконалення навчального процесу, підготовку висококваліфікованих кадрів, вивчення і підтримку традицій медичних наукових шкіл, що природньо знайшло відображення в його роботах, присвячених ювілейним датам видатних вчених-медиків Харківщини. З його діяльністю на посаді ректора пов'язано використання прогресивних технологій навчання, активне впровадження новітніх методів наукових досліджень, застосування комп'ютерної техніки у навчальному процесі і науково-дослідній роботі, модернізації аудиторного фонду, обладнання його сучасною відео-та аудіо апаратурою, а також розширення матеріальної бази університету [2].

З ініціативи Анатолія Яковича вперше в Україні розпочато набір студентів для навчання англійською мовою.

З надзвичайною теплотою та увагою Анатолій Якович ставився до молоді університету, у свою чергу студенти відповідали йому взаємною щирою любов'ю та повагою. Понад 25 тисяч випускників університету різних років отримали дипломи з підписом ректора А.Я. Циганенка.

Важко належним чином оцінити організаторський талант Анатолія Яковича, його вміння тонко відчувати людську особистість і знаходити індивідуальний підхід до кожного.

Очолюючи вищий навчальний заклад А.Я. Циганенко добре знав співробітників ВУЗу, їх сильні та слабкі сторони, але він ніколи не ставив свою особистість над колективом, тому до нього як до наставника завжди зверталися з різними питаннями й були впевнені в його цінній пораді та допомозі.

Життєвий шлях А.Я. Циганенка – зразок людської гідності, працелюбності, відповідальності, добропорядності, вміння толерантно працювати з людьми.

Завершуючи коротку розповідь про видатного вченого-мікробіолога, наставника, вчителя, керівника, яскраву особистість і рідну нам людину Анатолія Яковича Циганенка ще раз згадаємо знаменитий його вислів: «Навчитися лікувати – ще не все. Головне навчитися любити людину». Цю тезу він впроваджував у життя особистим прикладом.

#### **Література:**

1. Вадим Болгов «Ректор третього тисячоліття» II випуск. Київ, 2003 р. С. 72–74.
2. Видатний український мікробіолог Анатолій Якович Циганенко: Каталог виставки, присвяченої 350-річчю міста Харкова, 200-річчю Харківського державного медичного університету 75 річчю від дня народження акад. А.Я. Циганенка / Харк. держ. наук. б-ка ім. В.Г. Короленка; Уклад.: Е.І. Романова, О.І. Крутас. – Х.2004.92с.
3. Лисенко О. Хресні шляхи: біженці, переміщені та внутрішньо переміщені особи в Україні у 1939–1940-ві роки / О. Лисенко // *Сторінки воєнної історії України*. 2021. Вип. 23. С. 174.
4. Солодько А. Аналіз політики інтеграції біженців та осіб, які потребують додаткового захисту / А. Солодько. К.: Центр дослідження суспільства, 2015. 37 с.
5. Буроменський М.В. Міжнародний і національний захист прав людини та права біженців / М.В. Буроменський, В.М. Стещенко, В.Г. Куць. Х., 2004. 198 с.

6. Левін Р.Л., Яценко Г.Ю. Сприйняття життєвих цінностей українцями та іншими європейцями в контексті проблем інтеграції українських біженців у ЄС. *Економіка України*. 2022. № 10. С. 51–60.

URL : <https://doi.org/10.15407/econo myukr.2022.10.051>

7. Рущенко І.П. Великий вихід українського народу (феномен переміщених осіб 2022 року). *Український соціум*. 2022. № 2 (81). С. 155–168. URL : <https://doi.org/10.15407/socium 2022.02.155>.

8. Михайлишина Д., Самойлюк М., Томіліна М., Мироненко О., Левченко Є. Українські біженці. Майбутнє за кордоном та плани на повернення : Аналітична записка. Центр економічної стратегії, 12 березня 2024 р. 104 с. URL : <https://ces.org.ua/wp-content/uploads/2024/03/ukra %D1 %97nski-bizhenczi.- %E2 %80 %8Bmajbutn %D1 %94-za-kordonom-ta-plani-na-povernennya.-treta-hvilya-doslidzhennya.pdf>

9. Дані Міністерства фінансів України. Половина біженців з України, які отримали тимчасовий захист в ЄС, мешкають в Німеччині та Польщі. 8 травня 2024 р. URL : <https://minfin.com.ua/ua/2024/05/08/126495838/>

**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ.  
ДО 45-РІЧЧЯ СТВОРЕННЯ КАФЕДРИ  
ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ.  
ВІД ДЖЕРЕЛ СТВОРЕННЯ**

**Томілін В.Г.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Історія кафедри ортопедичної стоматології Харківського національного медичного університету тісно пов'язана з історією Харківського університету, який був скасований у 1920 році, а його медичний факультет було об'єднано з Харківським жіночим медичним інститутом, та реформовано в Харківську державну медичну академію (ХДМА).

Через рік, у серпні 1921 року, було прийнято рішення про організацію в складі Харківської державної медичної академії одонтологічного факультету, хронологія якого бере початок з 30 вересня того ж року. Реорганізація розверталася стрімко, та вже 8 листопада 1921 року ХДМА була перейменована в Харківський державний медичний інститут (ХДМІ), до складу якого входило два факультети: медичний та одонтологічний (*рішення засідання Малої колегії «Укрголовпрофосвіти» (Українське головне управління професійної освіти), протокол № 146 від 8 листопада 1921 року*).

У тому ж році Харківська медична академія була перейменована в Харківський медичний інститут (ХМІ). Деканом стоматологічного факультету та одночасно завідувачем кафедри консервативної стоматології було затверджено професора Гофунга Юхима Михайловича [1], завідувачем пропедевтичного курсу було призначено професора Маслова Григорія Олексійовича [2, 3], завідувачем кафедри оперативного зуболікування з щелепною ортопедією (оперативної одонтології) професора Гайзенберга І.Г. [4], завідувачем кафедри приватної хірургії голови та обличчя професора Фабриканта Мойсей Борисовича [5, 6], завідувачем кафедри

протезного зуболікування з ортодонтією професора Баранова Йосипа Ароновича [7, 8], який керував кафедрою протезного зуболікування до кінця свого життя (1927). Професор Гофунг Ю.М. згадував: «Проф. Й.А. Баранов протягом 5 років вів кафедру протезного зуболікування і сумлінно та з любов'ю викладав цю основну дисципліну нашим студентам». Й.А. Баранов також брав активну участь у стоматологічному житті міста Харкова: він був одним із найстаріших членів Харківського зуболікарського товариства, довгий час обіймав посаду члена правління, ревізійної комісії та секретаря товариства.

В 1931 році, з ініціативи Гофунга Ю.М. одонтологічний факультет було перетворено на Харківський стоматологічний інститут (ХСІ).

У довоєнний період кафедрою протезного зуболікування з ортодонтією керували: з 1927 по 1934 рік – професор Б.Б. Брандсбург, з 1934 по 1938 рік – доцент П.Г. Вальтер, в період 1938–1939 роки – доцент А.К. Недергін, у період 1939–1940 – доцент А.Е. Рофе, 1940–1941 – професор Б.М. Бинін.

З початком війни із нацистською Німеччиною, в червні 1941 року Київський стоматологічний інститут був евакуйований спочатку до міста Харкова, і вже восени, разом із Харківським стоматологічним інститутом до міста Фрунзе (Бішкек), де тимчасово увійшов до складу Киргизького медичного інституту на правах стоматологічного факультету. Більшість співробітників кафедри надавали медичну допомогу в госпіталях та інших лікувальних закладах. У цей час об'єднаною кафедрою керував професор Дудкін Лев Наумович (1941–1944 рр.)

Визволення міста Харкова в серпні 1943 року дозволило інституту розпочати процес реєвакації, і вже в червні 1944 року співробітники інституту повертаються до Харкова. Матеріально-технічна база була залишена для створення стоматологічного факультету Киргизького медичного інституту, і лише завдяки енергійним зусиллям та наполегливості місцевих органів влади, науково-навчальний та лікувальний стоматологічний центр у Харкові було відтворено наново. У повоєнний період кафедру очолювали: доцент Д.С. Айзенберг (1944–1946, 1951–1953), доцент А.Е. Рофе (1946–1951), доцент Марей Михайло Романович (1953–1970).

В 1949 році Харківський стоматологічний інститут було реорганізовано в Харківський медичний стоматологічний інститут (ХМСІ). В 1954 році ХМСІ отримав статус Державного, та почав мати назву: Харківський державний медичний стоматологічний інститут (ХДМСІ). Слід зазначити, що постановою уряду СРСР стоматологічні інститути в той період були реорганізовані в стоматологічні факультети медичних ВНЗ, але Харківський (ХДМСІ) залишили самостійними медичним стоматологічним інститутом. З такою назвою він проіснував 13 років, до 1967 року, коли Харківський державний медичний стоматологічний інститут було переведено до Полтави (Постанова Ради Міністрів УРСР № 294 від 12 травня 1967 року і протокол МОЗ УРСР за № 263 від 18 травня 1967 р.) з повною зміною назви на: Полтавський медичний стоматологічний інститут.

В той час, в період з 1953 року по 1970 рік, кафедру ортопедичної стоматології Харківського державного медичного стоматологічного інституту очолював доцент Марей Михайло Романович. Народжений в січні 1903 року в місті Кролевець Сумської області, він у 18 років розпочав навчання на одонтологічному факультеті Київського медичного інституту, який закінчив

у 1925 році. 21 травня 1951 року він здобув науковий ступінь кандидата медичних наук. Важка праця завжди супроводжувала громадське та професійне життя Михайла Романовича. В 1967 році на його плечі випало ще одне важке життєве навантаження, виконання якого потребувало максимальної концентрації уваги, фізичної та нервової напруги. Було це пов'язане з переведенням ХДМСІ до міста Полтава. Характер Михайла Романовича гартувався роками, був зміцнений багаторічною активною працею, попри інвалідність (у 1922 році М.Р. Марей втратив праву ногу). Його загартований характер та міцна воля все ж таки дозволили йому гідно виконати постанову Ради Міністрів УРСР.

Не дарма люди кажуть, що «один переїзд коштує двох пожеж». Тоді гостро стояло питання збереження колективу. Не всі викладачі змогли прийняти таке рішення за різних причин, та як результат: 50 відсотків з них відмовилися переїжджати до Полтави. У такому масштабному промисловому та культурному місті, як Харків, почала відчуватися відсутність стоматологічного центру.

Настав час виправляти помилки, та в 1978 році було, нарешті, прийнято рішення про відкриття стоматологічного факультету при Харківському медичному інституті. (Наказ по ХМІ № 62 від 15 травня 1978 року: «На виконання постанови Ради міністрів СРСР від 5 листопада 1976 року № 916 «Про заходи щодо подальшого поліпшення стоматологічної допомоги населенню» та наказу Міністерства охорони здоров'я СРСР № 402 від 24 квітня 1978 року, ОРГАНІЗУВАТИ стоматологічний факультет з контингентом приймання на перший курс 150 осіб заміщення штатів новостворених і розширюваних кафедр в установленому порядку в межах затверджених інститутом чисельності професорсько-викладацького складу та фонду заробітної плати. Ректор інституту проф. В.Д. Черненко».

На посаду завідувача кафедри ортопедичної стоматології ХМІ була запрошена Григор'єва Лія Петрівна, випускниця ХМСІ 1950 року, після закінчення якого була клінічна ординатура, оскільки аспірантури в ті роки на стоматологічному факультеті не було. Доцент Рофе Авраам Езрович, який очолював кафедру ортопедичної стоматології в той час, дуже допоміг у виборі теми кандидатської дисертації та вишукував наукову літературу, вважаючи Лію Петрівну здібною до науки. У 1955 році клінічний ординатор Л.П. Григор'єва під його керівництвом успішно захистила кандидатську дисертацію за темою «Ортопедичні втручання при амфодонтозі у передній ділянці зубного ряду». Пропозицію очолити кафедру ортопедичної стоматології ХМІ Лія Петрівна відхилила внаслідок хвороби та довготривалої реабілітації після інфаркту її чоловіка, Максименко Павла Тихоновича, яке не дозволило здійснити це призначення. До речі, Павлу Тихоновичу в той же період, також було запропоновано очолити кафедру терапевтичної стоматології ХМІ.

Перший набір студентів на стоматологічний факультет пройшов влітку 1978 року. Початок викладання стоматологічних дисциплін на другому курсі стимулював створення профільних кафедр, у терміновому порядку, в грудні 1979 року створюються кафедри, серед яких (20 грудня 1979 року) була створена кафедра ортопедичної стоматології ХМІ. На посаду завідувача кафедри був запрошений кандидат медичних наук Леонід Якович Чорний, якому вчене звання доцента було присвоєно у 1980 році, що припало на першу річницю народження кафедри.

Леонід Якович Чорний народився в 1933 році у с. Братолюбівка Сланецького району Миколаївської області [9]. Після закінчення Київського медичного інституту працював у Кривоозерській ЦРЛ Миколаївської області на посаді лікаря стоматолога. З 1961 по 1979 рік, працював в Українському інституті удосконалення лікарів (УІУЛ) м. Харкова спочатку клінічним ординатором, потім викладачем кафедри ортопедичної стоматології.

У 1965 році Леонід Якович захистив дисертацію «Ортопедичні методи лікування в комплексній терапії пародонтозу», отримав диплом кандидата медичних наук. В 1966 році був призначений на посаду асистента кафедри ортопедичної стоматології УІУЛ (завідував кафедрою, на той час, заслужений винахідник УРСР, д. мед. наук, професор Нападов Михайло Абрамович).

Молодому завідувачу кафедри, виявляючи неабиякі здібності, довелося організувати навчальну, лікувальну та наукову роботу, формувати колектив кафедри. Перше завдання – добір штату, друге – забезпечити навчальний процес на новонародженій кафедрі: організація навчальних клінічних баз, складання текстів лекцій, методичних розробок практичних занять для викладачів, створення наочних посібників. Перша клінічна база була організована спільними зусиллями Чорного Леоніда Яковича та головного лікаря Харківської обласної стоматологічної поліклініки Яковлева Костянтина Володимировича.

Чорний Леонід Якович автор 53 наукових робіт, 1 навчального посібника, 5 методичних вказівок, 9 авторських свідоцтв на винахід, серед яких – «Спосіб шинування при пародонтозі тимчасовими незнімними шинами з самотвердіючих пластмас і його результати» (1961). Метод став найефективнішим і найпоширенішим як в нашій країні, так і за кордоном. Заслужують на увагу розробки з авторських винаходів «Спосіб виготовлення зубних протезів з акрилових пластмас і пристрій для його здійснення» (1982 рік) та Патент України «Спосіб виготовлення зубних протезів з акрилових пластмас і кювету для його здійснення» (1998 рік). Леонід Якович – лікар вищої категорії, мав статус «Діти війни», отримав нагороди: «Відмінник ДОСААФ» (1969 рік), знак «Винахідник СРСР» (1972 рік), медаль «Ветеран праці», медаль «50 років перемоги у Великій Вітчизняній війні 1941-1945 рр.»

Леонід Якович основну увагу приділяв організації навчального процесу. Весь період завідування кафедрою (1979–1996 рр.), Леонід Якович використовував свої надбані професійні навички під час ортопедичного лікування хворих із повною адентією повними знімними пластинковими протезами та захворюваннями СНЩС, які відрізняли його серед колег. Запропонований ним експрес-метод діагностики синдрому Костена (J.V. Costen; *American otolaryngologist* (1895–1962)) донині використовують фахівці в клінічній стоматології, а Леонід Якович заслужено здобув звання найкращого фахівця того часу.

Леонід Якович Чорний завідував кафедрою до вересня 1996 року, після чого продовжував працювати на посаді доцента кафедри, передаючи свій величезний досвід своїм співробітникам. Помер Леонід Якович Чорний 19 червня 2011 року в місті Харкові. Похований у смт Комсомольське, Зміївського району Харківської області.

#### **Література:**

1. Гофунг Юхим Михайлович / Ж. М. Перцева // Енциклопедія Сучасної України [Електронний ресурс] / Редкол.: І. М. Дзюба, А. І. Жуковський,

М. Г. Железняк [та ін.] ; НАН України, НТШ. – К. : Інститут енциклопедичних досліджень НАН України, 2006. – Режим доступу: <https://esu.com.ua/article-31627>

2. Рябоконт Є. М. Професор Григорій Олексійович Маслов – 150 років від дня народження. Короткий життєпис першого професора одонтології Харківського університету Г.А. Маслова. / Є. М. Рябоконт // Харків, 2012. <https://hero.knmu.edu.ua/items/b8c2bc80-9bd3-48d3-b4cb-c76c429e9aab>

3. Маслов Григорій Олексійович – професор одонтології, лікар Михайлівської лікарні. <https://ourbaku.com/index.php/>

4. <https://www.pdmu.edu.ua/fakultets/stomat/istoriya-stomatologichnogo-fakultetu>

5. Рибалов О. В. Професор Фабрикант Мойсей Борисович / О. В. Рибалов // Сучасна стоматологія та щелепно-лицева хірургія : матеріали міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої видатним щелепно-лицевим хірургам, стоматологам і співробітникам кафедри, що брали участь у Великій Вітчизняній війні 1941–1945 рр. – Київ, 2012. – С. 90–92. <https://repository.pdmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/e65d2eda-c0f3-4fe2-bac2-6ab6b34e6ac2c/content>

6. <https://hirstom.pdmu.edu.ua/common/history>

7. Українська наукова стоматологічна школа: історичні нариси. / За ред.: І.П. Мазур, О.В. Павленка, І.Л. Скрипник. – Кропивницький: Поліум, 2020. – 224 с. <https://emed.library.gov.ua/wp-content/uploads/tainacan-items/26427/36707/Ukrainska-naukova-stomatologichna-shkola.pdf>

8. Рябоконт Є. М. З історії видання стоматологічних журналів у м. Харкові. [https://www.provisor.com.ua/100matolog/archive/2008/4/rjabok\\_48.php](https://www.provisor.com.ua/100matolog/archive/2008/4/rjabok_48.php)

9. Циганенко А.Я. Вчені Харківського державного медичного університету / ВАТ «Видавництво «Харків», 2005. 470 с.

## **ПРОФЕСОР ЛЕВ МИКОЛАЙОВИЧ КАРПОВ (1926–2016) ЯК ІСТОРИК МЕДИЦИНИ**

***Васильєв К.К.***

*м. Одеса*

У 1984–1994 рр. я працював на кафедрі соціальної гігієни та організації охорони здоров'я Тернопільського медичного інституту (ТМІ; нині Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського). Тоді я дізнався, що на цій кафедрі у 1960-х роках доцентом був Л.М. Карпов; на кафедрі він підготував, а згодом захистив докторську дисертацію. І на час мого переїзду до Тернополя він був єдиним співробітником названої кафедри, який став доктором медичних наук, щоправда.

Лев Карпов народився у селі Усть-Борова (нині у складі міста Солікамська) 24 березня 1926 р. У 1945–1951 рр. він здобував вищу освіту на лікувальному факультеті Харківського медичного інституту (ХМІ; нині Харківський національний медичний університет). Його однокурсниками були: Б.Я. Задорожний (1923–1993), який був ректором ХМІ; академік НАН України В.І. Грищенко (1928–2011); академік НАН та НАМН України О.О. Корж (1924–2010) та інші.

У 1951–1954 рр. Лев Карпов – аспірант кафедри організації охорони здоров'я та історії медицини Ленінградського санітарно-гігієнічного медичного інституту. Завідувачем цієї кафедри був професор Борис Самойлович Сігал (1893–1983). Останній і визначив тему кандидатської дисертації свого аспіранта: «Виникнення земської санітарної організації та робота перших санітарних лікарів». У 1954 р. дисертацію аспіранта Карпова було надруковано на 268 аркушах і було опубліковано автореферат дисертації. Кандидатське дисертацію він успішно захистив у 1955 р.

Тим часом, створеному 1957 р. ТМІ, не вистачало викладацьких кадрів, та Л.М. Карпов погодився переїхати в далекий Тернопіль на посаду доцента кафедри організації охорони здоров'я та історії медицини, тим більше, що співробітникам інституту, що приїхали, надавалася квартира. На 1961–1971 рр. припадає тернопільський період його життя та діяльності.

До цього часу доцент Карпов вирішив продовжити роботу над історією діяльності земських санітарних лікарів, але при цьому піднявши верхню хронологічну межу свого дослідження до 1917 року. Заголовок докторської дисертації Л.М. Карпова – «Соціально-гігієнічна та організаційна діяльність земських санітарних лікарів (1872–1917)». Науковим консультантом його дисертації став професор Олександр Абрамович Грандо (1919–2004). Останній, треба вважати, залучив гігієніста, член-кореспондента АМН СРСР Дениса Миколайовича Калюжного (1900–1976) як одного з наукових консультантів дисертації доцента Карпова

У 1972 р. дисертацію було викладено Л.М. Карповим на 392 аркушах машинописного тексту; окремих том на 109 аркушах – додаток. Автореферат дисертації опубліковано наступного року (Київ, 1973. 24 с.). 26 лютого 1973 р. у Київському інституті удосконалення лікарів (нині Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика) відбувся успішний захист дисертації, а 13 серпня 1974 р. її було затверджено ВАКом. Офіційними опонентами були професори: К.Ф. ДуPLENKO (1899-1990), П.Ю. Заблудовський (1894–1993) та Ю.І. Кундієв (1927–2017). Перші два як історики медицини, а останній як гігієніст.

Завдяки доц. Карпову у ТМІ активізувалася діяльність з історії медицини. У жовтні 1961 р. було проведено Першу загальноінститутську історико-медичну конференцію, а 11 квітня 1963 р. – другу (Карпов Л.Н. Историко-медицинская работа в Тернопольском медицинском институте). У грудні 1967 р. обласне наукове історико-медичне товариство провело Тернопільську обласну історико-медичну конференцію. Тези доповідей було видано (Тернопіль, 1967. 36 с.).

Л.М. Карпов представляв повідомлення на науково-практичній конференції, присвяченій 225-річчю від дня народження Данила Самойловича (19–21 червня 1969 р., Миколаїв) та на V Українській історико-медичній конференції (18–19 березня 1970 р., Одеса), які провів тодішній голова Українського історико-медичного товариства К.Г. Васильєв (1919–2015). Я не знаю, чи вдалось особисто доц. Карпову взяти участь у цих форумах, а його тези були опубліковані: «Земська медицина у боротьбі з чумою» (1969) та «З історії розвитку суспільної медицини» (1970).

У 1971 р. Л.М. Карпов отримав запрошення повернутися, щоб організувати та очолити кафедру організації лікарсько-трудової експертизи та

працевлаштування інвалідів у Ленінградському інституті удосконалення лікарів-експертів. У 1971–1993 р. проф. Карпов був завідувачем названої кафедри, а 1994–2000 рр. – працював на посаді професора кафедри. 16 червня 2016 р. Лев Миколайович Карпов помер.

Отже, кандидатська дисертація Л.М. Карпова була присвячена історії виникнення санітарної організації у земствах та діяльності перших земських санітарних лікарів. У 1964 р. доц. Карпов видав монографію «Земская санитарная организация» (Л.: Медицина, 1964. 123 с.). За тематикою та хронологічно вона відповідає його кандидатській дисертації. У рецензії на видання цієї монографії було зазначено, що книгу слід було б назвати «Зародження земської санітарної організації», оскільки основне місце в ній займає опис періоду з 1871 по 1880 рр., а це був час, коли земська санітарна організація тільки зароджувалася. Розвиток та становлення організації у 1881–1890 рр. висвітлено значно слабше, а наступні два з половиною десятиліття (1890–1917) не торкнулися абсолютно (П.Т. Петров // СЗ. 1966. № 10. С. 92).

Після захисту кандидатської дисертації Л.М. Карпов ще не визначився із тематикою своєї докторської дисертації. Це з того, що з-під його пера виходять такі статті: «Л.Л. Гіршман – основоположник офтальмології у м. Харкові» (Офтальмологический журнал. 1956. № 5. С. 312–315) та «Внесок С.П. Крашенинникова у вивчення медицини Сибіру (Врачебное дело. 1957. № 1. Стб. 95–98). Проте, у 1960-х роках, коли Л.М. Карпов працював у Тернополі, вже за його публікаціями чітко видно, що він зосередив свою увагу на дослідженні земської санітарної організації. Наведемо деякі його статті: «Перші земські санітарні лікарі-організатори охорони здоров'я» (СЗ. 1964. № 5. С. 65–68); «Веніамін Осипович Португалов (1835–1896)» (СЗ. 1968. № 1. С. 80–83).

Під час другого ленінградського періоду життя та діяльності проф. Карпов не мав можливості багато приділяти уваги історії медицини, оскільки основний час забирала його спеціальність, як завідувача кафедри організації медико-соціальної експертизи, але він бере участь у історико-медичних форумах. Пригадую його, як учасника Всесоюзного історико-медичного з'їзду в Кобулеті (1986). Якось у перервах між засіданнями з'їзду, проф. К.Г. Васильєв заговорив із якоюсь невідомою мені людиною, а потім представив йому мене, сказавши, що я асистент на кафедрі соціальної гігієни та організації охорони здоров'я у Тернополі, де він свого часу працював. То був проф. Карпов.

Можливо, останньою роботою з історії медицини Л.М. Карпова була його стаття, написана у співавторстві: «Медико-соціальна експертиза за 80 років» (Медико-соціальна експертиза та реабілітація інвалідів).

Таким чином, в основному праці Льва Миколайовича Карпова як історика медицини були присвячені історії земської санітарної організації.

## ТВОРЦІ КАФЕДРИ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ, ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я ДНІПРОВСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ: УЧОРА, СЬОГОДНІ, ЗАВТРА

**Зайцев В.В., Кисленко Д.М.**

*Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро*

*Актуальність.* Столітній ювілей кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я – це подія для Дніпровського державного медичного університету у 2024/2025 начальному році. Протягом цього часу, кафедра підготувала багато лікарів, зробила значний внесок у соціальну медицину та успішно продовжує свою науково-педагогічну діяльність. Питанню становлення та розвитку кафедри призначена наступна робота.

*Матеріали та методи.* Виконано аналіз наукових публікацій, документів та інших джерел, пов'язаних із життям кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Дніпровського державного медичного університету.

*Результати досліджень.* Першим її завідувачем був професор Михайло Варфоломійович Донич (1878–1951 рр.) – у 1922–1924 та 1932–1941 рр., одночасно він читав курси з професійної та шкільної гігієни, гігієни харчування та керував санітарно-гігієнічним відділом у Дніпропетровському санітарно-бактеріологічному інституті. Він самостійно склав перші навчальні плани і програми для курсу соціальної гігієни. Інтегрував основи санітарної статистики у навчальний процес [1].

У 1927–1928 роках керівником кафедрою став Лев Васильович Громашевський – епідеміолог, академік (1887–1980 рр.). Був новатором у програмі викладання предмету, організаційній діяльності. Підготував багато науково-педагогічних кадрів. Його наукова діяльність у галузі соціальної гігієни, епідеміології [2].

З 1924 по 1929 рік та з 1934 по 1952 рік кафедру очолював професор Соломон Соломонович Каган (1894–1965 рр.), який одночасно був ректором Дніпропетровського медичного інституту (ДМІ). С.С. Каган у 1923–1929 рр. очолював кафедру соціальної гігієни у Київському медичному інституті. В кінці 1925 року С.С. Кагана був призначений керівником охорони здоров'я на Київщині. У лютому 1926 року його за конкурсом обирають професором Київського медичного інституту по кафедрі соціальної гігієни. В кінці 1926 року С.С. Каган виїжджає у наукове відрядження до Німеччини, де за 4 місяці закінчує спеціальні курси при Соціальної-гігієнічній академії у м. Шарлоттенбурзі. На початку 1920-х років у вищій медичній школі України з кафедри загальної гігієни виділилися дві кафедри – соціальна гігієна та гігієна праці. У 1932 році результати педагогічної діяльності професора С.С. Кагана були викладені у підручнику «Нариси з теорії соціальної гігієни». У 1932–1934 рр. – він завідувач кафедри соціальної гігієни Харківського санітарно-гігієнічного інституту. Крім того, з 1933 року С.С. Каган директор Всеукраїнського інституту соціалістичної охорони здоров'я. У 1935 році він

здобув вчену ступінь доктора медичних наук без захисту дисертації. Наукова і літературна діяльність С.С. Кагана налічує понад 200 праць, які присвячені питанням соціальної медицини, санітарної статистики [3].

Наступним завідувачем кафедри був Шкляр Борис Мойсейович – доктор медичних наук, професор, наукові інтереси якого полягали у галузі соціальної гігієни та історії медицини. У 1940 році Шкляр Б.М. захистив докторську дисертацію та отримав звання професора. З 1940 по 1957 рік керував кафедрою організації охорони здоров'я та історії медицини, Шкляр Б.М. очолював медичний факультет, а з 1946 по 1957 рік керував санітарно-гігієнічним факультетом ДМІ [4].

Після другої світової війни 32 роки керівником кафедри була видатний вчений – соціалгігієніст Галина Федорівна Ємельянова (1921–2003 рр.), професор, доктор медичних наук. Вона зосередила свою увагу на вирішенні проблем соціально-економічного характеру, пов'язаних із травматизмом та на наданні медичної допомоги робітникам галузей промисловості Дніпропетровщини. Під її керівництвом було захищено 4 докторські і 36 кандидатських дисертацій.

Наприкінці двадцятого століття виникають нові напрями діяльності кафедри – організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини та розвиток спеціалізованої медичної допомоги на основі регіоналізації, що започаткували дослідження професорів кафедри Валерії Микитівни Лехан та Івана Олександровича Логвиненко (1940–1995 рр.)

З 1996 року кафедру соціальної гігієни та організації охорони здоров'я очолює професор, доктор медичних наук В.М. Лехан – гарант освітньо-наукової програми третього освітньо-наукового рівня зі спеціальності «Громадське здоров'я», член вченої ради з присудження ступеня доктора наук при Харківському національному медичному університеті, член редакційних колегій шести наукових журналів: «Медичні перспективи», «Україна. Здоров'я нації», «Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України», «Українські медичні вісті» та інших [5, 6].

З 2020 року кафедру по теперішній час кафедру очолює доктор медичних наук, професор Крячкова Лілія Вікторівна, член редакційних колегій журналів «Клінічна та профілактична медицина», «BMJ Open», «Медичні перспективи», «Galician Medical Journal» [7]. У 2005 році захистила кандидатську дисертацію на тему «Наукове обґрунтування шляхів оптимізації розподілу обсягів медичних послуг між рівнями медичної допомоги» (спеціальність 14.02.03 – соціальна медицина; науковий керівник – професор Лехан В.М.), а у 2015 році – докторську дисертацію на тему: «Медико-соціальне обґрунтування системи забезпечення чутливості охорони здоров'я до очікувань населення» (спеціальність 14.02.03 – соціальна медицина; науковий консультант – професор Лехан В.М.).

Вчене звання доцента кафедри отримала у 2007 році, звання професора кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я – у 2020 році. Коли вона працювала на посаді професора нею було створено авторський курс, нині затверджений у Дніпровському державному медичному університеті (ДДМУ) веб-ресурс для дистанційного навчання та інформаційного забезпечення навчальної програми з дисципліни

«Біостатистика» для підготовки докторів філософії з різних спеціальностей на III освітньо-науковому рівні на освітній платформі Moodle університету, що вміщує методичні матеріали, лекції, тести, завдання з обробки реальної бази даних результатів наукового дослідження. Професор Крячкова Л.В. є гарантом освітньо-професійної програми зі спеціальності 229 «Громадське здоров'я» на першому (бакалаврському) рівні вищої освіти, експертом Національного агентства із забезпечення якості вищої освіти з акредитації освітніх програм з числа науково-педагогічних та наукових працівників за спеціальностями 229 «Громадське здоров'я» та 222 «Медицина».

Слід зазначити, що за час існування кафедри було видано 7 підручників, понад 25 навчальних посібників, близько 40 монографій, захищено 40 докторських та 47 кандидатських дисертацій.

Висновки. Незважаючи на зміни назви, колективу, місця розташування, основним напрямком діяльності кафедра є зміцнення громадського здоров'я та розбудови національної системи охорони здоров'я України.

### **Література:**

1. Васильєв К. К. До біографії гігієніста професора Михайла Варфоломійовича Донича (1873–1951). Дні науки : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., квіт. 2005 р. С. 49–50.

2. Зайцев В. В., Дрогозов С. С., Петросян А. В. Академік Лев Васильович Громашевський – один із засновників кафедри епідеміології та завідувачка кафедри соціальної гігієни в Дніпропетровському медичному інституті. Новини перспективи медичної науки : зб. мат. XXIV конф. студ. та мол. уч. Дніпро, 2024. С. 126.  
[https://drive.google.com/file/d/1\\_YNEGXEftEnwKsDgjCz\\_O708GGLT5-n/view](https://drive.google.com/file/d/1_YNEGXEftEnwKsDgjCz_O708GGLT5-n/view)

3. Зайцев В. В., Дрогозов С. С., Петросян А. В. Професор Каган Соломон Соломонович та його здобутки у покращенні громадського здоров'я. Новини і перспективи медичної науки : зб. мат. XXIV конф. студ. та мол. уч. Дніпро, 2024. С. 126–127.  
[https://drive.google.com/file/d/1\\_YN-EGXEftEnwKsDgjCz\\_O708GGLT5-n/view](https://drive.google.com/file/d/1_YN-EGXEftEnwKsDgjCz_O708GGLT5-n/view)

4. Зайцев В. В., Макаров Д. С. До 130-річчя зі дня народження професора Б. М. Шкляра. Новини і перспективи медичної науки : зб. мат. XXI конф. студ. Тамол. уч. Дніпро, 2021. С. 83. URL:  
<https://drive.google.com/file/d/1attk8qlH3nfVqusHUNyb8VfKBwdPvIaM/view>

5. Зайцев В. В., Семенова Л. С. Професор Галина Федорівна Ємельяновата її здобутки в покращенні громадського здоров'я. Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України : збірка тез доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю до 140-річчя з дня народження О. М. Марзеєва (дев'ятнадцяті марзеєвські читання). Випуск 23. Київ, 19 жовтня 2023 р. С. 8-9.

6. Лехан В. М., Борвінко Е. В., Кутузов І. М., Заярський М. І. Галина Федорівна Ємельянова – видатний соціал-гігієніст і організатор охорони здоров'я (до 90-річчя від дня народження). Здоров'я нації. 2011. № 4 (20). С. 182–184.

7. Професори Дніпропетровської медичної академії 1916–2019 рр. Біобібліографічний довідник професорів ДМА / ред. Т. О. Перцева, В. Й. Мамчур. Дніпро : «Пороги», 2020. 576.

**ДРУГЕ ТВОРЧЕ ПОКЛИКАННЯ  
АБО ШТРИХ ДО ПОРТРЕТА АКАДЕМІКА  
(ДО 100-РІЧЧЯ ВІД ДНЯ НАРОДЖЕННЯ В.Г. БОЧОРІШВІЛІ)**

**Мякина О.В.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Відомий світу бактеріолог Луї Пастер сказав: «Наука не має батьківщини, але у вченого вона є». Це також стосується В.Г. Бочорішвілі, чие життя будувалося різними гранями бачення. Вчений – грузин велінням серця покохав Україну (жінка була українкою!), але розумом повертався і жив батьківською Грузією.

Не одноразово, в різні часи і в різних географічних просторах, автору доводилося зустрічатися з В.Г. Бочорішвілі – талановитою людиною, яка підкорила своїм самовираженням.

...Зима 1988 року. Тоді я вперше побачив і познайомився з Вахтангом Гавриловичем. Як головний лікар інфекційної лікарні міста Стаханов Луганської області (вже більше двадцяти років заклад має статус «обласної»), проходив курси підвищення кваліфікації в Тбіліському ІУЛ та Республіканському протисепсисному центрі. Перше сприйняття: професор був чудовим оратором, мистецьки володів даром мови, віртуозно підкорював, захоплював та зачаровував аудиторію – зриваючи оплески. Він, як розповідав, – випускник ХМІ, до кінця своїх днів зберіг найтепліші спогади про викладачів *alma mater* і, звичайно ж, насамперед – наставника-професора-інфекціоніста І. Р. Брауде, великий портрет якого красувався в інтелігентному кабінеті літнього вченого. Це була єдина окраса робочого місця директора протисепсисного центру.

Підкреслюючи поведінкові риси Вахтанга Гавриловича під час лекцій, який тонко цінував гумор, я, маючи здібності, зробив на професора подарунковий варіант дружнього шаржу. Реакція була миттєвою – на користь художника. Він з захопленням сприйняв вдалий жарт, повторивши дійство вже під час зустрічі у Луганському медичному інституті, де автор, через декілька років, захищав кандидатську дисертацію. Впізнавши «колишнього слухача з України» серед великої аудиторії лікарів, просто так, привабливим усміхненим обличчям та піднятою рукою з трибуни, лектор ясно дав зрозуміти залу, що зустрів «старого знайомого». Таким був В.Г. Бочорішвілі!

Вдома, у медичній літературній скарбниці видань, зберігається знаменитий екземпляр його гросбух-монографії «Сепсисологія з основами інфекційної патології».

Харківська школа інфекціоністів під керівництвом професора І.Р. Брауде зробила значний внесок у розвиток клінічної медицини. Один із яскравих її представників – академік Вахтанг Гаврилович Бочорішвілі, який створив комплексне вчення, що розглядало поширену інфекцію (сепсис) як справу, потребує організації заходів з охопленням діагностичної та лікувально-профілактичної допомоги всіх ланок практичної охорони здоров'я – від дільничного лікаря до Спеціалізованого центру багатопрофільного характеру.

Вахтанг Гаврилович Бочорішвілі – член-кореспондент АМН, лауреат Державної премії ГРСР, міністр охорони здоров'я Грузії, засновник і директор Грузинського республіканського протисепсисного центру, народився 25 березня 1924 р. у с. Гелаті Кахетинського регіону Грузії, в сім'ї вчителя. З дитинства був вихований на класичних творах як національної, так і іншої прози та поезії. У вихованні Вахтанга великий вплив мала родина та мистецьке оточення: його старша сестра – професійна співачка, а молодша – актриса. З 14 років підліток працював в театрі м. Телаві: 1938–1939 – актор драматичного театру, потім до 1940 року – технічний його директор.

З відзнакою закінчивши школу в 1940 році, він вступив на режисерський факультет Тбіліського театрального інституту, оскільки цілком хотів присвятити життя мистецтву, пов'язати його зі сценою. З 1942 року – режисер тбіліських та сухумських арен. Але на початку його мистецької діяльності у юнака важко хворіє мати і люблячий син починає її доглядати довгі місяці, залишивши «служіння Мельпомені» (мистецтву): безпосередньо біля ліжка важкохворої матері слідкує за самовідданою працею медиків і дає собі клятву піти стежкою цилителя. До того ж, у Тбілісі, Вахтанг зустрів свого старого друга, який умовив його вступити до медичного інституту, чим «затвердив роздуми» про зміни майбутньої своєї долі.

У 1945 році їде до Харкова, де вступає до медичного інституту на санітарно-гігієнічний факультет. Навчаючись на начальних курсах, студент Бочорішвілі стає стипендіатом. Завдяки блискучим лекціям талановитого професора Іллі Рафаїловича Брауде, з 3-го курсу, молодого здобувача цікавить *інфекційна патологія* і він приходить до наукового студентського гуртка кафедри інфекційних хвороб, якою керує відомий Брауде. Енергійний і допитливий студент-грузин привертає увагу вченого, який навчає «гуманному ставленню до хворого та вдумливому використанню всієї сукупності клініко-лабораторних даних для встановлення правильного діагнозу та призначення ефективного лікування пацієнтів». На останніх курсах Вахтанг був уже старостою наукового гуртка, після чого рекомендований на наукову роботу до Іллі Рафаїловича, відданим учнем якого вважав все своє життя.

Після закінчення інституту у 1951 р. В. Бочорішвілі за розподілом працює завідувачем інфекційного відділення Чимкентської районної лікарні в Казахстані. Згодом, у 1952 році, призваний на військову службу.

З 1956 р. його життєву позицію визначали Військово-медична академія ім. С.М. Кірова (ВМА) та госпіталь Балтійського флоту в Таллінні, де у інфекційних клініках проходив шлях від ординатора до доктора медичних наук.

Після бурхливої творчої роботи, у 1969 році, Вахтанг Гаврилович нарешті повернувся до Батьківщини – в Тбілісі, де очолив кафедру інфекційних хвороб Інституту удосконалення лікарів.

З початком епідемії холери на Батьківщині у 1970 році, В.Г. Бочорішвілі взяв найактивнішу участь в організації боротьби з епідемією: успішна її ліквідація без жодного смертельного випадку. І незабаром, після перемоги над особливо небезпечним недугом, професора призначили Міністром охорони здоров'я Грузії (у 46 років він стає одним із наймолодших міністрів охорони здоров'я країни 1970–1973 рр.!).

Завдяки невичерпній енергії, у 1979 році, Вахтанг Гаврилович створює перший в Союзі протисепсисний центр на 4-х базах, що стає початком інтеграції

в його роботу лікарів різних спеціальностей (акушерів-гінекологів і педіатрів, хірургів і лор-лікарів, мікробіологів і фахівців з лабораторної справи, реаніматологів та інфекціоністів), які займаються вивченням актуальної патології. Засновується і нова наукова дисципліна та галузь медичної науки, завершенням чого з'являється Діагностичний та Лікувально-реабілітаційний Центр для пацієнтів із септичними захворюваннями, які тепер доставлятимуться до науково-лікувального та навчального об'єднання з усієї Грузії. Паралельно В.Г. Бочорішвілі завідує кафедрою інфекційних хвороб в Інституті вдосконалення лікарів, готуючи кадри не лише для своєї батьківщини, а й для багатьох регіонів. Конференції з сепсису, які проводились у Тбілісі, швидко з місцевих перетворюються у міжнародні: на них з'їжджалися вчені та лікарі-практики з багатьох країн.

Бурхливе творче життя академіка протікало за сценарієм і під зірким оком спостерігачів: у 1982 році він призначається заступником начальника 4-го головного управління по лікувальній роботі при МОЗ. Через три роки, разом із групою вчених, як її керівник, В.Г. Бочорішвілі отримав Державну премію «За створення нової, раніше не існуючої ефективної протисепсисної організації в галузі охорони здоров'я». Дає найточніше визначення сепсису. У 1988 р. обирається членом-кореспондентом АМН. Стає автором понад 300 наукових праць, у тому числі 7 монографій, і багатьох публіцистичних статей, які стосуються проблем ангіни й хронічного тонзиліту, сальмонельозу дитячого віку, холери, псевдотуберкульозу, сепсису й суміжних з ним захворювань, а також проблем атеросклерозу. Але головне його видання – «Сепсисологія з основами інфекційної патології», яке згодом фокусується бібліографічною рідкістю.

Серце Вахтанга Гавриловича Бочорішвілі перестало битись 11 вересня 2002 року. Вченого поховали в Дідубійському пантеоні державних діячів Грузії у Тбілісі. В. Бочорішвілі прожив по-грузинськи недовге (78 років), але яскраве та багате на події життя. Пам'ять про видатного професора, академіка, організатора охорони здоров'я та громадського діяча, увічнена у пам'ятнику, відкритому у столиці та меморіальній дошці однойменної вулиці та багатопрофільній клініці.

#### **Література:**

1. Лісовий В.М. Бочорішвілі Вахтанг Гаврилович / В.М. Лісовий, Р.Б. Чхетіані, Ж.М. Перцева // Видатні вихованці Харківської вищої медичної школи: біобібліографічний довідник / за заг. ред. В. М. Лісового. – Харків : ХНМУ, 2010. – 208 с.
2. Мякина О.В. Спогади, не віддані забуттю / О.В. Мякина // Медичний університет: газета колективу Харківського національного медичного університету. – Харк. нац. мед. ун-т. – 2014. – № 21/22. – С. 12.
3. Скарбниці Харківської медицини. Постагі: біографічний довідник / за заг. ред. В. М. Лісового. – Харків : ХНМУ, 2015. – 128 с. – С. 20.
4. Харківський національний медичний університет: 215-річчю Харківської вищої медичної школи присвячується / редкол.: В.М. Лісовий, В.А. Капустник, І.В. Легік [та ін.]. – Харків : ХНМУ, 2020 – 280 с.
5. Фролов В.М. Пам'яті академіка Вахтанга Гавриловича Бочорішвілі / В.М. Фролов // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології : зб. наук. пр. – 2003. – Вип. 2 (48). – С. 20–28.

## МАТЕРІАЛИ ДО БІОГРАФІЇ ПРОФЕСОРА-ГІГІЄНІСТА ЯКОВА БОРИСОВИЧА РЕЗНИКА (1902–1979)

**Васильєв Ю.К.**

*Сумський державний університет, м. Суми*

У зв'язку із смертю проф. Я.Б. Резника було опубліковано три некрологи, коротку довідку про нього вміщено на сторінках молдавської енциклопедії (1982), про його діяльність розповідається в книгах присвячених Одеському, Самаркандському та Кишинівському медичним інститутам. Водночас, не введено у науковий обіг усі архівні матеріали. Так, в архіві Одеського національного медичного університету (до 1994 р. – Одеський медичний інститут; ОМІ) зберігається особиста справа професора Якова Борисовича Резника, яка дозволяє вперше висвітлити деякі віхи біографії вченого.

Він народився 5/17 січня 1902 р. у повітовому місті Орґеєві Бессарабської губернії (нині в Республіці Молдова) у єврейській родині міщанина. Початкову освіту здобув у рідному місті, потім екстерном складав іспити за 5–7 класи гімназії, а закінчив свою середню освіту у 8-му класі Одеської 4-ої гімназії.

У 1920–1925 рр. Яков Резник навчався у ОМІ. Його однокурсницею була Поліна Семенівна Соснова (Пєся Шлемівна Соснова, 1900–1984), яка вийшла заміж за нашого героя. Вона працювала педіатром, захистила дисертацію на ступінь кандидата медичних наук, отримала звання доцента, очолювала кафедру дитячих хвороб у Кишинівському медичному інституті. У їх сім'ї була одна дитина Бориса Резника (1929–1997); він став професором-педіатром, членом-кореспондентом НАН України, дійсним членом АМН України.

Будучи студентом, Яков Резник працював – спочатку давав приватні уроки, мав нерегулярну конторську роботу, а потім він – секретар у губернському відділі праці. Остання робота зацікавила студента Резника питаннями вивчення праці та впливу умов праці на здоров'я працюючих, визначивши його спеціальність після закінчення інституту. Тут доречно зазначити, що студентом він слухав лекції професора-гігієніста Миколи Миколайовича Костямина (1869–1958).

Після закінчення інституту Я. Резник був призначений санітарним інспектором з охорони праці (1925–1930 рр., Одеса). У 1928 р. Яков Резник був затверджений аспірантом кафедри гігієни (зав. М.М. Костямин). У 1930 р. він достроково закінчив аспірантуру та став асистентом кафедри гігієни праці ОМІ. Саме з цього року він повністю перейшов на наукову роботу. Одночасно з роботою в ОМІ він організував та очолював гігієнічний відділ в Одеському НДІ охорони праці (до закриття інституту 1935 р.). В ОМІ ж з 1935 р. він – доцент, з 1937 р. – виконуючий обов'язки завідувача кафедри гігієни праці, а в 1939–1941 рр. – завідувач цієї кафедри. Очолюючи кафедру, водночас проф. Резник був деканом санітарно-гігієнічного факультету (1939–1941; 1945–1952 рр.).

У 1936 р. Я.Б. Резнику було надано вчений ступінь кандидата медичних наук без захисту дисертації. 10 грудня 1938 р. він захистив дисертацію на ступінь доктора медичних наук у Раді 1-го Київського медичного інституту (нині Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця) та 17.04.1939 р.

він був затверджений у цьому ступені. 17 травня 1939 р. він був затверджений у вченому званні професора на кафедрі «гігієна праці».

У 1941 р., у зв'язку з війною, професора Резника із родиною було евакуйовано з Одеси до Самарканду, де працював викладачем кафедри загальної гігієни Військово-медичної академії, а потім був обраний та затверджений завідувачем кафедри загальної гігієни Самаркандського медичного інституту (1941–1945 рр.).

У 1945 р. проф. Резника за конкурсом знову було обрано на посаду завідувача кафедри гігієни праці в ОМІ. Одночасно, в 1945–1952 рр. він – декан санітарно-гігієнічного факультету.

У зв'язку з тим, що санітарно-гігієнічний факультет у ОМІ був закритий, а отже, кафедра гігієни праці перестала функціонувати, у 1960 р. проф. Резник перейшов на роботу до Кишинівського медичного інституту, де до кінця життя очолював кафедру загальної гігієни. У 1972 р. йому було надано почесне звання заслуженого діяча науки Молдови. Він був головою Молдавського наукового товариства гігієністів та санітарних лікарів. 10 квітня 1979 р. на 78 році життя Яков Борисович Резник помер.

Основний науковий напрямок проф. Резника – вивчення впливу пилового фактора в умовах експерименту та на виробництві. Цьому була присвячена його докторська дисертація «Дослідження знепилюючої вентиляції та методи визначення пиловилучального ефекту її». Переїзд до Молдови визначив новий напрямок праць проф. Резника – гігієна праці та токсикологія пестицидів у сільському господарстві.

## **В.В. ФРОЛЬКІС: ТЕРНИСТИЙ ШЛЯХ ФІЗІОЛОГА І НАУКОВА СПАДЩИНА (ДО 100-РІЧЧЯ ВІД ДНЯ НАРОДЖЕННЯ АКАДЕМІКА)**

**Мякина О.В.<sup>1</sup>, Шевченко О.М.<sup>1</sup>,  
Сокол К.М.<sup>1</sup>, Ващук М.А.<sup>1</sup>, Шевченко О.О.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Харківський національний медичний університет, м. Харків

<sup>2</sup>Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, м. Харків

*«Кожна людина легко може визначити відмінність  
між молодим і старим, але ніхто не може дати  
вичерпну наукову характеристику  
суті старіння і механізмів її розвитку».*  
**В.В. Фролькіс**

*Актуальність теми.* Людство завжди турбувалось проблемою процесу старіння, яка з'являється в останню стадію онтогенезу. Соціальна геронтологія, як наука про старість, потрібна кожній людині, тому що навіть на схилі літ особистість повинна знайти своє місце в суспільстві, визначити коло своїх інтересів, продовжити активний спосіб життя. Перебіг процесу старіння та його детермінанти почали привертати увагу науковців доволі давно. Старіння пов'язане зі змінами, що проходять на всіх рівнях організації життєвої матерії. Сучасний світ перейнявся глобальними змінами у структурі населення, що

викликані зростанням очікуваної тривалості життя (ОТЖ), підвищенням рівня медичного обслуговування, зниженням рівня народжуваності, результатом чого призвів до зростання частки людей віком 60 років і старше. Хвороби старості нікуди не зникли. Система охорони здоров'я витрачає величезні кошти, щоб хоч якось уповільнити процес старіння. В Україні, аналогічний прояв процесу старіння на фоні загального скорочення населення, загострення соціальних питань вимагає від держави вживання заходів з підвищення народжуваності, повернення трудових мігрантів і це надасть змогу знизити високу частку літніх людей у загальній кількості українців. Старіння населення є всебічним і об'єктивним процесом, що також спонукає на вживання безпосередніх зусиль науковців і керівництва з проведення зваженої соціально-економічної політики щодо послаблення негативних наслідків старіння на чисельність та структуру економічно активного населення.

*Вклад основного матеріалу.* У сучасних умовах державної та національно-культурної розбудови України актуалізується дослідження історичного доробку українських вчених, які зробили помітний внесок у поступ української нації. Спостерігається зростання інтересу до сторінок минулого – становлення та розвитку геронтологічної науки, набутого досвіду вітчизняних та зарубіжних геронтологів.

До когорти українських учених другої половини ХХ ст. у галузі вікової фізіології, патології та геронтології належить фахівець, доктор медичних наук, професор, академік Володимир Веніамінович Фролькіс, якому 27 січня 2024 року виповнилось би 100 років від дня народження. Більше півстоліття у згадках та на вустах втілюємо в практику його славнозвісну *«Адаптаційно-регуляторну теорію старіння»*. Вивчаючи наукову спадщину видатного вченого наше покоління фахівців розширює горизонти пізнання закономірностей розвитку геронтологічної науки, поглиблює її окремі аспекти, збагачує науку відомостями про видатні постаті минулого віку.

Звернемось до розрахункової статистики щодо проблеми старіння. За останні 150 років (ОТЖ) у світі різко зросла. Прогностично, в період з 2025 по 2059 роки, кількість світового населення у віці 60 років і старше подвоїться, збільшившись з 1 до 2,1 мільярда. Для сучасної України, яка належить до демографічно старих країн світу, старіння населення також є однією з найбільш характерних рис демографічних процесів: частка сукупності людей «60 років і старше» становить 20,3 % з прогнозованою тенденцією до її подальшого підвищення.

Історично «феномен старіння» цікавив людей дуже давно. Вчення про старість бере свій початок з моменту виникнення медицини. Уже в працях Гіппократа і лікарів його школи виявляються перші описи ознак старіння і хвороб у старих людей. Древньогрецький лікар і вчений Гален вивчав старіння і старість, виходячи із прийнятої на ті часи медичної концепції суті життя, як рівноваги між елементарними якостями: теплом, холодом, вологістю, сухістю. Римський філософ Публій вперше висловив думку, що "старість є хвороба", а Сенека підкреслив, що старість – "невеликвна хвороба". З іменем англійського філософа і вченого ХVІ ст. Ф. Бекона пов'язаний новий напрямок у розвитку геронтології як науки. У середині ХVІІІ ст. виходить книжка І. Фішера "Про старість, її ступенях і хворобах". Століттям потому клінічні спостереження стають основою вчення про старість в Німеччині, Англії, Франції. У Парижі створюються геріатричні центри. Предтеча

американської науки про старість – лікар І. Нашер вважав, що старість є хвороба, перед якою медицина безсила. На початку ХІХ ст. на медичну літературу вплинули ідеї відомого лікаря С.П. Боткіна: під його керівництвом велися спостереження за фізіологією і патологією старості. Велике значення у вивченні змін обміну при старінні мали роботи харківської школи онтофізіологів (засновник О.В. Нагорний). Цей напрям продовжив його учень – академік АН України В.М. Нікітін.

*Родоначальником науки про старіння* вважають І.І. Мечникова, який почав експериментальне дослідження процесу старіння і у 1906 році вперше використав термін «геронтологія». *Засновником вітчизняної геронтології* є О.О. Богомолец, під керівництвом якого у 1938 році була проведена одна із перших в світі наукових конференцій, присвячених проблемам старіння і довголіття. Еволюційні підходи до розуміння сутності старіння були розроблені професором Київського університету О.М. Северцевим. Його учень І.І. Шмальгаузен установив найважливіші закономірності зв'язку між межею росту, біологічною організацією і старінням.

Аналізуючи науковий доробок і досвід вітчизняних учених у галузі геронтології, можна з упевненістю вважати, що Україна завжди була лідером у вивченні проблем старіння та довголіття і їй належать найважливіші пріоритети в цій галузі науки. Перспектива розвитку медико-біологічних наук в Україні вимагала організації спеціалізованого інституту з проблем старіння. І в травні 1958 р. було створено в Києві науково-дослідний інститут геронтології і експериментальної патології, який у 1964 р. перейменований в інститут геронтології, нині – Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України. Першим директором інституту було призначено академіка М.М. Горєва. Проведені в науковому закладі розробки за активною участю В.В. Фролькіса дозволили розкрити «білі плями процесу старіння» – важливі механізми старіння, встановити зв'язок між старінням та віковою патологією, запропонувати новий клас геропротекторів, визначити тактику та політику щодо населення похилого та старечого віку.

Фролькіс Володимир Веніамінович – фізіолог, академік НАН України, віце-президент АМН України, лауреат Державної премії України, премій ім. О.О. Богомольця, ім. І.І. Мечникова, ім. М.Д. Стражеска, заслужений діяч науки і техніки України, народився у 1924 році в м. Житомир. Його батько був зубним лікарем. Після завершення середньо-освітнього навчання, в 1941 році, юнак вступив до Київського медичного інституту. Після третього курсу він пішов на фронт. У 1945 році з відзнакою закінчив Військово-медичну академію і за рекомендацією Л.А. Орбелі (фізіолога, академіка, генерал-полковника м/с), В. Фролькіса зарахували до аспірантури на кафедрі фізіології КМІ. У 1950 р. Володимир Веніамінович захистив кандидатську дисертацію і залишився працювати на кафедрі, спочатку асистентом, а потім доцентом. У 1958 році захистив докторську дисертацію. Коли в столиці було відкрито один з перших у світі Інститут геронтології, його очільник – учень О.О. Богомольця академік М.М. Горєв запросив 34-річного Фролькіса керувати лабораторією фізіології й одночасно керівником відділу експериментальної геронтології. Науковий заклад для вченого став рідним притулком, де він одержав звання професора (1965), був обраний членом-кореспондентом АН УРСР (1978), академіком АН УРСР (1988) та академіком АМН України (1993). Наукові дослідження і праці В.В. Фролькіса присвячені геронтології, фізіології та експериментальній

патології кровообігу. Під його керівництвом створено низку фармакологічних препаратів для лікування аритмій, коронарної недостатності, артеріальної гіпертонії, атеросклерозу. З-під пера Володимира Веніаміновича вийшло понад 700 робіт, у т.ч. 25 монографій і 16 посібників та керівництв, виданих у країні і за кордоном – зокрема, у США, Австрії, Швейцарії, Німеччині, Бразилії, Угорщині, Болгарії та Словаччині. Учений був членом редколегій низки вітчизняних і зарубіжних журналів. В.В. Фролькіс створив велику наукову школу. За вагомий внесок у наукову та громадську діяльність академік нагороджений іменною медаллю видатного геронтолога Ф. Верцара, удостоєний премії Міжнародної асоціації геронтологів, відзнаками Президента України – орденами князя Ярослава Мудрого IV і V ст. та багатьма медалями.

Учені світу висунули близько 300 різних теорій старіння. Видатні уми людства, серед них Аристотель, Гіппократ, Бекон та інші, присвятили їх розробці багато років. Потім теорією займалися І.І. Мечніков і І.П. Павлов. Далі – Елеваційна теорія старіння (початок 1950-х р., В.М. Дільман); Адаптаційно-регуляторна теорія (В.В. Фролькіс в 1960–70-х); Теорія клітинного апоптозу (академік В.П. Скулачов); Вільних радикалів теорія (Д. Харман (1956) і Н.М. Емануель (1958)); Молекулярно-генетичні теорії; Помилки як причини Старіння (1954 р., фізик Сциллард); Стохастичні (ймовірнісні теорії); Теломерна теорія (1961 р., Л. Хейфлик, 1971 р. А.М. Оловніков); Енергетична теорія (1908 р., Макс Рубнер), теорія Очільника фонду SENS Обрі ді Грея та інші.

В.В. Фролькісом разом з його учнями і співробітниками у 60–70-х рр. XX ст. була запропонована та розроблена адаптаційно-регуляторна теорія старіння, яка розкрила внутрішньо-суперечливий характер вікового розвитку. Найбільш детально наукова праця була викладена в монографії «Регулювання, пристосування і старіння» (1970), за яку Президія АН Української РСР присудила доктору медичних наук «премію імені О.О. Богомольця». Теорія старіння висвітлена і у низці праць академіка у співавторстві з В.В. Безруковим, В.Г. Шевчуком, О.К. Кульчицьким. Згідно неї віковий розвиток і тривалість життя визначаються балансом двох процесів: разом зі старінням (руйнівним процесом) розвивається процес антистаріння, для якого В. Фролькіс запропонував термін «вітаукт» (від лат. *vita* – життя, *auctum* – збільшувати). Цей процес, на думку вченого, спрямований на підтримку життєздатності організму, його адаптації, збільшення тривалості життя. Уявлення про *антистаріння* знайшли широке визнання у світовій науці.

Одним з головних компонентів теорії є розроблена вченим генно-регуляторна гіпотеза. Відповідно до неї первинними механізмами старіння є порушення в роботі регуляторних генів, які керують активністю структурних генів і, в результаті, інтенсивністю синтезу закодованих в них білків. Гіпотезою передбачається, що вікові порушення генної регуляції можуть призвести не лише до зміни співвідношення вмісту білків, які синтезуються, але й до експресії генів, які раніше не працювали, появи раніше не синтезованих білків і, як результат, до старіння і загибелі клітин. В.В. Фролькіс вважав, що генно-регуляторні механізми старіння є основою розвитку поширених видів вікової патології, таких як атеросклероз, діабет, рак, паркінсонізм, хвороба Альцгеймера. Залежно від активації або пригнічення функцій тих чи інших генів і буде розвиватися той чи інший синдром старіння, та чи інша патологія. На основі цих уявлень була висунута ідея

генно-регуляторної терапії, покликаної попереджати зрушення, що лежать в основі розвитку вікової патології.

Серія експериментальних досліджень, проведених академіком В.В. Фролькісом та його співробітниками, дала змогу з'ясувати характер і сутність вікових змін нейрогуморальної регуляції. Встановлено, що в процесі старіння слабшають як швидкоплинні медіаторні впливи на тканини, так і довготривалі – типу аксоплазматичного проходження речовин по нервових волокнах. Ці процеси призводять до порушень нервового контролю над трофікою тканин, що є важливим механізмом старіння. Було обґрунтовано, що ці порушення пов'язані зі змінами біосинтезу білка в нейронах, у системах енергетичного забезпечення та транспорту речовин, у синтезі медіаторів. За таких умов підвищення чутливості клітин до низки фізіологічно активних агентів має адаптивний сенс, хоча можливий діапазон реакційної здатності з віком зменшується.

Водночас науковець установив, що вікові зміни нейрогуморальної регуляції дещо різноспрямовані, зміни нервового та гормонального контролю призводять до обмеження діяльності деяких життєво важливих органів і до розвитку в них вторинних порушень обміну та функцій. Було доведено, що за умов цілісного організму провідними ланками в механізмах старіння стають неоднакові зміни функцій різних центральних нервових структур, нейрогуморальних зв'язків, послаблення нервового трофічного контролю над тканинами. При цьому гіпоталамус, якому в концепції Фролькіса відводиться одна з ключових ролей, старішає як складна структурно, метаболічно й функціонально неоднорідна система. Учений разом зі співробітниками одержав дані щодо нерівномірних змін збудливості окремих ядер гіпоталамуса та підвищення їхньої чутливості до дії деяких ендогенних гуморальних чинників.

Результати досліджень, проведених у відділі біології старіння, який очолював В.В. Фролькіс в Інституті геронтології АМН України, багато в чому визначають стратегію і тактику пошуку засобів, які застосовують при лікуванні вікової патології та подовжують тривалість життя. Науковець покладав великі надії і очікування на позитивний результат у вирішенні проблеми старіння та вікової патології на фармацевтичну дію гормональних препаратів, нейрон-медіаторів, інгібіторів біосинтезу білка та генну терапію.

Помер Володимир Веніамінович Фролькіс 2 жовтня 1999 року на 76-му віці життя, похований на Байковому кладовищі м. Києва. За свою 50-річну педагогічну діяльність В.В. Фролькіс виховав не одне покоління науковців. Під його керівництвом підготовлено понад 100 дисертацій, серед них 46 докторських. Багато з його вихованців очолюють лабораторії і кафедри в Україні та за її межами, є академіками та членами-кореспондентами. Його учень – професор В.В. Безруков, нині очолює Інститут геронтології АМН України.

*Висновки.* Таким чином, важливу роль у розвитку геронтології в Україні в другій половині ХХ ст. відіграв Інститут геронтології, нині – Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України. Проведені в ньому наукові розробки за активною участю В.В. Фролькіса дозволили розкрити важливі механізми старіння, встановити зв'язок між старінням та віковою патологією, запропонувати новий клас геропротекторів. Основна увага академіка В.В. Фролькіса була спрямована на з'ясування фундаментальних механізмів старіння. Наукові здобутки і праці академіка, як і його попередників, отримали світове визнання, були узгоджені з уявленнями геронтологів світу про

фундаментальні механізми старіння, мають велике практичне значення й дотепер у розвитку сучасної геронтології і посідають вагоме місце в здоров'язбережувальних технологіях сучасного цивілізованого суспільства.

### **Література:**

1. Палієнко О.А. Становлення геронтології в Україні у XX столітті: внесок академіка В.В. Фролькіса. Наукові праці історичного факультету Запорізького національного університету, 2014, вип. XXXIX. С. 331–334. Режим доступу: <https://istznu.org/index.php/journal/article/view/1418/1315>

2. Актуальні питання геронтології і геріатрії у практиці сімейного лікаря: навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти / Ю.В. Вороненко, О.Г. Шекера, Л.А. Стаднюк та ін. Міністерство охорони здоров'я України, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Інститут сімейної медицини. – Київ, 2015. – 528 с.

3. Герасимова Е. М. Соціальна робота зі спеціальними групами клієнтів : навчальний посібник / Е.М. Герасимович, Н.Є. Доній, О.В. Тополь. – Чернігів : ЧНТУ, 2015. – 153 с.

4. Мацкевіч Ю. Р. Соціальна робота з людьми похилого віку : [навчальний посібник] / Ю. Р. Мацкевіч ; Державний вищий навчальний заклад "Запорізький національний університет" Міністерства освіти і науки України. – Запоріжжя : Запорізький національний університет, 2014. – 339 с.

5. Населення України : імперативи демографічного старіння / Національна академія наук України, Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи, Фонд ООН в галузі народонаселення. – Київ : АДЕФ-Україна, 2014. – 285 с.

6. Книга довголіття: безцінний досвід народної медицини, унікальні знання сучасних вчених; відповідальне осмислення майбутнього / Т.А. Койляк. – Мелітополь : Кераміст, 2013. – 33 с.

7. Геронтопсихологія : [навчальний посібник] / Р.Т. Сімко ; Міністерство освіти і науки України, Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка. – Кам'янець-Подільський : Оіюм, 2011. – 167 с.

8. Коркушко О.В., Чеботарьов Д.Ф. Колінковський В.Г. / Геріатрія в терапевтичній практиці. – Київ: Здоров'я, 1993. – 840с.

9. Біологія старіння. / Фролькіс В.В., Аршавский І.А., Арічнин І.І. та ін. / Л., Наука, 1986.

## **ВОЛОДИМИР ФАВР ЯК ВИКЛАДАЧ ФАБРИЧНОЇ ПІГІЄНИ В ХАРКІВСЬКОМУ ТЕХНОЛОГІЧНОМУ ІНСТИТУТІ (ДО 150-РІЧНОГО ЮВІЛЕЮ ВЧЕНОГО)**

**Робак І.Ю.<sup>1</sup>, Демочко Г.Л.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Національний технічний університет «Харківський політехнічний інститут», м. Харків*

<sup>2</sup>*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Для медичного краєзнавства біографістика має неабиякий дослідницький потенціал, «залюднюючи» історію краю. З огляду на ювілейну

дату заслугує уваги постать Володимира Володимировича Фавра – відомого вченого, який відзначився не тільки в науковій, а й у просвітницькій діяльності. 14 серпня (за ст. ст.) 1906 року приват-доцент по кафедрі гігієни Харківського університету, доктор медицини В. Фавр подав «прошеніє» на ім'я директора Харківського технологічного інституту (нині НТУ «ХПІ») з проханням вважати його кандидатом на місце викладача курсу фабричної гігієни, маючи на той час солідний науковий доробок близько 30 праць [1, арк. 1, 11].

В своєму вересневому засіданні 1906 р. навчальний комітет ХТІ погодив кандидатуру Володимира Фавра і ухвалив доручити йому читання лекцій з фабричної гігієни в другому півріччі поточного, тобто 1906/1907 навчального року [там само, арк. 12, 14], а 29 листопада (за ст. ст.) 1906 р. «печитель» Харківського навчального округу дозволив допустити титулярного радника Володимира Фавра до викладання фабричної гігієни в Харківському технологічному інституті. Науковець отримав навантаження в 1,5 години на тиждень із загальною винагородою 300 рублів на рік [там само, арк. 16].

Приступивши до виконання викладацьких обов'язків у ХТІ, доктор В. Фавр вирішив створити кабінет фабричної гігієни. На той час інститут вже мав деякі прилади, моделі, креслення, невелику анатомічну колекцію, зразки пилу, стружок тощо. Все це зберігалось в окремії шафі. В. Фавр збирався суттєво розширити цей фонд, а згодом на базі кабінету відкрити музей фабричної гігієни. Попри відмову дирекції в окремії кімнаті, для музею все ж таки знайшли місце – виділили частину приміщення інститутського музею [там само, арк. 2–3]. 1907 року кабінет фабричної гігієни відбувся, про що свідчить відбиток його кутового штампу на архівному документі [там само, арк. 17]. Експонатами для нього слугували спецодяг, захисні окуляри, респіратори, газоаналізатори, перев'язувальні засоби, колекції суспензій та пилу, всіляке лабораторне обладнання тощо. Багато експонатів були подаровані З'їздом гірничопромисловців півдня Росії, який того часу налагоджував роботу гірничорятувальних станцій на Донбасі. Цілком слушно роботодавці вважали, що навчатися працювати з обладнанням таких станцій майбутні інженери мають починати ще на інститутській лаві [2, с. 193].

Наступного, 1907/1908 навчального року викладацька діяльність Володимира Володимировича в ХТІ тривала. Проте не все влаштувало його в організації навчального процесу. Скаржився він на низький рівень відвідуваності лекцій через недосконалу організацію навчального процесу в інституті. Просив у наступному навчальному році поставити його лекції в осінньому семестрі [1, арк. 17]. Навчальний комітет інституту пішов назустріч докторові та запланував курс фабричної гігієни в осінньому семестрі 1908/1909 навчального року [там само, арк. 4]. Проте В. Фавр, найімовірніше, не залишився в ХТІ. Принаймні, інформації про його подальшу роботу там в архівних документах не зустрічаємо.

### **Література:**

1. Державний архів Харківської області. Ф. Р-1682 Харківський політехнічний інститут ім. В. І. Леніна Оп. 2. Спр. 338 О порученні приват-доценту Університета доктору медицини В. В. Фавру преподавания в институте фабричной гигиены, 17 арк.

2. Журило, Д. Ю. Становлення та розвиток Харківського Технологічного інституту в кінці XIX – початку XX століття : монографія / Д. Ю. Журило. – Харків : Вид-во «Підручник НТУ «ХПІ», 2016. – 264 с.

## ВНЕСОК В.В. ФАВРА У ДОСЛІДЖЕННЯ МАЛЯРІЇ

*Виноградова О.Ю., Ушакова М.А., Галича М.С.  
Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Слово «mala agia» перекладається з італійської як «зіпсоване» або «погане повітря», і понад дві тисячі років вважалося, що малярійна лихоманка викликається болотними міазмами. У XVII ст. Антоні ван Левенгук відкрив існування «мікроскопічних тваринок», а у 1890 р. Роберт Герман Кох опублікував чотири постулати встановлення зв'язків між мікроорганізмом та хворобою. Пошук причин, що викликають малярію та інші епідемічні хвороби, отримав новий поштовх, і у середині XIX ст. поступово сформувалась комарино-малярійна доктрина, яка відкидала думку про загадкові «міазми» та вказувала на безпосередній зв'язок між комахами та малярією [2].

20 жовтня 1880 р. офіцер французької армії Шарль Луї Альфонс Лаверан виявив у крові хворого на малярію найпростішого паразита і назвав його *Oscillaria malariae*. Дослідивши кров 200 пацієнтів, Лаверан відзначив такі ж клітинні тіла у 148 випадках малярії, але жодного разу у тих, хто не хворів на неї. Він також з'ясував, що після лікування хініном паразити зникли із крові [1, 2].

Патрик Менсон, засновник галузі тропічної медицини, схилився до думки, що хвороба переноситься від носія до носія на хоботку комара. Також він мав припущення, що один з етапів розвитку паразита відбувався в іншому хазяїні, ймовірно – в комарі. Він не мав змоги поїхати в малярійні країни, щоб провести досліди особисто, оскільки на той час йому вже було за 50 років. Тож він шукав когось, хто зробив би це під його наглядом. Вибір пав на Рональда Росса, досвідченого військового хірурга, який на той час працював в Індії. Росс вважав, що малярія – це кишкова інфекція, але Менсону вдалося переконати його у зворотному. Дослідивши безліч комарів з ендемічних районів, Росс врешті-решт знайшов пігментовані тільця, які він назвав спорами, на стінці шлунка комара, який нещодавно смоктав кров інфікованого пацієнта. Отже, він виявив стадії розвитку малярійних паразитів людини в комарах, і в своєму листі до Менсона від 20 серпня 1897 р. назвав цей день «Днем комара». Дослідник був на межі доказу того, що комарі можуть передати малярію людині, але не зміг завершити своє дослідження, оскільки його перевели до Калькутти, де малярія була майже не поширена [2].

Але він не відмовився від досліджень, пам'ятаючи, що Менсон згадував про малярійних паразитів птахів, *Proteosoma relictum*. Росс виявив, що з 242 комарів, які харчувалися зараженими птахами, 178 мали у собі пігментовані тільця. Від заражених птахів комахи отримували чоловічі і жіночі гаметоцити, які невдовзі розвивалися в спори на поверхні кишківника комара, а потім проникали в слинні залози та впорскувалися в нового хазяїна, коли заражений комар харчувався. Про це відкриття Росс писав: «Тріумф 20 серпня завершився тріумфом 9 липня 1898 року» [1, 6].

Але фактичний доказ передачі хвороби від комахи до людини все ще залишався нерозв'язаним питанням. Один експеримент міг би це довести, але Росса раптово відправили до іншого регіону Індії, працювати над ліквідацією епідемії чуми, і можливість була втрачена. Остаточний доказ отримали італійські вчені, паразитолог Джованні Батиста Грассі та маляріологи Амико

Біньямі та Джузеппе Бастіанеллі. У 1898 р. вони проводили дослідження поблизу Риму і на Сицилії, годуючи кров'ю інфікованих пацієнтів місцевих *Anopheles claviger*, і через їх укуси передали інфекцію здоровим людям. Науковці також довели, що тільки самки комарів *Anopheles* можуть передавати малярію [2].

Отже, комарина теорія пройшла чимало випробувань і виявилася однаково вірною для різних частин земної кулі – від Італії до Північної Америки, від Голландії до Суматри. Але, беручи до уваги відмінності географічних та кліматичних умов, різну фауну та форми перебігу малярії, видатний вітчизняний гігієніст та маляріолог Володимир Володимирович Фавр прийняв рішення перевірити цю теорію [7].

В.В. Фавр народився 5 (17) липня 1874 р. у м. Харкові, в родині лікаря. У 1892 р. зі срібною медаллю закінчив 1-шу Харківську гімназію та вступив до лав медичного факультету. У студентські роки він захоплювався хімією, яку вивчав під керівництвом проф. В.Ф. Тимофєєва, гігієною разом з проф. І.П. Скорцовим та приват-доцентом П.М. Лашенковим, а також бактеріологією у лабораторії проф. В.К. Високовича [3]. Закінчивши четвертий курс, під час канікул В.В. Фавр працював у гігієнічному інституті професора Карла Флюгге в Бреславі. Там він прослухав лекційний курс та відвідував практичні заняття з бактеріології, вивчаючи методи практичної гігієни [6]. У 1897 р. він закінчив університет, одержавши звання лікаря з відзнакою, та був обраний асистентом кафедри гігієни, якою керував його вчитель, І.П. Скорцов [4].

У 1903 р. В.В. Фавр захистив докторську дисертацію «Досвід вивчення малярії у санітарному відношенні», а в 1904 р. отримав звання приват-доцента [5].

Перші спроби довести відношення комарів роду *Anopheles* до розповсюдження хвороби були зроблені В.В. Фавром у липні 1901 р. у Харкові, в Олександрівській лікарні, але результат був незадовільним: прохолодна, несприятлива для комарів погода та невелика кількість хворих на малярію завадили праці. Це змусило науковця відкласти досліди до сприятливіших умов, і у 1902 р. він вирушив на Кавказ, де продовжив свою роботу [7]. Окрім вже описаних видів, дослідник знайшов нового, невідомого комара, якого назвав *Anopheles sacharovi*. Він не був упевнений, що відкрив новий вид, але зазначав: «я ніде не зустрів відповідного опису для визначення цього комара» [7]. Слід зазначити, що у цій місцевості умови були навіть занадто сприятливими. Як писав сам В.В. Фавр: «*Anopheles sacharovi* панує у вбивчо-малярійному Євласі» [7].

Головними умовами успішності дослідження В.В. Фавр вважав велику кількість гамет у крові хворих і те, що люди раніше не приймали хінін. Комарі, переважно виведені з личинок, повинні були допускатися до хворого у великій кількості, у теплому приміщенні та у темряві [7]. Як виявилось, з 32 досліджених тільки дві людини були цілком придатні для досвіду. У хворих, пояснивши їм сенс дослідження, просили дозволу дати вкусити себе комарам, і згода давалася охоче [7].

Дослідження були нечисленні, оскільки головною метою був доказ того, що комарі можуть заражатись малярійними паразитами від людей та переносити їх далі. До того ж науковець не мав права залишати хворих без належного лікування, був обмежений часом та невеликою кількістю піддослідних [7].

Для остаточного доказу комариної теорії шляхом експериментального зараження людини від *Aporheles*, В.В. Фавр прийняв рішення провести дослід над собою. Він не вважав, що має право наражати на небезпеку інших, оскільки комарі були заражені паразитами тропічної малярії – хвороби, яка, хоч у більшості гострих випадків і виліковувалась швидко, але іноді загрожувала важкими наслідками. 20 серпня 1902 р. науковець дозволив декільком зараженим комарам вкусити себе. Вирішальний укус зробив лише один з *Aporheles*, якого одразу відокремили від інших та дослідили. У слинних залозах комахи виявилась достатня кількість паразитів, щоб заразити людину [7].

1 вересня почався перший приступ малярії, а у власній крові В.В. Фавр знайшов паразитів. Через два дні, незважаючи на прийом хініну, приступ повторився, але науковець продовжував вживати хінін, і згодом йому вдалося подолати хворобу [7].

#### **Література:**

1. Cox F. History of the discovery of the malaria parasites and their vectors. Доступно на <https://parasitesandvectors.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-3305-3-5>

2. Saving Lives, Buying Time: Economics of Malaria Drugs in an Age of Resistance. Editors Arrow KJ, Panosian C, Gelband H. Washington: National Academies Press; 2004. Доступно на: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK215638/>

3. Воронцов МП, Петрова ЗП. Фавр Володимир Володимирович. *Вчені Харківського державного медичного університету*. Ред. Циганенко А.Я. Харків: Харків; 2005. С. 85–86.

4. Медицинский факультет Харьковского университета за первые 100 лѣтъ его существования [Медичний факультет Харківського університету за перші 100 років його існування] (1805-1905). Ред. ІІ Сквириць, ДІ Багалій. Харків: Видавництво Університету; 1906. 314 с.

5. Робак ІЮ. Володимир Фавр – видатний харківський маляріолог та гігієніст. *Вісник Національного технічного університету «Харківський політехнічний інститут»*. Серія Історія науки і техніки. 2015. № 70 (1043). С. 16–20. Доступно на: <https://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/11551>

6. Робак ІЮ. Талант, відданий оздоровленню Харкова (до 140-річчя з дня народження В. В. Фавра). *Краєзнавство*. 2015. № 1/2 (90/91). С. 207–212. Доступно на: <https://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/9407>

7. Фавр ВВ. Опыт изучения маляріи въ Россіи въ санитарномъ отношеніи [Досвід вивчення малярії в Росії у санітарному відношенні]. [Дисертація доктора медицини]. Харків: Печатня С.П. Яковлева; 1903. 324 с.

## **THE LIFE PATH OF V.P. VOROBIOV THROUGH THE LENS OF TIME (DEDICATED TO THE 220<sup>th</sup> ANNIVERSARY OF THE DEPARTMENT OF HUMAN ANATOMY)**

***Sukhonosov R.O., Ushakova M.A., Halycha M.S.***  
*Kharkiv National Medical University, Kharkiv*

Volodymyr Petrovych Vorobiov (June 15 [27], 1876, Odesa – October 31, 1937, Kharkiv) was a prominent domestic scientist, anatomist, and academician of the All-Ukrainian Academy of Sciences (1934), as well as the only professor to receive

the title of "Merited Professor" (1924). He developed stereomorphological methods of dissection and was the author of original and widely known scientific works, textbooks, and manuals on human anatomy, including the first domestic five-volume "Atlas of Human Anatomy" (1938–1942).

Volodymyr Petrovych studied and spent nearly his entire life working in Kharkiv, where he chaired the departments of anatomy at the medical faculty of the Imperial Kharkiv University and the Kharkiv Women's Medical Institute. From 1919 to 1921, he temporarily worked in Bulgaria, where he established and led the Department of Anatomy at the Medical Academy in Sofia. After returning, he chaired the Department of Anatomy at the Kharkiv Medical Institute (now the Kharkiv National Medical University) until the end of his life. Simultaneously, in the 1930s, he was the scientific director of the Ukrainian Institute of Experimental Medicine.

He was born on June 15 (27), 1876, in Odesa into a wealthy family of a wholesale grain merchant. In 1886, he was enrolled in the Richelieu Gymnasium. During his time at the gymnasium, Volodymyr realized his passion for science, particularly biology. The decisive influence on his choice of future profession came from his maternal uncle, physician Fedor Ignatovych Vdovykovsky, a frequent guest in the Vorobiov household, as well as physician and anatomist Gordiy Maksymovych Iosifov. Thanks to Vdovykovsky, Vorobiov began visiting the Odesa hospital mortuary. It was during his gymnasium years that he first started practicing dissection, and on one occasion, he even brought an amputated human leg home from the mortuary for these purposes.

In 1897, he graduated from the gymnasium. At that time, the Novorossiysk University did not have a medical department, so on the advice of his uncle, Vorobiov went to the Imperial Kharkiv University in 1897, where he enrolled in the medical faculty.

In his first year, he developed a keen interest in human anatomy and soon became a student of Professor A. K. Belousov, who taught the course on normal anatomy at the faculty. In 1903, he graduated with honors from the medical faculty of the Imperial Kharkiv University with a medical degree. In December of the same year, the council of the medical faculty appointed him as an assistant prosector. In 1908, he defended his doctoral dissertation on the innervation of human tendons. Starting in 1910, he was a private docent at Kharkiv University. That same year, the Kharkiv Medical Society invited Vorobiov to chair the anatomy department at the newly established "Women's Medical Institute."

In 1913, V. P. Vorobiov was elected a professor at the Universities of Yuryev and Warsaw, but the Minister of Education, L. Kasso, did not approve his appointments to either of these positions. Upon the institute's petition, Vorobiov was confirmed in the rank of professor in 1916.

From 1917 to 1919, he headed the Department of Anatomy at the Kharkiv Medical Institute. After the 1917 revolution, during the Civil War, power in the city of Kharkiv repeatedly shifted between the Bolsheviks and the White Army. During one of these shifts in 1919, when the White Army regained control of the city, its leadership initiated an investigation into the "atrocities of the Reds" and established a Special Commission to Investigate the Crimes of the Bolsheviks, chaired by Heorhiy Meingard. The commission also included Mykola Bokarius and Volodymyr Vorobiov. After the excavation of the graves of White officers who had been executed, the commission members, including Vorobiov, signed expert reports stating that the victims had been shot by soldiers of the Red Army. When the Red Army regained control of Kharkiv in 1919, fearing the consequences of the report he had

signed earlier, Vorobiov, along with his sister and her husband, Rasheyev, first moved to Odesa and later emigrated to Sofia, Bulgaria. There, he organized and headed the Department of Anatomy at the Medical Academy in Sofia; he also lectured at Sofia University, published a textbook, and established an anatomical museum. The Department of Anatomy in Sofia still bears his name to this day.

After the amnesty for the "Whites" was announced in June 1921, Volodymyr Vorobiov traveled to the Congress of Anatomists in Germany, where he eventually obtained documents in Berlin for himself and his family to return to Kharkiv. Upon returning to the city, Vorobiov continued the work he had begun in Bulgaria on new methods of tissue preservation. By 1924, he had fully developed a scientific concept for the preservation of corpses and organs of the deceased. In 1924, he had to revisit the issue of embalming human bodies. In 1934, Volodymyr Petrovych Vorobiov was elected a member of the All-Ukrainian Academy of Sciences in the Department of Human Anatomy.

In 1937, Vorobiov frequently felt unwell, and he was diagnosed with kidney disease. He underwent surgery to remove the kidney but passed away two days later, on October 31, 1937, from uremia.

He bequeathed his body to be cremated. It is believed that V. P. Vorobiov requested that his ashes be kept at the Department of Anatomy of the Kharkiv Medical Institute, and his student, Professor Sinelnikov, fulfilled his last wish. During World War II, the urn with his ashes was even evacuated. The scientist's ashes were buried on January 25, 2003, in Kharkiv at the city's 13th cemetery in the Alley of Famous Kharkiv Citizens. The initiators of the burial were the Kharkiv Institute of Endocrine Pathology Problems and the Kharkiv State Medical University.

Vorobiov primarily studied the anatomy of the nervous system. He was one of the first to develop functional anatomy and discovered new laws of the structural organization of the nervous system. He proposed a method of *in vivo* control using implanted electrodes. He advanced the doctrine of the organism's integrity and the influence of functions and labor on morphogenesis (the formation of organs).

He was the first to determine the significance of the boundary between macro- and microscopic observation areas and developed methods for studying them. He developed stereomorphological dissection methods and organized the first and only "Museum of Human Development" in Kharkiv.

Vorobiov's active participation in the scientific field was expressed in his publications, presentations at congresses and conferences, and his work on the "Brief Textbook of Human Anatomy" in two volumes. He also prepared the groundwork for the creation of the first domestic "Atlas of Human Anatomy." Vorobiov personally developed the plan for its publication, which was intended to span five volumes. Under his leadership, an extensive and detailed illustrative material for the future atlas was prepared. However, Vorobiov was unable to complete this work due to his sudden death. His students, particularly Professor Rafael Davydovich Sinelnikov, continued working on the atlas, with the fifth and final volume being published in 1942. The second edition of the atlas was released in 1948, with Vorobiov V. P. and Sinelnikov R. D. listed as the authors. Subsequent editions of the atlas were published under R. D. Sinelnikov's authorship.

## Секція 2. ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ

### АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ОДЕСЬКОМУ РЕГІОНІ ЗА ОСТАННІ П'ЯТЬ РОКІВ

**Огнєв В.А., Усенко С.Г., Машевич А.М.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

На сьогоднішній день онкологічні захворювання є серйозною проблемою громадського здоров'я та великим соціально-економічним викликом в світі. Одеська область не залишається осторонь цієї проблеми. Для проведення даного аналізу були використані дані за останні п'ять років з канцер-реєстру Одеської області та Національного канцер-реєстру України.

Україна, перебуваючи у складному військовому стані, стикається з великими викликами у сфері охорони здоров'я. Очікується, що за період з 2018 по 2040 роки рак спричинить близько восьми мільйонів передчасних смертей в Європі, наша країна найбільше відчує цей вплив через ряд важливих факторів. Через недоступність медичних ресурсів та медичних послуг в деяких областях через військові події, онкологічні захворювання стануть ще більш значущими для українського суспільства. Наступні кроки повинні включати ряд заходів, спрямованих на зменшення онкологічних захворювань, а саме: забезпечення доступності медичних послуг та ліків; підтримку профілактичних програм та скринінгу; сприяння реалізації практичних стратегій для зниження смертності від онкологічних захворювань [1].

Онкологічна патологія в сучасному світі стала однією з ключових медичних і соціально-економічних проблем. Щорічно у світі виявляється до 10 мільйонів нових пацієнтів із онкологічною патологією, а за прогнозами до 2030 року ця кількість може зрости до 45 % [1].

Україна відображає подібні тенденції у розповсюдженні раку. Протягом останніх 10 років щорічно понад 130 тисяч українців хворіють на рак, з них близько 50 % померли. Нажаль, приблизно 30 % з них померло протягом року після встановлення діагнозу.

Ми проаналізували данні про рівні захворюваності на злоякісні новоутворення населення в Одеській області, за період з 2019 по 2023 роки (за 9 місяців у 2023 році). Було виявлено, що у 2020 році спостерігається падіння показника захворюваності на злоякісні новоутворення на 24,8 % в порівнянні з 2019 роком, у 2021 році цей показник збільшився порівняно з 2020 роком на 11,1 %. У 2022 році знову спостерігаємо падіння показника захворюваності, який склав 10,8 %. На другий рік повномасштабного вторгнення захворюваність на онкологію зростає на 18,9 % порівняно з 2022 роком [2].

У 2023 році відбулося зростання захворюваності на ЗН (злоякісні новоутворення), але при порівнянні з попередніми роками перед пандемічного періоду, залишається нижчою, що може свідчити про вплив зовнішніх факторів.

За 9 місяців 2023 року в Одеській області зареєстровано 6253 нових випадків захворюваності ЗН, а саме, серед жінок було виявлено 3432 нових випадків, що склало 54,9 %, серед чоловіків – 2821 нових випадків, відповідно – 45,1 %. У структурі захворювань серед жінок чільне місце, як і попереднього

року, посіли 3Н молочної залози – 832 нових випадків, немеланомний рак шкіри – 647 нових випадків, 3Н тіла матки – 287 нових випадків, 3Н ободової кишки – 175 нових випадків, 3Н яєчників – 175 нових випадків та 3Н шийки матки – 171 нових випадків.

У структурі захворюваності чоловічого населення перші п'ять місць займають: 3Н передміхурової залози – 425 нових випадків, немеланомний рак шкіри – 410 нових випадків, 3Н легенів – 378 нових випадків, 3Н ободової кишки – 198 нових випадків, 3Н сечового міхура – 188 нових випадків.

У віковій структурі захворюваності на 3Н переважали особи віком від 55 до 74 роки, питома вага цієї вікової групи склала 63,3 % чоловіків і 55,3 % жінок. У структурі захворюваності дітей та підлітків віком 0–19 років переважали лейкозії, які складала 71,4 % захворювань у хлопчиків та 76,5 % у дівчат.

Рівень занедбаності випадків захворювання на 3Н, зареєстрованих в Одеській області протягом 2022 року становив 24,6 %, що перевищує загальноукраїнський показник на 2,2 %. Оцінюючи період за 9 місяців 2023 року, особливо високі рівні занедбаності, 32,3–33,9 % були зафіксовані у Березівському та Болградському районах та 25,–27,2 % у Білгород-Дністровському, Подільському та Ізмаїльському районах, що означає практично кожного четвертого хворого на рак виявили в цих районах із занедбаною стадією хвороби.

Отже, розвиток спеціалізованих програм з профілактики, підвищення медичної грамотності та покращення доступу до якісної медичної допомоги для ранньої діагностики та лікування онкологічних захворювань є критично важливими стратегіями для зменшення впливу раку на населення.

Захворюваність населення на рак є проблемою національного масштабу, яка актуальна для Одеської області. Ця проблема потребує комплексного підходу та спільних зусиль медичних фахівців, громадськості та влади. Належне фінансування та стратегічне спрямування ресурсів у сфері охорони здоров'я можуть виявитися ключовими у боротьбі з онкологічними захворюваннями.

#### **Література:**

1. Гоженко А.І., Покітко О.В., Гуменюк А.В., Гуменюк Р.В. Аналіз показників онкологічних захворювань в Одеській області. // Вісник морської медицини. – 2023. – № 4. – С. 15–20.

2. Статистичні дані інформаційно-аналітичного відділу медичної статистики та канцер-реєстру КНП «Одеський регіональний клінічний протипухлинний центр» Одеської обласної ради.

## **МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЯК ВИКЛИК СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОФІЛАКТИЧНУ СТРАТЕГІЮ**

**Юрко К.В., Соломенник Г.О., Могиленець О.І.**  
*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Незважаючи на прогрес, якого було досягнуто останнім часом у боротьбі з епідемією туберкульозу в країнах Європи, про що свідчать як певне

зниження захворюваності, так і забезпечення доступу до засобів експрес-діагностики, високоякісним лікарським засобам і новим режимам лікування, ця хвороба залишається величезною загрозою громадській охороні здоров'я в регіоні, зокрема в Україні. Це зумовлене безперервним зростанням туберкульозу з множинною медикаментозною резистентністю, що становить близько 83 % регіонального та 23 % глобального тягаря, а частота ефективного лікування залишається на рівні, значно нижчому за цільові орієнтири [1].

Україна входить у «топ 10» країн з найвищим тягарем туберкульозу із множинною резистентністю в світі, належить до групи з 18-ти високопріоритетних країн Європейського регіону, серед яких за показником реєстрації нових та повторних випадків хвороби посідає п'яте місце [2].

З огляду на стан проблеми та її складність, не викликає сумніву, що найефективнішим засобом боротьби з туберкульозом є вакцинація [3, 4]. Щеплення дітей після народження є одним з основних компонентів стратегії Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) з ліквідації туберкульозу та засобом захисту від виникнення найбільш тяжких його форм [5]. У світі існує кілька вакцинних штамів бацили Кальмета-Геррена (БЦЖ), проте незважаючи на доведену безпеку навіть у разі введення мільярдів доз вакцини, її ефективність підпадає під сумнів [6].

Відомо, що деякі штами БЦЖ є більш реактогенними за інші [7, 8], проте проведені дослідження продемонстрували, що рівень захисту, який утворився внаслідок вакцинації, не залежить від штаму. Разом із тим виявлено чіткий зв'язок між показниками ефективності вакцинації та умовами проведення дослідження, а також характеристиками популяції, серед якої це дослідження проводилося. Більш високий рівень захисту після щеплення БЦЖ асоціюється з відсутністю попереднього контакту людини з *M. tuberculosis*, а також її віком [9]. Так, вакцинація БЦЖ захищає від туберкульозу легень новонароджених на 59 %, дітей старшого віку – на 74 % [10].

Результати іншого дослідження показали суттєву розбіжність як щодо ефективності щеплення БЦЖ (від 44 % до 99 %), так і щодо тривалості поствакцинального захисту (0–10 років). Автори дійшли висновку, що рівень захисту безпосередньо залежить від людської популяції [11].

Відомо, що з часом центральна імунна пам'ять Т-клітин слабшає, запобігти чому можна шляхом введення бустерних доз вакцин [12]. Проте ревакцинація БЦЖ не передбачена рекомендаціями ВООЗ [10].

Альтернативним підходом до оцінки ефективності вакцини є проведення аналізу вивільнення гамма-інтерферону з метою вимірювання профілактики безпосередньо інфікування. Результати дослідження показали, що вакцинація БЦЖ запобігає виникненню інфекції в 18 % випадків порівняно з контрольною групою осіб, яких не було щеплено [13]. Крім того відомо, що БЦЖ створює захист не лише від туберкульозу, а й від інших захворювань, спричинених схожими збудниками (лепра, виразка Бурелі) [14, 15], а також знижує смертність серед немовлят [16].

Таким чином, численні дослідження, проведені в різних країнах світу, продемонстрували, що одноразова вакцинація БЦЖ створює лише частковий захист, а ревакцинація не передбачена рекомендаціями ВООЗ, незважаючи на позитивні та дуже оптимістичні результати клінічних випробувань, яких було нещодавно отримано [17]. Тому на сьогодні пошук нових протитуберкульозних

вакцин триває: наразі відбуваються клінічні випробування 13 вакцин-кандидаток і доклінічна розробка ще кількох десятків препаратів [18]. Проте процес ліцензування нової вакцини з моменту її відкриття може тривати досить багато років і потребує величезних фінансових інвестицій. Разом із тим, саме впровадження нових протитуберкульозних вакцин, яке очікується в 2025 році, є запорукою вдалого досягнення цільових показників стратегії ВООЗ з ліквідації туберкульозу до 2035 року.

#### **Література:**

1. Basic facts on tuberculosis (TB) in the WHO European Region. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2021.

2. Туберкульоз в Україні : аналітично-статистичний довідник. Центр громадського здоров'я; Центр медичної статистики МОЗ України. Київ, 2021. 91 с.

3. Impact and costeffectiveness of new tuberculosis vaccines in lowand middle-income countries / G. M. Knight et al. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2020. № 111. P. 15520–15525.

4. Bacille Calmette-Guérin vaccination : the current situation in Europe / M. Dara et al. *Eur Respir J*. 2022. № 43. P. 24–35.

5. WHO's new end TB strategy / M. Uplekar et al. *Lancet*. 2019. № 385. P. 1799–1801.

6. The BCG World Atlas : a database of global BCG vaccination policies and practices / Zwerling A. et al. *PLoS Med*, 2015. P. 8.

7. Teo S. S., Smeulders N., Shingadia D. V. BCG vaccine-associated suppurative lymphadenitis. *Vaccine*. 2005. № 23. P. 2676–2679.

8. Complications associated with the bacille Calmette-Guérin vaccination in Ireland / T. Bolger et al. *Arch Dis Child*. 2006. № 91. P. 594–597.

9. Protection by BCG vaccine against tuberculosis: a systematic review of randomized controlled trials / P. Mangtani et al. *Clin Infect Dis*. 2014. № 58. P. 470–480.

10. Всесвітня організація охорони здоров'я. Позиція ВООЗ стосовно вакцини БЦЖ – Лютий 2018. *Щотижневий епідеміологічний бюлетень ВООЗ*. 2018. № 93. P. 73–96.

11. Systematic review and meta-analysis of the current evidence on the duration of protection by bacillus Calmette-Guérin vaccination against tuberculosis / I. Abubakar et al. *Health Technol Assess*. 2013. № 17. P. 1–372.

12. Age-related waning of immune responses to BCG in healthy children supports the need for a booster dose of BCG in TB endemic countries / E. Whittaker et al. *Sci Rep*. 2018. № 8. P. 15300–15309.

13. Effect of BCG vaccination against Mycobacterium tuberculosis infection in children: systematic review and meta-analysis / A. Roy et al. *BMJ*. 2014. № 349. P. 41–46.

14. The role of BCG in prevention of leprosy: a meta-analysis / M. S. Setia et al. *Lancet Infect Dis*. 2006. № 6. P. 162–170.

15. Mycobacterium bovis BCG vaccination as prophylaxis against Mycobacterium ulcerans osteomyelitis in Buruli ulcer disease / F. Portaels et al. *Infect Immun*. 2004. № 72. P. 62–65.

16. Biering-Sørensen S., Aaby P., Lund N. Early BCG-Denmark and neonatal mortality among infants weighing <2500 g: a randomized controlled trial. *Clin Infect Dis*. 2017. № 65. P. 1183–1190.

17. Prevention of *M. tuberculosis* infection with H4:IC31 vaccine or BCG revaccination / E. Nemes et al. *N Engl J Med*. 2018. № 379. P. 138–149.

18. TBVAC2020 : Advancing tuberculosis vaccines from discovery to clinical development / S. H. Kaufmann et al. *Front Immunol*. 2017. № 8. P. 12–20.

## **МЕДИЧНА ТА ЛІКАРСЬКА ТАЄМНИЦІ: ІСТОРИКО-ПРАВОВЕ РОЗМЕЖУВАННЯ**

***Кривенко О.І., Капустник В.В.***

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Під час звернення пацієнта за медичної допомогою у нього можуть виникати побоювання щодо розголошення інформації, яку він повідомляє виключно лікарю, як то про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина тощо. У сучасному світі це питання набуває ще більшої актуалізації через те, що інформація про пацієнта зберігається в електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ) і певне коло осіб може мати до неї доступ. При цьому, з правоохоронної точки зору, в Україні для охорони особистих медичних даних особи, використовуються два поняття: «таємниця про стан здоров'я» (ст. 286 Цивільного кодексу України та ст. 39<sup>1</sup> Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я») та «лікарська таємниця» (ст. 40 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та ст. 145 Кримінального кодексу України).

Також в літературі нерідко зустрічається термін «медична таємниця», визначення якого наразі відсутнє у законодавстві України. В той же час, серед фахівців з кримінального права вже довгий час точиться дискусія щодо співвідношення понять «лікарська таємниця» та «медична таємниця». Одні науковці вважають, що лікарська таємниця є тотожною з медичною таємницею [1], інші вважають, що лікарська таємниця є складовою частиною медичної таємниці [2]. Також, на думку М.І. Хавронюка лікарську таємницю («інформацію про пацієнта») слід відрізнити від медичної таємниці («інформації для пацієнта») [3], тому що є більш широким поняттям і, станом на сьогодні, остання передбачає, що саме медичний працівник зобов'язаний надати в доступній формі інформацію про стан здоров'я, мету проведення запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я на вимогу повнолітнього пацієнта або батькам (усиновлювачам), опікунам, піклувальникам про стан здоров'я дитини або підопічного, за винятком випадків, коли така повна інформація може погіршити стан здоров'я пацієнта або зашкодити процесові лікування (ст. 40 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я») [4].

Отже, з цієї дискусії, науковцями зроблено висновок, що всі відомості, які входять до складу медичної таємниці, умовно поділяються на два види:

- 1) власне медичні – відомості саме про стан здоров'я пацієнта;
- 2) немедичні – відомості про інтимне та сімейне життя пацієнта [5, 6].

В питанні розмежування понять «лікарська таємниця» та «медична таємниця» не можна оминати увагою рішення Конституційного суду України

у «справі К. Г. Устименка», де було зазначено, що «медична інформація, тобто свідчення про стан здоров'я людини, історію її хвороби, про мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, в тому числі і про наявність ризику для життя і здоров'я, за своїм правовим режимом належить до конфіденційної, тобто інформації з обмеженим доступом». І в той же самий час, відповідно до п. 2 цього ж Рішення Конституційного Суду України, правила використання відомостей, що стосуються лікарської таємниці («інформації про пацієнта»), на відміну від медичної інформації («інформації для пацієнта»), встановлюються статтею 40 Основ законодавства України про охорону здоров'я [7]. Також важливо розуміти, що медична таємниця не дорівнює приховуванню інформації від пацієнта, а навпаки – пацієнт має право знати про всі аспекти своєї хвороби, варіанти лікування, можливі ризики тощо. Саме тому медична таємниця – це збереження в таємниці від інших людей відомостей, які за правом належать пацієнтові.

Отже медична таємниця є більш широким поняттям, і відповідно, найбільш вдалим терміном, оскільки саме медична інформація це інформація про медичне обслуговування особи або його результати, викладена в уніфікованій формі відповідно до вимог, встановлених законодавством, у тому числі інформація про стан здоров'я, діагнози та будь-які документи, що стосуються здоров'я та обмеження повсякденного функціонування / життєдіяльності людини [8].

Таким чином, через аналіз вищенаведеного, можна прийти до висновку, що лікарська таємниця це інформація, що містить відомості саме про пацієнта, а медична інформація це інформація, яка надається для пацієнта. Саме тому стає зрозумілим, що лікарська і медична таємниця не є тотожними поняттями.

### **Література:**

1. Негодченко О. В. Медична та лікарська таємниці як гаранті інформаційної приватності. *Право і суспільство*. 2013. № 2. С. 41–48.
2. Мацегорін О. І. Цивільно-правова охорона права на таємницю про стан здоров'я. *Часопис Київського університету права*. 2010. № 4. С. 154–158.
3. Науково-практичний коментар Кримінального кодексу України / за ред. М. І. Мельника, М. І. Хавронюка. – 11-те вид., переробл. та допов. – Київ :ВД «Дакор», 2019. С. 351–440.
4. Кичма О. Ю. Медико-правове значення медичної таємниці. *Європейські перспективи*. 2013. № 11. С. 11–15.
5. Удалова Л. Д. Лікарська таємниця в кримінальному процесі України. монографія / Л.Д. Удалова, С.В. Кузьмічова-Кисленко. К.: *«Центр учбової літератури»*, 2015. – С. 32.
6. Вислоцька Т.Ю. Кримінально-правова охорона таємниці в Україні: дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата юридичних наук за спеціальністю 12.00.08 – кримінальне право та криминологія; кримінально-виконавче право / Вислоцька Тетяна Юріївна. – Львів: ЛьвДУВС, 2017. – 275 с.
7. Рішення Конституційного Суду України у справі щодо офіційного тлумачення статей 3, 23, 31, 47, 48 Закону України "Про інформацію" та статті 12 Закону України "Про прокуратуру" (справа К.Г. Устименка). Документ v005p710-97, поточна редакція від 30.10.1997. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v005p710-97#Text>.

8. Значення електронної системи охорони здоров'я в реалізації програми медичних гарантій. 4.6.1. Глосарій від 16/04/2024. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uk/znachennya-elektronnoyi-sistemi-ohoroni-zdorovya-v-realizaciyi-programi-medichnih-garantij>.

## **РЕАБІЛІТАЦІЙНА ДОПОМОГА: ВИКЛИКИ ТА ВІДПОВІДЬ НА ФОРМУВАННЯ КРИЗИ**

**Сердюк О.І., Просоленко Н.В., Крупеня В.І.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Дослідження практики реабілітації військових, за досвідом США та Комітету начальників медичних служб НАТО, доводить необхідність організації спеціальних заходів з психосоматичної реабілітації для всіх військових, які мали участь у бойових діях. Окремо звертається увага, що реабілітаційними медичними заходами мають бути охоплені всі військові цієї категорії. Обґрунтуванням цього є теорія Стресових уражень та практика медицини США з часів війни у В'єтнамі [1–3].

Спеціалісти вказують, що курс психосоматичної реабілітації не може бути малим. Це щонайменше чотири тижні. Тому що він має забезпечити психологічну реабілітацію та соціальну адаптацію при посттравматичному синдромі та стані хронічного стресу.

Особливістю клініки в цих випадках є депресивні стани, коли хворий втрачає цінність власного життя. В свою чергу це призводить до депресії, яка в свою чергу має наслідками асоціальну поведінку та агресію. Ці ситуації ілюструють сюжети чисельних художніх творів де персонажами є бувші ветерани. Наприклад харизматичний фільм США – Рембо.

Зарубіжний, як і вітчизняний, досвід свідчить що особи із проявами психічного травмування мають тенденцію до об'єднання у групи. І саме в групах – мікросоціумах, вони краще сприймають зовнішню інформацію. Це ж стосується і хворих цивільних контингентів із ПТС. Наприклад: онкологічні хворі, хворі із хронічними захворюваннями які обмежують свободу дії для людини [2, 3].

Тому і зарубіжна і вітчизняна медична практика медичної психотерапії пропонує саме групове психотерапевтичне лікування. І тільки за наявності особливостей – індивідуальну практику.

За рекомендаціями монографій та чисельних публікацій присвячених цій сформовані рекомендації про те, що обстеження постраждалих та учасників військових дій має здійснювати мультидисциплінарна команда. Вказують, що до її складу мають входити обов'язково: психіатр, лікар загальної практики і хірург. Останній має провести обстеження щодо виключення скритих уражень, які не були виявлені та не проявляють наявної симптоматики. Зазвичай додають ще кілька спеціалістів – в залежності від особливостей контингенту. Проте психіатр є головним в цій команді. Слід вказати, що психологічна медична реабілітація потребує медикаментозного супроводу, що є прерогативою саме лікаря психіатра.

Крім того, стресори, з якими стикаються учасники бойових дій та цивільні особи що опинились в їх зоні, отримали враження та травми, починаючи від звичайного стресу та закінчуючи травматичними переживаннями, призводять до різних проблем із психічним здоров'ям, появою соматичних розладів або загостренням захворювань, які до цього часу перебували у стадії ремісії.

Відповідно, реабілітаційні заходи мають поєднувати корекцію психічної сфери і надання спеціалізованої допомоги щодо наявних соматичних проявів або ризиків їх формування та розвитку. За досвідом Клінічного санаторію «Курорт Березівські мінеральні води» коморбідна патологія наявна майже у кожного третього бійця, який прибуває на реабілітацію з театру бойових дій.

Практика надання реабілітаційної допомоги яка набута у медичних реабілітаційних установах Харківщини з часів АТО (2014–2022 рр.), свідчить, що бойовий стрес призводить до порушень психоемоційної сфери (від субклінічних антеро-депресивних проявів до посттравматичного синдрому ПТС), які потребують психотерапевтичної корекції. Наслідками чого достатньо часто є масові виникнення, або загострення психосоматичних захворювань (інфарктів міокарду, інсультів, цукрової діабету, виразкової хвороби шлунку тощо), які не меншою мірою потребують здійснення реабілітаційних заходів.

Спеціалісти США та країн НАТО відмічають, що спектр видів патологічних станів, їх обсяги і, відповідно, запит щодо ресурсного забезпечення, викликає розрив у доступності та якості медичної допомоги, що посилюється проблемами здатності цивільної системи охорони здоров'я задовольняти унікальні, за кожним випадком, потреби, а також обмеженнями спроможності для цього військової системи охорони здоров'я [2, 4].

В теперішній час Україна стикнулася з проблемами, які за кількістю випадків та обсягами території залучених до впливу військових факторів, не мають прецедентів з часів Другої світової війни. Стрімко зростає запит, щодня збільшується лист очікування на допомогу. Критичним дефіцитом стають медичні кадри всіх профілів задіяних у реабілітаційній допомозі. Це стосується лікарів, медичних сестер та професіоналів дотичних до надання допомоги.

Складна соматична патологія у поєднанні із психічними розладами вимагають нових технологічних підходів та логістики побудови лікувальної допомоги. Досвід свідчить, що чинником раціонального використання обмежених ресурсів системи охорони здоров'я, є її планування, наступність та цілісність. Що має знайти своє підґрунтя у науково-обґрунтованих протоколах та стандартах надання всього комплексу медичної реабілітаційної допомоги, які б відповідали кризовим викликам.

Таким чином, викликами для національної системи охорони здоров'я України є кризова ситуацію в системі охорони здоров'я, щодо задоволення запиту на реабілітаційну допомогу; особливої уваги потребує населення прифронтових міст, яке щоденно перебуває під обстрілами, руйнуваннями, наслідком чого є стан хронічного стресу.

Всі наведені контингенти вимагають організації спеціальних заходів з психосоматичної реабілітації.

Відповідь на ці виклики потребує подолання кадрового дефіциту та раціонального використання ресурсів системи охорони здоров'я. Для чого

необхідні нові організаційні, методологічні та технологічні підходи, які значно відрізняються від набутого досвіду мирного часу.

З цією метою запропоновано розробити наукове обґрунтування системи надання реабілітаційної допомоги та її впровадження у практику діяльності національної системи охорони здоров'я. Формою реалізації чого пропонується розглянути створення на рівні регіонів науково-навчальних та практичних центрів на базі вищих медичних навчальних закладів, клінічних установ що мають досвід надання реабілітаційної допомоги за участю органів державної влади, місцевого самоврядування та громадського сектору.

#### **Література:**

1. О.М. Волянський, А.Ю. Кіх, В.В. Корченко. Застосування стандартів НАТО при проведенні реабілітації військовослужбовцям з ампутованими кінцівками. Військова медицина України (2.2019, Том 19) С. 78–86

2. Alruwaili, A.; Khorram Manesh, A.; Ratnayake, A.; Robinson, Y.; Goniewicz, K. Supporting the Frontlines: A Scoping Review Addressing the Health Challenges of Military Personnel and Veterans. *Healthcare* 2023, 11, 2870. <https://doi.org/10.3390/healthcare11212870>

3. Camp N.M. The Vietnam War and the ethics of combat psychiatry. *Affiliations* expand PMID: 8317567 DOI: 10.1176/ajp.150.7.1000 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8317567/>

4. Finnegan A, Randles R. Prevalence of common mental health disorders in military veterans: using primary healthcare data. *BMJ Mil Health* 2023; 169:523–528. doi:10.1136/bmjmilitary-2021-002045

## **ВПЛИВ ВОЄННОГО СТАНУ НА ДЕМОГРАФІЧНУ СИТУАЦІЮ В УКРАЇНІ**

**Журавель Я.В.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Повномасштабне вторгнення країни – агресорки призвело до серйозних демографічних проблем в Україні. Вони вже були серйозним випробуванням для української держави, які накопичувалися протягом 30 років – до 24 лютого 2022 р.

В країні існували демографічні проблеми ще з довоєнного періоду.

Загальна чисельність населення України поступово знижувалася і це було спричинено тим, що рівень смертності перевищував рівень народжуваності. На початку 90-х, у перші роки незалежності України, чисельність населення становила 51,6 млн. За даними останнього перепису населення в Україні, який був проведений у 2001 році, чисельність населення становила 48 млн. 457 тис. осіб.

З початку незалежності в Україні сформувалося та з кожним роком набувало масштабів таке явище, як зовнішня трудова міграція. Отримання Україною безвізового режиму з країнами Євро Союзу також стимулювало трудову міграцію. У 2014-2015 рр. міграційні процеси тільки посилилися в ході активних бойових дій, спричинених військовою агресією на Донбасі.

Одним із важливих аспектів демографічних проблем до початку війни – це старіння населення. Частка громадян віком до 17 років у структурі

постійного населення країни тримається на рівні 18,1 % (2019 р.) – 17,9 % (2021 р.). Станом на 2021 рік кожен четвертий українець старший за 60 років.

Аналізуючи період з 1990 р. по 2020 р., показник рівня народжуваності в Україні найбільшим був в 1990 р і склав 12,7 на 1000 населення, у 2012 році цей показник склав 11,4 на 1000 населення. Найменший рівень народжуваності за цей період спостерігався у 2000 р. і 2020 р., і становив 7,8 на 1000 населення.

Рівень смертності за цей період найбільшим був у 2005, 2007 та у 2008 роках і становив 16,3-16,6 на 1000 населення. Найменшим показник рівня смертності за цей період був 1990 р. та 2019 р. і становив 12,1 та 13,9 на 1000 населення. Найбільший рівень природного приросту в Україні за цей період був у 1990р. і склав 0,5 на 1000 населення, а найменший – у 2000, 2002 та 2005 роках і склав 7,6 на 1000 населення.

Згідно з останніми даними Державної служби статистики, на 1 лютого 2022 року чисельність наявного населення склала 41 130 432 осіб, постійного населення України становила 40 960 795 осіб. За підсумками річних даних 2021 року коефіцієнт народжуваності становив 7,3 ‰, смертності – 18,5 ‰, природного приросту – -11,2 ‰. Також скоротилася середня очікувана тривалість життя: у 2020 році вона складала 66,4 років для чоловіків та 76,2 років для жінок. На даний час – 57,3 років для чоловіків та 70,9 років для жінок.

Війна додала нових чинників, які ще більше поглибили демографічні проблеми. Спостерігається велика кількість загиблих як серед військових, так і серед цивільного населення, зокрема дітей. За офіційними статистичними даними, у 2023 році в Україні народилося 187 тис. дітей, а померло 496 тис. людей. Підвищення рівня смертності серед населення зростає не тільки внаслідок бойових дій, а й збільшення рівня летальності через серцево-судинні захворювання під впливом стресу.

Одним із наслідків воєнних дій є велика міграція населення. Переважна більшість мігрантів – жінки та діти (90 %). З України виїхали через війну, за даними ООН, близько 8 млн осіб. Крім того, російські окупанти незаконно вивезли 19,5 тис. дітей.

Отже, враховуючи усе вищезазначене, можна зробити висновок, що в умовах продовження військових дій, демографічна ситуація в Україні характеризується як критична.

#### **Література:**

1. Населення України. Демографічні тенденції в Україні у 2002–2019 рр.: кол. моногр. / за ред. О.М. Гладуна; НАН України, Ін-т демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи. – Київ, 2020. – 174 с.

2. Державна служба статистики України  
[https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat\\_u/2022/zb/08/zb\\_tabl\\_nas\\_2021.xls](https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2022/zb/08/zb_tabl_nas_2021.xls)

3. Населення України за 2021 рік. Демографічний щорічник. Київ: Державна служба статистики, 2022. 186 с. 4. Українське суспільство: міграційний вимір: нац. доповідь / Ін-т демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України. Київ, 2018.

5. Лібанова Е. М., Позняк О. В. Зовнішня трудова міграція з України: вплив COVID-19 // Демографія та соціальна економіка. 2020. № 4 (42). С. 25–40.  
<https://doi.org/10.15407/dse2020.04.025>

## **ОСОБЛИВОСТІ МЕНЕДЖМЕНТУ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ**

**Дяченко В.С., Дяченко Н.Н., Чулей С.В.**

*Київський університет інтелектуальної власності та права  
Національного університету «Одеська юридична академія», м. Київ*

Питання у сфері охорони здоров'я в Україні, відповідно до статті 1 (Розділ 1) Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» за № 2801-ХІІ від 19.11.1992 року (поточна редакція від 20.09.2024 року) [1] вирішуються відповідно до Конституції України та актів законодавства, що врегульовують суспільні відносини у зазначеній сфері.

Модернізації сфери охорони здоров'я наразі приділяється багато уваги, а формування високопрофесійного кадрового потенціалу, зокрема й шляхом ідентифікації латентних можливостей, є пріоритетним завданням менеджменту в галузі охорони здоров'я.

Відповідно міжнародного досвіду, зокрема й Всесвітньої організації охорони здоров'я (англ. World Health Organization – WHO) [2], базовими чинниками забезпечення ефективності системи охорони здоров'я є удосконалення механізмів управління кадрами методом оптимального узгодження чисельності та кваліфікаційної структури медичного персоналу, адже надлишок медичних працівників призводить до нівелювання професійних якостей працівників та збільшення державних витрат.

Державна кадрова політика у сфері охорони здоров'я є потужним механізмом ефективності реформування галузі, адже обумовлює роль кваліфікованих кадрів в процесах розвитку суспільства, визначає базові напрями та принципи діяльності відділів по роботі з персоналом медичних закладів, ідентифікує критерії оцінки їх ефективності, шляхи вдосконалення системи підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників та раціональне використання кадрового потенціалу України у цій сфері.

Кадровий потенціал у сфері охорони здоров'я є стратегічним потенціалом держави, адже наявність медичних кадрів та рівень їх професіоналізму є гарантією якості та своєчасності надання оперативної медичної допомоги. Саме тому 70 % надходжень у сферу охорони здоров'я у світі спрямовуються на кадрове забезпечення [3].

У сучасних умовах правового режиму воєнного стану актуальним питанням є проблема емоційного та професійного вигорання (працівників сфери охорони здоров'я у тому числі) – результату впливу екзистенційної динаміки на фізичний стан особистості, результату формування під впливом негативних екзогенних умов особистісних фрустрацій (лат. *flustratio* – марне очікування), викликаних об'єктивно непереборними труднощами на шляху до досягнення мети, розбіжності реальності з очікуваним [4]. У таких умовах гостро постає потреба формування знань, умінь та навичок інтенсивного емоційного відновлення, зокрема формуванням засад корпоративної культури, зокрема й шляхом облаштування зон спілкування та релаксу на підприємствах, в установах та організаціях сфери охорони здоров'я.

В Україні розпочато процес підготовки якісно нової генерації працівників медичних закладів, зокрема медичних сестер, адже середній медичний персонал становить найчисленнішу категорію співробітників та є базовим ресурсом практичної сфери охорони здоров'я, що здатен не лише надавати медичну допомогу пацієнтам, а й організувати та здійснювати науково-дослідну діяльність у медичних та лікувально-профілактичних закладах.

Закладам вищої освіти та Фаховим коледжам необхідно формувати у здобувачів науково-дослідницькі вміння, як базові способи діяльності, що забезпечують достовірність та об'єктивність досліджень, які ґрунтуються на принципах дотримання логічної послідовності дій та на наукових знаннях. Науково-дослідна діяльність майбутніх медичних працівників є цілеспрямованою індивідуальною чи груповою роботою, що спрямована на вирішення професійних завдань, яка реалізується у співпраці з викладачем в аудиторній та поза аудиторній роботі. Підготовку саме таких фахівців здійснює Фаховий коледж Київського університету інтелектуальної власності та права Національного університету «Одеська юридична академія» [5].

У сучасних умовах воєнного стану в Україні гостро постає потреба не лише у наявності необхідної чисельності високо професійного кадрового потенціалу, а й необхідність оновлення та модернізації медичного обладнання. На вимогу часу 26.09.2024 року оприлюднено Наказ Міністерства охорони здоров'я за № 1650 «Про внесення зміни до переліку медичного обладнання для забезпечення потреб сфери охорони здоров'я в умовах воєнного стану» [6].

Закладам вищої освіти та Фаховим коледжам необхідно передбачити в освітніх процесах потребу формування відповідних знань, умінь та практичних навичок щодо використання сучасного медичного обладнання у здобувачів фахової вищої та передвищої освіти

#### **Література:**

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України № 2801-ХІІ від 19.11.1992 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.
2. Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: <https://www.who.int/>.
3. Щодо методики проведення розрахунку потреби у кадрах у сфері охорони здоров'я. Медична освіта. URL: <http://surl.li/imgsfh>
4. Дяченко Н. П. Державні механізми сприяння відновленню громадського здоров'я у період воєнного стану. *Суспільство та національні інтереси*. 2024. № 3(3). 180 с. С. 21-33. [https://doi.org/10.52058/3041-1572-2024-3\(3\)-21-33](https://doi.org/10.52058/3041-1572-2024-3(3)-21-33).
5. Фаховий коледж Київського університету інтелектуальної власності та права Національного університету «Одеська юридична академія». URL: <https://kyivinstitute.com/colledge>.
6. Про внесення зміни до переліку медичного обладнання для забезпечення потреб сфери охорони здоров'я в умовах воєнного стану. Наказ МОЗ України від 26.09.2024 № 1650. URL: <http://surl.li/hgwztc>.

## STAKEHOLDER MAPPING FOR DETERMINING THE STRATEGY OF WORKING WITH INTERESTED GROUPS IN THE PUBLIC HEALTH SYSTEM

*Kriachkova L.V., Semenov V.V., Korobko M.Y.*  
*Dnipro State Medical University, Dnipro*

The development of Ukrainian public health system demands a clear establishment of development priorities and the identification of key stakeholders alongside their primary functions. Addressing the disparities associated with the epidemiology of chronic non-infectious diseases, in particular, certain dental conditions, requires coordinated strategic actions across various economic sectors. These efforts should focus on the principal risk factors for these diseases and the social determinants that contribute to inequality.

To effectively strengthen public health, it is essential to adopt a comprehensive approach that unifies the efforts of multiple stakeholders. Analyzing the potential for involving diverse interested parties in this process is crucial for achieving meaningful outcomes.

Because the strengthening of public health requires a comprehensive approach that combines the efforts of various stakeholders, the analysis of the feasibility of involving various interested parties in the process of its provision is of great relevance.

*The aim.* This study aims to conduct stakeholder mapping within the context of dental public health for the young population and to identify effective strategies for engaging key stakeholders.

*Materials and Methods.* Expert evaluations were conducted with the involvement of 15 specialists with a high (level of competence on the issue of dental public health. With the help of visualization on the two-dimensional model «power-interest» of various interested groups, stakeholder mapping was carried out. Results were analyzed using standard statistical methods using Jupyter Notebook (<https://jupyter.org/install>). Intraclass correlation coefficient (ICC) with the 95 % confidence interval (95 % CI) were used to assess the agreement of experts' opinions. A value of  $p < 0.05$  was considered critical when testing all statistical hypotheses.

*Results.* The experts emphasized the critical roles played by public health centers, children's dentists, dental healthcare institutions, higher medical education institutions, and communities in shaping children's oral health. These stakeholders were classified as having high power and high interest on the power-interest grid. In contrast, families, children's dentists, and dental healthcare institutions demonstrated the greatest interest in the issue, while social services, non-governmental organizations, pharmacies, and retail chains showed the least engagement.

Regarding dental health-preserving behaviors, dental healthcare institutions, families, and children's dentists exhibited the highest levels of interest, with expert evaluations indicating maximum ratings of 60.0 %, 66.7 %, and 86.7 %, respectively. However, dental healthcare providers reported a statistically significantly ( $p < 0.05$ ) lower perception of their power in addressing children's dental health challenges. Overall, the average expert ratings suggested a sufficient level of power across stakeholders.

The identified key stakeholders included families, communities, healthcare professionals, and pediatric dentists, all of which were characterized by high power

and high interest. Families played an essential role in shaping children's lifestyles, healthcare management bodies were responsible for establishing regulatory frameworks, and family doctors were pivotal in both primary and secondary prevention, as well as managing risk factors associated with non-infectious diseases.

Expert consensus on the determination of power and interest was robust, with ICC values of 0.76 (95 % CI 0.56 – 0.91) for power and 0.79 (95 % CI 0.59 – 0.92) for interest. This highlights the need for targeted efforts tailored to each group's unique capabilities and limitations to foster effective collaboration.

Notably, while international projects and the business community exhibit high power, they demonstrate low interest in addressing the risk factors associated with non-communicable diseases. These groups may resist initiatives aimed at promoting public health. Consequently, strategies to engage these stakeholders should focus on igniting their interest in contributing positively to public health efforts. Such strategies may include development of legislation frameworks that would allow for more opportunities in engaging international projects to non-communicable diseases management, or promoting initiatives that target specifically non-communicable diseases.

Moreover, stakeholders such as media figures, bloggers, and others who possess low power but exhibit high interest can significantly influence public opinion and help promote pediatric dental public health initiatives. Social media platforms serve as valuable tools for enhancing engagement between health policymakers and recipients of health services, providing spaces for mutual feedback and dialogue.

Finally, it is essential to systematically monitor stakeholders with low levels of power and interest, such as social services and pharmacies, as their positions and influence may evolve over time.

*Conclusions.* This study highlights the critical importance of developing and implementing multidisciplinary prevention programs focused on dental public health. It underscores the necessity for collaboration among various stakeholder groups, emphasizing the significant role of interaction between interested parties in influencing the determinants of health among the youth population. Such collaborative efforts are vital for ensuring social equity and addressing health disparities effectively. By leveraging the strengths of diverse stakeholders, the public health landscape in Ukraine can be significantly enhanced, leading to better health outcomes for the younger population.

## **ORGANIZATION OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR PREGNANT WOMEN IN THE CONDITIONS OF THE MILITARY STATE: INTEGRATION INTO THE HEALTH CARE SYSTEM**

***Orel O.V., Yaremenko A.V.***

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv*

In the conditions of martial law, the psychological support of pregnant women takes on special importance. The stress, uncertainty and increased risks associated with military conflict can negatively affect the mental health of expectant mothers and, as a result, the course of pregnancy and fetal development. Integration of an

effective system of psychological support into the general health care system is a critically important task for providing comprehensive care for pregnant women [1].

The first step in organizing psychological support for pregnant women is to carry out a comprehensive assessment of needs. This includes an analysis of the current situation, identification of the main stressors faced by pregnant women in martial law, and an assessment of the available resources of the health care system. Based on this assessment, a strategy is developed that takes into account the specific challenges of wartime and integrates psychological support into existing pregnancy management protocols [2].

An important aspect is the training of medical workers who are in direct contact with pregnant women. Doctors, obstetrician-gynecologists, nurses and other personnel must undergo special training in the basics of psychological support and crisis counseling. This will allow them to identify signs of psychological distress, conduct an initial assessment of the mental state of pregnant women and provide basic psychological assistance [3].

Effective psychological support of pregnant women requires a multidisciplinary approach. It is recommended to create a team in each health care facility that provides assistance to pregnant women, which includes obstetrician-gynecologists, psychologists, social workers and, if possible, psychiatrists. Such a team provides a comprehensive approach to the care of pregnant women, taking into account both physical and psychological aspects of their health.

Regular mental health screening of pregnant women should become an integral part of prenatal care. The use of standardized questionnaires to detect symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress disorder (PTSD) allows timely identification of women who need additional psychological support.

Group classes and therapy groups for pregnant women can be an effective way to provide psychological support. Such groups allow women to share experiences, receive emotional support from other participants, and learn strategies for coping with stress.

In conditions of limited access to medical facilities due to martial law, it is important to develop telemedicine services and online resources for psychological support of pregnant women. This may include video consultations with psychologists, online support groups, and mobile apps for self-help and mental health monitoring.

Cooperation with international and local humanitarian organizations can significantly expand the possibilities of providing psychological support to pregnant women. Such organizations often have experience working in crisis situations and can provide additional resources and expertise.

Regular monitoring and evaluation of the effectiveness of implemented measures are key to continuous improvement of the psychological support system. This includes collecting and analyzing data on the number of women who received help, assessing their psychological state before and after the intervention, and collecting feedback from patients and medical staff.

Integrating psychological support of pregnant women into the health care system under martial law is a difficult but necessary task. A comprehensive approach, which includes staff training, creation of multidisciplinary teams, implementation of screening programs and development of telemedicine services, allows to provide comprehensive support to pregnant women during this difficult period. Such support

not only improves the psychological well-being of expectant mothers, but also contributes to better pregnancy outcomes and newborn health.

**References:**

1. Farren J, Jalmbarrant M, Falconieri N, Mitchell-Jones N, Bobdiwala S, Al-Memar M, Tapp S, Van Calster B, Wynants L, Timmerman D, Bourne T. Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective, cohort study. *Am J Obstet Gynecol.* 2020 Apr;222(4):367.e1-367.e22. doi: 10.1016/j.ajog.2019.10.102. Epub 2019 Dec 13. PMID: 31953115.

2. Saur AM, Dos Santos MA. Risk factors associated with stress symptoms during pregnancy and postpartum: integrative literature review. *Women Health.* 2021 Aug;61(7):651-667. doi: 10.1080/03630242.2021.1954132. Epub 2021 Jul 26. PMID: 34311677.

3. Krupelnyska L, Morozova-Larina O. Perinatal experiences of Ukrainian women at the beginning of the war. *J Reprod Infant Psychol.* 2023 Jul 24:1-18. doi: 10.1080/02646838.2023.2240827. Epub ahead of print. PMID: 37485953.

### Секція 3. РОЗБУДОВА СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

#### ФОРМУВАННЯ СТІЙКОСТІ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я З УРАХУВАННЯМ ГЛОБАЛЬНОГО ІНДЕКСУ БЕЗПЕКИ ЗДОРОВ'Я

**Кармишев Д.В.<sup>1</sup>, Гордієнко Л.П.<sup>1</sup>, Замчій С.В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Полтавський державний медичний університет, м. Полтава

<sup>2</sup>Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, м. Харків

Звіт, що був оприлюднений за спільної участі Ініціативи зі зменшення ядерної загрози (NTI) та Центру безпеки охорони здоров'я ім. Джона Хопкінса при Школі громадської охорони здоров'я Блумберга, метою діяльності якої є захист від епідемій і катастроф [6], а також враховував дослідження Economist Impact [3], дозволив виявити спроможність більшості країн світу забезпечити своєчасну готовність можливих пандемій та епідемій. Узагальнені результати звіту продемонстрували недостатність ресурсів країн світу, коли йдеться про забезпечення належної охорони здоров'я під час глобальних викликів, що підкреслює вразливість людства до можливих небезпечних подій у сфері охорони здоров'я, що можуть набути неконтрольованого перебігу. При цьому, як зазначається у відповідному документі під назвою The Global Health Security Index Finds All Countries Remain Dangerously Unprepared for Future Epidemic and Pandemic Threats (2021), більшість країн демонструє не лише неготовність до епідемій та пандемій, а й обмеженість щодо реагування на них, що може негативно вплинути на здоров'я та безпеку на різних рівнях, від глобального і до локального, що потребує побудови такої системи глобальної безпеки охорони здоров'я, що потребує колективної відповідальності та стійкості національних систем охорони здоров'я, особливо стосовно біологічних ризиків для людства [5].

Індекс безпеки здоров'я (GHS) [5] включає шість основних категорій (сфер впливу) з відповідними індикаторами, що спрямовані на оцінку спроможності щодо запобігання, виявлення та реагування на біологічні загрози. До цих категорій віднесено такі, як: «профілактика» (*prevention*), передбачає запобігання виникненню або вивільненню патогенів, зокрема, які можуть призвести до надзвичайної ситуації у сфері охорони здоров'я транскордонного значення; «виявлення та звітування» (*detection and reporting*), передбачає раннє виявлення та реагування на епідемії, що потенційно можуть поширюватися за межі національних кордонів; «швидке реагування» (*rapid response*), передбачає швидке реагування на епідемії та запобігання їх поширенню; «система охорони здоров'я» (*health system*), передбачає наявність достатньої та надійної системи охорони здоров'я для лікування хворих і захисту медичних працівників; «відповідність міжнародним нормам» (*compliance with international norms*), передбачає зобов'язання щодо зміцнення ресурсного потенціалу, фінансування планів для вирішення проблем національного рівня; «середовище ризику» (*risk environment*), передбачає врахування сутності та особливостей загального середовища ризиків та вразливостей країн до загрозливих біологічних чинників [5].

Інтегрована концепція One Health, передбачає досягнення стійкої гармонії відносно збалансованої оптимізації здоров'я людей, тварин та екосистем і є об'єднуючою концепцією охорони здоров'я, що спрямована на

формування такої глобальної екосистеми, що включає такі складові, як: людство, тваринний і рослинний світ, навколишнє середовище, що є взаємопов'язаними та взаємозалежними між собою. Тобто, відповідна концепція в кінцевому рахунку може бути визначальною у розв'язанні широкого спектру проблем, що зумовлені хворобами та потребують як запобіжних заходів, так і заходів боротьби – від профілактики до виявлення, готовності, реагування та лікування, що може бути значним внеском у глобальну безпеку охорони здоров'я. При цьому, запровадження та широке використання концепції «One Health» сприятиме як цілісному розумінню ризиків, так і прийняттю обґрунтованих рішень, що враховують переваги такого цілісного підходу до вирішення глобальних проблем людства [4].

Спільною думкою експертів сьогодні є припущення, що недостатня готовність національних систем охорони здоров'я до епідемій та пандемії, а також обмеженості, як інституціональні, так і ресурсні, щодо реагування на них, можуть згодом призвести до суттєвих негативних наслідків не лише для систем охорони здоров'я, а й відповідним чином впливати на стан економіки та соціальної сфери, а також політичні процеси, що потребуватиме запровадження інтегрованих підходів до формування політики глобальної безпеки системи громадського здоров'я, що мають бути спрямовані передусім на забезпечення колективної відповідальності та стійкості національних систем охорони здоров'я, враховуючи вразливість до потенційно небезпечних подій та надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я, що також можуть значно вплинути на підвищення ступеню ризиків для людства, обумовлених біологічними чинниками [1].

Таким чином, базуючись на інтегрованій концепції One Health, аналізуючи можливості застосування глобального індексу безпеки здоров'я (GHS) [5], а також інших відкритих даних глобальних досліджень у сфері громадського здоров'я можливо враховувати ці дані у якості визначальних маркерів для прогнозування відповідних глобальних ризиків, що сприятиме розробленню комплексу заходів щодо здійснення основних оперативних функцій системи громадського здоров'я, що реалізуються головною експертною установою у сфері громадського здоров'я – ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» в комплексі з іншими інституціями за функціональним призначенням на регіональному рівні, зокрема щодо епідеміологічного нагляду, оцінки, спостереження та контролю за показниками і чинниками, що впливають на здоров'я населення, а також, вдосконаленню моніторингу, готовності і своєчасності реагування на небезпечні чинники, події та надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я [2].

#### **Література:**

1. Карамішев Д. В., Гордієнко Л. П., Родина Н. С., Дідок Ю. В., Замчий С. В. Глобальний індекс безпеки здоров'я як орієнтир кризового управління у забезпеченні стійкості системи громадського здоров'я. Державне будівництво. 2024. № 1 (35). С. 269-280. URL: <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2024-1-20>
2. Про систему громадського здоров'я : Закон України від 06.09.2022 р. № 2573-IX. *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*. 2023. № 26. С. 93. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text> (дата звернення: 22.04.2024).

3. Economist Impact. URL : <https://impact.economist.com> (Accessed: 25.04.2024).

4. One Health. World Health Organization : website. URL: [https://www.who.int/health-topics/one-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/one-health#tab=tab_1) (Accessed: 26.05.2024).

5. The Global Health Security Index Finds All Countries Remain Dangerously Unprepared for Future Epidemic and Pandemic Threats (2021). GHS INDEX : website. URL: <https://ghsindex.org/news/2021-global-health-security-index-finds-all-countries-remain-dangerously-unprepared-for-future-epidemic-and-pandemic-threats/> (Accessed: 20.04.2024).

6. The Johns Hopkins Center for Health Security. URL: [www.centerforhealthsecurity.org](http://www.centerforhealthsecurity.org) (Accessed: 27.04.2024).

## **МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ВИХОВАТЕЛІВ ЗАКЛАДІВ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ: КЛЮЧОВА СКЛАДОВА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

***Завгородній І.В., Лисак М.С., Парамонова А.О.***

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

*Вступ.* 1 жовтня 2023 року набув чинності Закон України № 2573-IX від 6 вересня 2022 року «Про систему громадського здоров'я». Основними цілями цього Закону є покращення здоров'я населення, профілактика захворювань та продовження тривалості життя. Він підкреслює важливість комплексного підходу до здоров'я працівників, особливо у суспільно важливих сферах, що включає не лише медичні, але й соціальні та психологічні аспекти [1]. Вихователі закладів дошкільної освіти щоденно піддаються впливу багатьох стресових чинників, які з часом можуть призвести до зниження їхньої працездатності та розвитку синдрому професійного вигорання [2]. Питання підтримки ментального здоров'я вихователів закладів дошкільної освіти є надзвичайно важливим, оскільки саме вони формують фундамент майбутніх поколінь.

Метою даного дослідження було оцінити ментальне здоров'я вихователів груп короткотривалого перебування м. Харкова.

*Матеріали і методи.* Нами було проведено анонімне анкетування 32 вихователів груп короткотривалого перебування, м. Харків (2024 р.). Дослідження проводилось в визначених приміщеннях КП «Харківський метрополітен». Ризик вигорання визначався за допомогою опитувальника «Maslach Burnout Inventory-General Survey» (MBI-GS) [3], який містить шкали: «емоційне виснаження», «цинізму» та «редукції особистих досягнень». Ризик вигорання визначали за Kalimo et al. [4]. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою комп'ютерної програми SPSS версія 26 (IMB, Armonk, NY, USA).

*Результати та висновки.* За результатами анкетування MBI-GS [3], 3,1 % респондентів продемонстрували високий рівень емоційного виснаження, що вказує на постійну втому, стрес та відчуття нездатності ефективно виконувати свої робочі обов'язки. Помірний рівень емоційного виснаження спостерігався у 21,9 % респондентів. Високий рівень цинізму виявили у 12,5 % респондентів, що свідчить про значне відсторонення від робочих завдань та

людей (колеги, діти, батьки), з якими вони взаємодіють. Середній рівень цинізму зафіксовано у 31,3 % респондентів. Аналіз шкали редукції особистих досягнень показав високий рівень редукції у 6,3 % респондентів, що свідчить про істотне зниження їхніх можливостей і здатностей досягати професійних результатів. Згідно з даними Kalimo et al. [4], деякі симптоми вигорання було виявлено у 25,0 % респондентів.

Ранній вплив на розвиток дитини є вирішальним, адже він визначає не лише академічні досягнення в майбутньому, але й формує світогляд, поведінку та здорові звички, які впливатимуть на життя людини й суспільства загалом. Отримані результати яскраво підкреслюють значущість впровадження профілактичних заходів, спрямованих на запобігання та ранню діагностику симптомів професійного вигорання. Це сприятиме збереженню фізичного та ментального здоров'я вихователів закладів дошкільної освіти і стане важливим компонентом зміцнення системи громадського здоров'я.

#### **Література:**

1. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>
2. Darius, S., Kuhrmeier, M., Lysak, M., Zavgorodnii, I., & Böckelmann, I. (2023). Work load among german and ukrainian kindergarten teachers and its effects on work ability and mental health. *Ukrainian Journal of Occupational Health*, 2023(4), 266–276. <https://doi.org/10.33573/ujoh2023.04.266>
3. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP., Hrsg. MBI Manual. 3. Aufl. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1996
4. Kalimo R, Pahkin K, Mutanen P et al. Staying well or burning out at work: Work characteristics and personal resources as long-term predictors. *Work Stress* 2003; 17: 109-122. <https://doi.org/10.1080/0267837031000149919>

## **РОЛЬ НЕДЕРЖАВНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ У РОЗВИТКУ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНЦІВ**

**Бурдюг В.С., Огнєв В.А.** (керівник роботи)

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Громадське здоров'я є фундаментальним елементом соціально-економічного розвитку будь-якої країни. В Україні питання зміцнення здоров'я населення набувають особливої актуальності в контексті економічних і соціальних викликів, що стоять перед державою. В умовах обмежених ресурсів та інституційних можливостей державної системи охорони здоров'я, важливу роль у розвитку громадського здоров'я починають відігравати недержавні організації. Ці організації, діючи на основі громадських ініціатив, здатні ефективно доповнювати зусилля державних інституцій, пропонуючи інноваційні підходи до вирішення нагальних проблем, сприяючи підвищенню обізнаності населення про здоровий спосіб життя, профілактиці захворювань та наданню медичних послуг у важкодоступних регіонах.

Постійна співпраця недержавних структур та органів державної влади є необхідною умовою для досягнення сталого розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Недержавні організації часто мають більше можливостей

для швидкої адаптації до змінних умов та інноваційної діяльності, що може бути менш властиво для державних інституцій. Водночас, державні органи мають необхідну законодавчу та адміністративну базу, яка дозволяє масштабувати успішні ініціативи недержавних організацій на загальнонаціональному рівні.

Ефективна співпраця між цими секторами може забезпечити кращу координацію дій, більш раціональне використання ресурсів та підвищення загальної ефективності системи охорони здоров'я. Зокрема, це може включати спільні проекти з профілактики та лікування хронічних захворювань, організацію просвітницьких кампаній щодо здорового способу життя, та впровадження сучасних технологій для покращення якості медичних послуг [1].

Важливим аспектом такої співпраці є створення механізмів для обміну інформацією та досвідом між державними і недержавними структурами. Це включає проведення спільних конференцій, семінарів та тренінгів, а також розвиток платформ для обміну найкращими практиками.

Фонд «Пацієнти України» активно займається захистом прав пацієнтів та забезпеченням доступу до якісної медичної допомоги. Організація проводить адвокаційні кампанії, спрямовані на зміну законодавства, яке регулює доступ до лікування для хворих на рідкісні та важкі захворювання. Вона також займається збором коштів та закупівлею необхідних медикаментів для пацієнтів, які не можуть отримати їх через державні програми.

Українська медична місія (УММ) є прикладом НДО, що надає безпосередню медичну допомогу населенню. Під час війни УММ організувала мобільні медичні бригади, які надавали медичну допомогу в зоні бойових дій та прилеглих територіях. Ці бригади забезпечували не лише фізичне, а й психологічне лікування для постраждалих.

«Лікарі без кордонів» (MSF) надає медичну допомогу в Україні, особливо в регіонах, де доступ до медичних послуг обмежений через конфлікт або економічні труднощі. Вони організують мобільні клініки, забезпечують вакцинацію, проводять хірургічні втручання та надають психологічну підтримку. Робота MSF є критично важливою в кризових ситуаціях, коли державна медична система не в змозі забезпечити необхідну допомогу.

Фонд «Таблеточки» підтримує дітей з онкологічними захворюваннями та їхні родини. Вони забезпечують медикаменти, фінансову підтримку для лікування за кордоном, а також надають психологічну допомогу. Крім того, фонд працює над підвищенням обізнаності про дитячу онкологію та залученням громадськості до донорства.

НДО забезпечують широкий спектр послуг, включаючи психологічну підтримку, консультації, кризове втручання, групи підтримки та освітні програми. Ці організації часто працюють з вразливими групами населення, такими як ветерани, внутрішньо переміщені особи, жертви насильства, підлітки та люди похилого віку.

Однією з основних переваг НДО є їхня здатність швидко реагувати на нові виклики та адаптувати свої програми до потреб громади. Вони можуть впроваджувати інноваційні підходи та методики, залучаючи найсучасніші наукові розробки та міжнародний досвід [2].

Недержавні організації також відіграють важливу роль у підвищенні обізнаності про проблеми ментального здоров'я та боротьбі зі стигматизацією. Проведення інформаційних кампаній, семінарів та тренінгів сприяє

формуванню більш толерантного та розуміючого суспільства, де питання ментального здоров'я не є табу. Це, у свою чергу, сприяє більшій готовності людей звертатися за допомогою та підтримкою.

Фонд «Здорова нація» займається наданням психологічної допомоги ветеранам війни та їхнім родинам. Вони організують групи підтримки, індивідуальні консультації з психологами, а також проводять тренінги та семінари з подолання посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Ця діяльність допомагає ветеранам інтегруватися у мирне життя та зменшує ризик соціальної ізоляції.

Організація «Людина в біді» надає психологічну підтримку внутрішньо переміщеним особам (ВПО) та людям, які постраждали від конфлікту. Вони організують мобільні команди психологів, які працюють у віддалених та важкодоступних районах, надаючи консультації та психологічну допомогу тим, хто найбільше цього потребує. Організація також проводить тренінги для соціальних працівників та психологів, підвищуючи їхню кваліфікацію.

Благодійна організація «Українська фундація громадського здоров'я» працює над розвитком програм, спрямованих на підтримку ментального здоров'я молоді. Вони проводять освітні кампанії у школах та університетах, організують тренінги з управління стресом та подолання тривожних розладів, а також надають онлайн-консультації для молодих людей, які стикаються з психологічними проблемами.

Благодійна організація «Центр психічного здоров'я та травмотерапії «Інтеграція» займається дослідженням та лікуванням психічних розладів, спричинених конфліктом та іншими травматичними подіями. Вони проводять терапевтичні сесії, дослідження ефективності різних методів лікування, а також співпрацюють з міжнародними організаціями для впровадження передових практик у сфері ментального здоров'я. Центр також займається підготовкою фахівців з психічного здоров'я, забезпечуючи їх необхідними знаннями та навичками для роботи з травмованими пацієнтами.

Недержавні організації відіграють важливу роль у підвищенні обізнаності про проблеми ментального здоров'я та боротьбі зі стигматизацією, проводячи інформаційні кампанії, семінари та тренінги, що сприяє формуванню толерантного суспільства та більшій готовності людей звертатися за допомогою.

*Висновок.* Отже, недержавні організації відіграють важливу роль у розвитку громадського здоров'я та зміцненні здоров'я українців. Їх діяльність доповнює та розширює можливості державних структур, забезпечуючи більш комплексний підхід до охорони здоров'я населення. Завдяки гнучкості, орієнтації на конкретні потреби громади та здатності залучати міжнародну підтримку, ці організації можуть швидко та ефективно реагувати на виклики, що виникають у сфері охорони здоров'я. Підтримка та розвиток партнерства між державними та недержавними секторами є критично важливими для забезпечення стійкого розвитку системи охорони здоров'я в Україні. З огляду на це, необхідно створити сприятливі умови для діяльності недержавних організацій, включаючи законодавчу підтримку, фінансування та розвиток інфраструктури, що сприятиме ефективному вирішенню проблем у сфері громадського здоров'я.

## **Література:**

1. Жеребятнікова І. В. Роль недержавних організацій у становленні громадянського суспільства в Україні. URL: <http://surl.li/ucgk>
2. Карамушка Л. Психічне здоров'я: сутність, основні детермінанти, стратегії та програми забезпечення. *Psychological Journal*. 2021. № 7 (5). С. 26–37.

## **ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМКИ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ В УКРАЇНІ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇХНЬОЇ РЕАЛІЗАЦІЇ**

**Бережна А.В., Чумаченко Т.О.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

*Вступ.* Протягом останніх років в Україні триває процес реформування та розбудови системи громадського здоров'я. Значних змін зазнала національна політика з питань ведення епідеміологічного нагляду, який передбачає постійний, систематичний збір, аналіз, інтерпретацію та своєчасне розповсюдження даних, пов'язаних зі здоров'ям населення. Метою епідеміологічного нагляду є визначення пріоритетних проблем громадського здоров'я, оцінка епідемічної ситуації, визначення факторів ризику розвитку захворювань в популяції людей, розробка та впровадження науково обґрунтованих програм та рекомендацій, що містять раціональні, своєчасні й ефективні управлінські рішення в сфері охорони здоров'я [1]. Наразі система громадського здоров'я в Україні функціонує в умовах повномасштабної війни, що ускладнює проведення епідеміологічного нагляду, особливо на територіях активних бойових дій, в прифронтових регіонах, на окупованих, деокупованих територіях.

Враховуючи важливість та необхідність в проведенні якісного епідеміологічного нагляду для забезпечення здоров'я та благополуччя населення було сформовано *мету дослідження* – визначити перспективні напрямки епідеміологічного нагляду в Україні та можливості їхньої реалізації в умовах війни.

*Матеріали та методи дослідження.* На підставі аналізу даних офіційної статистики щодо поширеності захворювань та інших станів, пов'язаних зі здоров'ям, серед населення України визначено пріоритетні проблеми громадського здоров'я в Україні. Проведено пошук та аналіз міжнародних і вітчизняних нормативно-правових документів, керівництв з питань епідеміологічного нагляду.

Дослідження є частиною науково-дослідної роботи кафедри епідеміології Харківського національного медичного університету «Аналіз впливу війни та її наслідків на епідемічний процес поширених інфекцій на засадах інформаційних технологій», що фінансується Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України з Державного бюджету, № держреєстрації 0123U100184.

*Результати дослідження.* Було встановлено, що тривалий час пріоритетним напрямком епідеміологічного нагляду в Україні був нагляд за інфекційними захворюваннями. Зокрема, наказом МОЗ України № 905 від 28.12.2015 року було затверджено триступеневу систему визначення випадків

інфекційних та паразитарних хвороб: застосовувались клінічні, епідеміологічні та лабораторні критерії, а випадок захворювання можна було класифікувати як підозрілий, ймовірний або підтверджений. Суттєвим недоліком даного наказу була відсутність критеріїв для визначення випадків інфекцій, що пов'язані з наданням медичної допомоги (ІПНМД), та випадків антимікробної резистентності. Це унеможливило виявлення та адекватну реєстрацію ІПНМД, в тому числі спричинених штамми мікроорганізмів, стійкими до антимікробних препаратів. Наприклад, за даними державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», показник поширеності ІПНМД по Україні у 2019 році склав 0,035 %. Для порівняння, у 2021 році в ході пілотного дослідження одноментної поширеності ІПНМД в п'яти областях України виявлено, що поширеність ІПНМД була значно вищою та складала 5,7 %. Розробка нової нормативної бази відповідно до міжнародних стандартів та практик, затвердження наказів МОЗ України № № 1726 від 30.07.2020 року, 1447 від 15.07.2021 року, 1614 від 03.08.2021 року, 1766 від 19.08.2021 року, сприяла покращенню та удосконаленню епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами, в тому числі ІПНМД та антимікробною резистентністю.

Іншим важливим напрямком епідеміологічного нагляду є нагляд за інфекціями, що контролюються імунопрофілактикою. Відповідно до діючого законодавства, Національним календарем профілактичних щеплень в Україні передбачена обов'язкова імунізація проти десяти інфекцій: вірусного гепатиту В, туберкульозу, правця, кашлюка, дифтерії, поліомієліту, гемофільної інфекції, кору, краснухи та епідемічного паротиту [2]. Високий рівень охоплення щепленнями є запорукою епідемічного благополуччя та припинення або зниження інтенсивності циркуляції збудника. Але ще до початку повномасштабного вторгнення відсоток охоплення щепленнями населення України був недостатнім та широко варіював залежно від цільового захворювання, вікової групи та регіону. Так, лише 14,7 % дорослого населення (від запланованого обсягу) було щеплено проти правця та дифтерії (АДП-м) у Чернігівській області у 2021 році, в Харківській області цей показник склав 40,7 %, по Україні в цілому – 45,4 %. В довосний час низький рівень охоплення щепленнями переважно був результатом недостатньої обізнаності населення, антивакцинальної пропаганди, недоліків комунікації та санітарно-просвітницької роботи серед населення, що призводило до зростання захворюваності та спалахів інфекційних хвороб.

В умовах війни існують передумови та додаткові ризики для поширення захворювань, що контролюються імунопрофілактикою. З одного боку, руйнування медичних закладів, нестача медичного персоналу, обмежений доступ до профілактичних програм на окупованих, деокупованих, прифронтових територіях, які піддаються обстрілам, призводять до зниження охоплення щепленнями цільових груп населення. З іншого боку, скупчення населення в сховищах та на шляхах евакуації, погіршення санітарно-гігієнічних умов життя тощо сприяють полегшенню реалізації механізмів передачі збудників інфекцій та збільшенню кількості джерел збудника інфекції.

До вразливих груп населення належать внутрішньопереміщені особи; військовослужбовці; мешканці територій зі зруйнованими закладами охорони здоров'я, пошкодженою інфраструктурою; медичні працівники; особи,

нешцеплені за віком та епідемічними показаннями. Під час війни робота по здійсненню епідеміологічного нагляду за інфекціями, контрольованими імунпрофілактикою, потребує посилення та підтримки міжнародних організацій.

Останнім часом провідною причиною смертей в усьому світі є неінфекційні захворювання, тому проведення епідеміологічного нагляду за неінфекційними захворюваннями є перспективним та необхідним для України напрямком. Тисячі людей в Україні страждають на цукровий діабет, серцево-судинні та онкологічні захворювання. Між тим, деякі захворювання можна попередити або знизити ризики їхнього розвитку, модифікуючи умови життя та праці, які значною мірою змінились через війну. З 1 жовтня 2023 року в країні в дію введено Закон України «Про систему громадського здоров'я», який є нормативним підґрунтям для розбудови систем епідеміологічного нагляду як за інфекційними, так і неінфекційними хворобами в Україні. Наразі напрямком епідеміологічного нагляду за неінфекційними захворюваннями потребує подальшої детальної розробки та впровадження додаткових стратегій та планів.

Також, в умовах війни, як ніколи раніше, існує необхідність збереження та зміцнення ментального здоров'я. Посттравматичні стресові розлади, поява різноманітних фобій та розвиток депресій є невід'ємною частиною життя більшості сучасних українців. Проблема полягає в тому, що і після закінчення війни ці захворювання будуть проявлятися та впливати на здоров'я та якість життя. Епідеміологічний нагляд за психічним здоров'ям має проводитись на популяційному рівні, як серед сукупного населення, так і в окремих його групах. Зокрема, це стосується військовослужбовців, які перенесли полон та катування; осіб, які пережили ментальне та фізичне насильство (в тому числі сексуальне); осіб, які втратили близьких родичів, пережили окупацію тощо. Відновлення ментального здоров'я сприятиме зменшенню кількості випадків насильства в громадах та сім'ях.

Ще однією складовою системи епідеміологічного нагляду, яка потребує широкого впровадження в Україні, є моніторинг стану навколишнього середовища та оцінка впливу на здоров'я населення різноманітних факторів довкілля. Зміна клімату; поява нехарактерних для території України природних явищ (пил із Сахари); масові пожежі в лісостепових регіонах України, зумовлені обстрілами та підпалами; руйнування будівель з виділенням азбестового пилу тощо призводять до погіршення стану повітря, забруднення водойм та інших об'єктів навколишнього середовища, що є небезпечним для людей, особливо дітей, осіб, які мають алергічні захворювання та патологію органів дихання, осіб похилого віку.

Враховуючи вищезазначене, існує багато перспективних напрямків та складових системи епідеміологічного нагляду, які слід реалізовувати в Україні. Для цього необхідно продовжити розробку нормативно-правової бази, розширювати фінансування сфери громадського здоров'я, співпрацювати з міжнародними організаціями та зацікавленими партнерами. Окрему увагу варто звернути на підготовку кваліфікованих фахівців в сфері епідеміології, громадського здоров'я та інших дотичних спеціальностей.

*Висновки.* Епідеміологічний нагляд – важливий інструмент системи громадського здоров'я. Перспективними напрямками та складовими епідеміологічного нагляду, які потребують впровадження на теренах України,

є нагляд за неінфекційними захворюваннями, психічним здоров'ям, моніторинг стану навколишнього середовища. Оптимізації потребує нагляд за інфекціями, що контролюються імунопрофілактикою.

### **Література:**

1. Про систему громадського здоров'я : Закон України від 06.09.2022 р. № 2573-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text> (дата звернення: 27.09.2024).

2. Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів : Наказ МОЗ України від 16.09.2011 № 595. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1159-11#Text> (дата звернення: 27.09.2024).

## **РОЗВИТОК ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ШЛЯХОМ ВПРОВАДЖЕННЯ В МЕДИЧНУ ОСВІТУ ОСНОВ МІЖНАРОДНОГО ГУМАНІТАРНОГО ПРАВА**

**Хижняк В.В.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

В умовах воєнного стану в Україні стало необхідним дотримання норм міжнародного гуманітарного права як у державі, так і у царині громадського здоров'я. Такий підхід (застосовування правових норм під час збройних конфліктів з метою обмеження засобів та методів ведення воєнних дій) є обов'язковою складовою на шляху нашої держави у Європейський союз і НАТО.

Наразі в прес-релізі Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України у межах удосконалення роботи в період воєнного стану зазначено, що «... галузь міжнародного гуманітарного права спрямована на захист цивільного населення від впливу збройного конфлікту та тих, хто припинив брати участь у воєнних діях. Міжнародне гуманітарне право покликане на обмеження наслідків конфліктів, виходячи з міркувань гуманності» [1].

Принцип гуманності зі стародавніх часів є одним з наріжних каменів медицини, громадського здоров'я. Тому норми зазначеної вище галузі права у важкі воєнні часи сучасної України стають важливими для вивчення і застосування вітчизняною системою охорони здоров'я і медичними працівниками.

Метою цього повідомлення є актуалізація необхідності опрацювання основ міжнародного гуманітарного права (далі – МГП) в якості обов'язкової навчальної дисципліни для здобувачів вищої медичної освіти.

Пропонується розподіл механізмів впровадження основ МГП у сферу медичної діяльності для наближення до рівня гуманності провідних західних країн на безпосередні та опосередковані.

Типовим прикладом безпосереднього механізму впровадження основ МГП вважаємо опублікований у вільному доступі наказ Міністерства оборони України (далі – МО України) «Про затвердження Інструкції про порядок виконання норм міжнародного гуманітарного права у Збройних Силах

Україні» від 23.03.2017 р. за № 164 [2] (далі – Інструкція). Ця Інструкція передбачає конкретизацію для медичних формувань МО України їхньої участі в реалізації порядку виконання норм МГП. Так, у розділі «I. Основні положення міжнародного гуманітарного права, що застосовуються у збройних конфліктах» (підрозділ «2. Основні терміни і поняття міжнародного гуманітарного права», стаття 32) цієї Інструкції наголошено: «Медичні формування – установи та інші формування, як військові, так і цивільні, створені для медичних цілей ... Наприклад шпиталі або інші подібні медичні центри і інститути, склади медичного майна та медико-фармацевтичні склади таких формувань. Медичні формування можуть бути стаціонарними або рухомими, постійними або тимчасовими». У пункті 1 статті 41 цієї ж Інструкції прописано, що медичні формування – це об'єкт, які знаходяться під захистом МГП тощо.

Прикладом опосередкованого механізму впровадження основ МГП пропонується введення зазначеної навчальної дисципліни для всіх здобувачів вищої медичної освіти. Ознайомлення з основами МГП може передбачати такі теми [3]:

- поняття МГП, його принципи, джерела та сфера дії;
- поняття та класифікація збройних конфліктів. Характеристики міжнародних, неміжнародних та гібридних збройних конфліктів;
- що вважається формальним початком збройного конфлікту та закінченням стану війни – чим стан війни відрізняється від воєнного стану і як відбувається перемир'я чи капітуляція;
- суб'єкти збройного конфлікту. Основні групи комбатантів та кого слід вважати комбатантами;
- захист цивільного населення під час збройних конфліктів. Міжнародні нормативно-правові акти, що регулюють поведінку із цивільними особами. Які категорії населення користуються додатковим захистом та яким чином можуть його реалізувати;
- заборонені засоби ведення війни. Які види озброєння підпадають під цю категорію та чому ці засоби стали забороненими. Дванадцять заборонених методів і причини, чому міжнародне право не дозволяє їх застосовувати;
- механізми імплементації норм МГП і як їх реалізують на практиці. Принципи універсальної юрисдикції. Міжнародні організації, що контролюють дотримання норм МГП, а також національне кримінальне законодавство щодо злочинів, здійснених під час збройних конфліктів;
- питання відповідальності за найтяжчі міжнародні злочини. Міжнародне кримінальне право і форми міжнародної відповідальності;
- воєнні злочини, їх зміст та розуміння характеру цих діянь;
- ефективна система забезпечення та реалізації правосуддя для жертв збройного конфлікту;
- міжнародні стандарти прав та свобод людини в умовах війни. Обставини, за яких правомірно обмежувати права людини в умовах збройного конфлікту;
- особливості застосування обмежень прав людини під час дії правового режиму воєнного стану в Україні. Які права людини не можна обмежувати навіть в умовах воєнного стану та які органи влади регулюють такі обмеження;

– особливості реалізації та обмеження особистих громадянських прав в умовах воєнного стану. На яких підставах та яким чином можна обмежувати ці права;

– про приватність та захист персональних даних в умовах воєнного стану. Як обробляють персональні дані, що таке приватність і які підстави для обробки персональних даних частіше виникають в період війни;

– інформаційні права в умовах воєнного стану. Як міжнародне та національне законодавство регулює інформаційні права та як забезпечувати реалізацію цих прав під час збройного конфлікту;

– особливості реалізації прав на свободу думки й слова під час воєнного стану. Інструментарій, що можна застосовувати при обмеженні цих прав, а також процедура трискладового тесту;

– захист прав і свобод людини публічними службовцями. Особливості роботи публічних служб в кризових обставинах та вимоги до роботи державних органів під час воєнного стану.

Таким чином, актуалізується ознайомлення і опрацювання основ МГП. Застосування норм МГП під час воєнного стану в Україні вимагає зусиль відповідних державних структур з акцентом на введення основ МГП в навчальний процес здобувачів вищої медичної освіти. Запропоновано план тематики освітньої дисципліни.

#### **Література:**

1. Міжнародне гуманітарне право [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://minre.gov.ua/diyalnist/napryamku-proektiv-minreintegracziyi/mizhnarodne-gumanitarne-pravo/> (Заголовок з екрану). Дата звернення: 30.06.2024 р.

2. Наказ Міністерства оборони України «Про затвердження Інструкції про порядок виконання норм міжнародного гуманітарного права у Збройних Силах України» від 23.03.2017 р. за № 164 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0704-17?find=1&text=%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8#Text> (Заголовок з екрану). Дата звернення: 30.09.2024 р.

3. Міжнародне гуманітарне право [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://osvita.diia.gov.ua/courses/international-humanitarian-law> (Заголовок з екрану). Дата звернення: 29.09.2024 р.

## **РОЛЬ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ У СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

***Приходько Н.І.***

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Профілактика є ключовим елементом громадського здоров'я, оскільки спрямована на запобігання виникненню захворювань, збереження здоров'я та покращення якості життя населення. Впровадження профілактичних заходів, таких як вакцинація, скринінги, просвітницькі кампанії та пропаганда здорового способу життя, дозволяє знизити захворюваність і смертність від інфекційних та хронічних хвороб. Ефективні профілактичні програми зменшують навантаження на систему охорони здоров'я, скорочують витрати на лікування

і реабілітацію, сприяючи економічному розвитку та підвищенню рівня благополуччя суспільства.

Профілактичні заходи дозволяють значно знизити ризик розвитку багатьох інфекційних та хронічних неінфекційних захворювань. Наприклад, завдяки масштабним вакцинаційним кампаніям вдалося практично ліквідувати такі захворювання, як віспа та поліомієліт. Регулярні скринінги та профілактичні огляди сприяють ранньому виявленню таких серйозних хвороб, як рак, серцево-судинні захворювання, діабет та інші. Чим раніше виявлено хворобу, тим більше шансів на успішне лікування і тим менше навантаження на систему охорони здоров'я.

Профілактика є значно економічно вигіднішою, ніж лікування захворювань. За оцінками експертів, кожен долар, вкладений у вакцинацію, зберігає від 16 до 44 доларів, які могли б бути витрачені на лікування та реабілітацію хворих. Крім того, зниження захворюваності зменшує втрати робочих днів, що позитивно впливає на економіку в цілому. Інвестування в профілактику допомагає не лише заощадити кошти, але й зменшити навантаження на лікарняні установи та поліпшити загальний стан здоров'я населення.

Пропаганда здорового способу життя є важливим напрямом профілактики, що включає популяризацію правильного харчування, фізичної активності, відмову від шкідливих звичок, таких як паління та надмірне вживання алкоголю. Розвиток культури здоров'я в суспільстві сприяє зменшенню кількості людей з ожирінням, серцево-судинними захворюваннями, цукровим діабетом та іншими хронічними хворобами, що, у свою чергу, покращує якість та тривалість життя населення.

Вакцинація є одним із найбільш ефективних та економічно виправданих профілактичних заходів, які існують на сьогоднішній день. Завдяки вакцинації вдається запобігти спалахам небезпечних інфекційних захворювань, таких як кір, гепатит В, дифтерія, кашлюк та багато інших. Однак, незважаючи на доведену ефективність вакцин, проблема недовіри до них залишається актуальною. Для підвищення рівня охоплення вакцинацією необхідно проводити активну просвітницьку роботу серед населення, розвінчувати міфи та поширювати науково обґрунтовану інформацію.

Профілактика має велике значення не лише для фізичного, але й для психічного здоров'я. Підтримка психосоціального благополуччя, профілактика стресів, депресії, розладів сну та інших психічних порушень є важливими складовими громадського здоров'я. У сучасному суспільстві, де стресові ситуації є невід'ємною частиною життя, профілактика психічних розладів набуває особливого значення. Програми підтримки психічного здоров'я, психотерапія, групи взаємодопомоги та інші заходи можуть суттєво поліпшити якість життя та знизити ризик серйозних психічних захворювань.

Профілактичні заходи повинні бути доступними для всіх верств населення, незалежно від їхнього соціального чи економічного статусу. Забезпечення рівного доступу до профілактичних програм, таких як вакцинація, скринінги та освітні кампанії, є важливим аспектом для зменшення нерівності в охороні здоров'я. Вразливі групи населення, зокрема роми, люди з низьким доходом, мешканці сільської місцевості, часто не мають доступу до базових медичних послуг. Впровадження програм, що враховують потреби цих груп, є критично важливим для досягнення справедливості в охороні здоров'я.

Незважаючи на значні досягнення, сфера профілактики здоров'я стикається з низкою викликів. Це включає недостатнє фінансування профілактичних програм, недовіру до медичних рекомендацій, поширення дезінформації та недостатню обізнаність населення про важливість профілактики. Для ефективного розвитку профілактичної медицини необхідно активізувати роботу з населенням, підвищувати рівень освіти медичних працівників, а також впроваджувати інноваційні підходи, зокрема цифрові технології та телемедицину.

**Висновки.** Таким чином, профілактика є ключовим інструментом забезпечення здоров'я суспільства, зниження захворюваності та смертності, а також підвищення якості життя. Інвестиції в профілактичні заходи – це інвестиції в здорове майбутнє нації, які забезпечують як економічні вигоди, так і соціальну стабільність.

#### **Література:**

1. Міністерство охорони здоров'я України. (2021). Національна стратегія розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року. Київ: МОЗ України.
2. Лук'янов, О. О., Кобишан, В. О. (2017). Профілактика хронічних неінфекційних захворювань: методичний посібник. Київ: ТОВ "Центр учбової літератури".
3. Федоренко, В. І. (ред.). (2016). Профілактика та громадське здоров'я: навчальний посібник. Київ: Медицина.
4. Білинський, Б. Т. (2017). Епідеміологія та профілактична медицина: підручник для студентів. Київ: Медична література.
5. Сало, І. В., Романчук, Л. В. (2015). Профілактична медицина як пріоритетний напрям охорони здоров'я населення. Український медичний часопис, № 4 (112).

## **РЕАЛІЗАЦІЯ ПРИНЦИПІВ ДІЯЛЬНОСТІ СФЕРИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я З ПОЗИЦІЙ ПОТРЕБИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗОРУ З ДИТИНСТВА**

***Денисюк Л.І., Повсткіна Т.М.***

*Національного університету охорони здоров'я України  
імені П.Л. Шупика, м. Київ*

Стратегія збереження та зміцнення здоров'я дітей та молоді визнана ефективною інвестицією у майбутнє держави, як на короткострокову, так і на довгострокову перспективу.

Зміна парадигми сучасного спілкування, навчання та працевлаштування висуває складні по тривалості навантаження вимоги до функціонування зорового аналізатора. Зростає кількість факторів ризику, які можуть мати потенційний вплив на погіршення зорових функцій, особливо в дитячому віці. Порушення функцій зору накладає відбиток на формування компонентів якості життя, формування особистості, що актуалізує пошук шляхів збереження офтальмологічного здоров'я, починаючи з дитинства.

Знання про керовані і некеровані фактори ризику розвитку офтальмологічної патології (особливо спадкового анамнезу, індивідуальних

особливостей фізичного, психічного розвитку і навчання дитини) дозволяють сімейному лікарю впроваджувати засади первинної профілактики хвороб ока серед прикріпленого населення, ефективно формувати групу ризику, організувати та брати участь у проведенні заходів із нівелювання керованих факторів ризику, включаючи шляхи попередження негативного впливу факторів оточуючого середовища та режиму зорових навантажень, а також безпосередньо забезпечувати виявлення хвороб ока та його додаткового апарату на ранніх стадіях. Сприяє цьому безперервний професійний розвиток організований для всіх лікарів, в тому числі сімейних лікарів, під час якого є змога поглиблення знань, навичок з перевірки зорових функцій та виявлення їх порушень, особливо у дітей різного віку.

Потребують доповнення освітні програми другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» питаннями організації профілактичних діагностичних обстежень, включаючи заходи первинної, вторинної і третинної профілактики хвороб ока та його додаткового апарату серед дітей. Спеціалісти з громадського здоров'я, володіючи набутими знаннями, мають активно долучатися до реалізації завдань комплексних міжсекторальних регіональних програм, міжсекторальних заходів за участі освітян та медиків, в частині посилення профілактичної складової збереження офтальмологічного здоров'я дітей. Зростає потреба у об'єднанні зусиль із залученням медичної, освітньої спільноти, співробітників служби громадського здоров'я, засобів масової інформації, тощо. Платформою для їх взаємодії можуть ставати медичні та освітні заклади різної форми власності, регіональні громадські організації та об'єднання. Так, дошкільна та шкільна освіта може долучатися в тому числі через консультації вихователів і класних керівників із родинами дітей, розроблені і реалізуються на практиці дидактичні матеріали індивідуальної роботи вихователів із дітьми з зоровими відхиленнями, працює мережа дошкільних освітніх навчальних закладів для слабкозорих дітей.

Реалізуються різні форми співпраці освітян із батьками, але ми пропонуємо пошук одночасної їх взаємодії і з медиками (дитячими офтальмологами, сімейними лікарями, оптометристами), що дозволить спрямовувати зусилля на попередження прогресування виявленої у дитини офтальмологічної патології.

Послідовність взаємодії медиків у наданні медико-профілактичних послуг дитині із підозрою на порушення функцій зору включає: профілактичні огляди з тестуванням на наявність розладів функцій зору; відстеження анамнезу та факторів ризику; забезпечення огляду лікаря та/або залучення команди медиків при потребі; робота через соціальні медіа ресурси для дітей, підлітків та батьків.

Індикатором ефективності роботи із залученням медиків, освітян, громадських організацій, співробітників служб громадського здоров'я може стати вивчення рівня обізнаності з потреби збереження здорового зору з дитинства для всіх верств населення.

Таким чином, в сучасних українських реаліях із значним дефіцитом фінансування бюджетної сфери, зокрема медико-профілактичних послуг в охороні здоров'я дитячого населення, для виходу із скрутного становища, необхідно застосувати удосконалені і нові підходи та ініціативи для забезпечення ефективного міжсекторального підходу до вирішення проблеми збереження зору з дитинства. Залишається відкритим питання пошуку

інвестицій в сферу охорони здоров'я на рівні державної політики, реалізації державних та регіональних програм, які мають на меті збереження офтальмологічного здоров'я підстаючого покоління та молоді в державі в цілому. Саме регіональні програми можуть ефективно об'єднати медиків, освітян, співробітників служб громадського здоров'я, громадських організацій та об'єднань для реалізації заходів із збереження здорового зору з дитинства для всіх верств населення.

#### **Література:**

1. Громадське здоров'я : підручник / за ред. В. Ф. Москаленка. Вінниця : Нова кн., 2012. 559 с.
2. Костецька А. О., Орлова Н. М. Роль первинної ланки системи охорони здоров'я у профілактиці порушень зору у школярів. Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої всесвітньому дню здоров'я 2013 р. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2013. № 1. С. 159–160.
3. Методичні рекомендації для врахування Цілей сталого розвитку в стратегіях розвитку територіальних громад: підготовлено в рамках проекту ПРООН/ГЕФ «Інтеграція положень Конвенції Ріо у національну політику України», 2017.60 с.
4. Пересипкіна Т.В., Меркулова Т.В., Сидоренко Т.П., Пересипкіна А.М. Медичне забезпечення школярів в системі громадського здоров'я. *Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології*. 2018. Т.12, № 3: Актуальні проблеми педіатрії. Матеріали XIII Конгресу педіатрів України 9–11.10.2018, м. Київ. С. 52–53.
5. Про організацію освітньої роботи в дошкільних навчальних закладах у 2016/2017 навчальному році. Інструктивно-методичні рекомендації (Додаток 1 до листа МОН України від 16.06.2016 р., № 1/9-315). Дошкільне виховання. 2016. № 7. С. 8–10.
6. Слабкий Г.О., Миронюк В.І. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст. *Україна Здоров'я нації*. 2017. № 3 (44). С. 24–32.
7. Ткачук Г. В. Особливості впровадження мобільного навчання: перспективи, переваги та недоліки. *Інформаційні технології і засоби навчання*. 2018. Т. 64, № 2. С. 13–22. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/ITZN\\_2018\\_64\\_2\\_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/ITZN_2018_64_2_4).
8. Ямненко Т. М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. *Юридичний вісник. Повітряне і космічне право*. 2018. № 2. С. 116–120.

### **ІСТОРИЧНІ ВИТОКИ ТА СУЧАСНІ ДЕМОКРАТИЧНІ ЗАСАДИ СПІВПРАЦІ МЕДИЧНОЇ СПІЛЬНОТИ ТА ГРОМАДСЬКОСТІ У ВИРІШЕННІ АКТУАЛЬНИХ ЗАВДАНЬ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**Пилипчук В.Л., Черешнюк Г.С., Герасимюк К.Х., Жарлінська Р.Г.**  
*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,  
м. Вінниця,*

Як свідчить світова історія медицини, практика найкращих лікарів, «лікарів – Богу подібних», є широко висвітленою в стародавніх медичних

текстах та підкріплена численними історичними фактами. Їх вшановані нащадками імена овіяні легендами та збережені в стародавніх історико – медичних пам'ятках народів Світу. Проте ніде не йдеться про історію співпраці лікарів (за винятком навчання молоді у досвідчених майстрів медичної справи), про управління їх діяльністю та незалежну оцінку результатів лікування. Здебільшого професійне визнання, а у найкращих лікарів шлях до професійного безсмертя, формували вдячність пацієнтів та лікарський гуманізм. Різноманіття епох та унікальність народів Світу не завадили викреслитися в часі схожим і навіть спільним закономірностям – визнанням лікарської діяльності як унікального виду людської праці, однією з найбільш потрібних усім в суспільстві.

Новий історичний час, а з ним науково-технічний прогрес, збагатили медицину не тільки відкриттями природничих наук, розвитком медичних технологій та хіміко-фармацевтичними можливостями лікування, а й демократичними перетвореннями. Вони наблизили, а згодом пов'язали їх з медичною діяльністю і стали двигуном об'єднання лікарів в колективній праці. Цей процес йшов одночасно з набуттям масового характеру лікарської діяльності та розвитку університетської освіти. Демократичний розвиток прогресивних країн світу у підвалинах нового світогляду розвивав ідеї визнання права людини на медичну допомогу та соціальний захист у випадках втрати здоров'я або каліцтва, пріоритетного права на охорону материнства і дитинства. Спочатку це знаходило своє відтворення в європейському революційно-демократичному русі XIX-го століття та проявилось згодом у формуванні страхової моделі медичної допомоги. В XX-му столітті перші паростки демократизації суспільного та медичного світогляду переростають у залучення населення до організації медичної допомоги. Найбільш доступна до обговорення вітчизняна історія, оскільки ще живі свідки і учасники цих подій, доступні їх живі думки та спогади. Залишимо фахівцям, історикам та політологам, оцінку ідеологічного наповнення того часу. Спрямуємо нашу увагу на зародження та соціальне обґрунтування співпраці медичних працівників та споживачів медичної допомоги («широких народних мас» за термінологією того часу) для потреби їх здоров'я.

Робота на промислових підприємствах особливо в гірничодобувній та металургійній промисловості, завжди була важкою, небезпечною для здоров'я і життя, але вкрай важливою для економіки країни. Тому ще в 30-их роках на Донбасі було розпочато організоване навчання самих робітників правилам надання першої медичної допомоги з огляду на умови конкретного виробництва. Створенні так звані *санітарні пости*, очолювані молодшим технічним персоналом та бригадирами. Таким чином, професійна медична спільнота почала співпрацювати з «не медиками» в інтересах громадського здоров'я. Мета такого залучення населення полягала в максимальному пришвидшенні надання медичної допомоги саме в умовах виробництва, а найголовніше – забезпечення попередження порушень здоров'я, хвороб та виробничого травматизму. а далі страшні роки нашої історії, 1937–39 та 1941–45, тимчасово призупинили цей рух. Проте, вже з перших мирних днів зростає увага до здоров'я робітників як економічного потенціально повоєнного відродження. Так, на виробництвах створюються комісії охорони праці і ради соціального страхування. Їх представниками в цехах стали громадські

інспектори з охорони праці, яких обирали з свого середовища робітники. В кожному цеху і в кожній професійній групі діяли страхові делегати. Одне з їх завдань – покращення медичної допомоги робітникам. Вони ж були помічниками цехових лікарів і забезпечували товариську допомогу хворим на дому, але не втручалися в лікувальну справу лікарів-професіоналів. Пошук нових регуляторів громадського здоров'я в останній чверті ХХ-го століття поступово розвертає вектор уваги до управління охороною здоров'я всієї популяції. При органах влади створюються постійні комісії з питань охорони здоров'я. Одне з їх головних завдань – залучення активу населення до виконання окремих санітарних функцій, ново створення та удосконалення роботи санітарних постів. а при медичних закладах створювались громадські ради з числа представників професійних спілок працюючих та пересічного населення. Вище згадані події можна узагальнити як паростки особистої та колективної відповідальності за здоров'я. І сьогодні вже не тільки фінансове та технологічне забезпечення, а свідомо самозбережувальна поведінка та особиста відповідальність за здоров'я є двигуном позитивних змін громадського здоров'я.

Безумовно, активна масова санітарно – просвітницька діяльність ХХ-го століття виконала історичну роль в профілактиці епідемічних хвороб, масштабно змінила тип патології людства з епідемічного на неепідемічний, в значній мірі пов'язаний з рівнем, якістю та способом життя. Таке бачення провідних засад громадського здоров'я рано чи пізно прийшло в суспільний та медичний світогляд більшості народів і країн Світу. Проте кожний з цих заходів не зазіхав на оцінку якості медичної допомоги, що апіорі не входило в їх компетенції та завдання, але об'єктивно потребувало оцінювання. Оцінка такого рівня могла здійснюватися тільки професіоналами, кращими і найдосвідченішими лікарями. Саме їм судилося виконати наступну історичну місію в світовій медицині – розробити клінічні протоколи як стандарти якісної медичної допомоги у відповідності до можливостей свого історичного часу. Цей напрямок в світовій медицині всебічно, науково і практично, підтримується ВООЗ. Та як свідчить історичний аналіз, усі доленосні наукові розробки і пов'язані з ними здобутки медичної практики незримими зв'язками повертають нас до історичних витоків явища. Серед них бачення про унікальність і неповторність людини і потребу в індивідуальному підході до кожного випадку в лікарській практиці, особливо при важких захворюваннях, рятуванні та продовженні земного життя. І тут удруге повертаємося до згадки про «лікарів, Богу подібних», історичну оцінку їх праці, що спиралась на гуманізм, індивідуальний підхід до хворого в процесі рятування життя. З точки зору суспільних думок попередніх епох, Бог дарує життя, а лікар може його продовжити. Тому одним із сучасних нових організаційних напрямків оцінки якості медичної допомоги може бути рекомендована колегіальна оцінка випадків смерті. Її спроможні обґрунтувати в доказовому форматі постійно діючі, створені при місцевих органах влади комісії.

Місто Вінниця також має власний багаторічний досвід. Відповідно до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» у нашому місті була створена при виконавчому комітеті Вінницької міської ради громадська незалежна консультативна організація, названа Медичною радою. Юридичним підґрунтям її створення стало рішення виконавчого комітету Вінницької міської

ради та відповідне розпорядження Вінницького міського голови. Тому Медична рада є йому підзвітною і підконтрольною, керується в своїй діяльності Конституцією України, чинним законодавством України та відповідними нормативно-правовими актами. Мета створення такої Медичної ради полягає у здійсненні оцінки якості надання медичної допомоги населенню в закладах охорони здоров'я комунальної форми власності Вінницької міської територіальної громади, а також професійно обгрунтованому медичному аналізі процесу надання медичної допомоги у соціально резонансних випадках смерті. Аналіз забезпечують затверджені міським головою члени Ради – лікарі вищої категорії і доценти та професори Вінницького національного медичного університету. Вони є юридично незалежними від управління та колективу медичного закладу, випадок смерті в якому підлягає експертній оцінці. Для обгрунтування їх висновку важливим є не тільки чітке дотримання лікарями офіційних клінічних протоколів, а й все можливе і не можливе, що використовувалось для рятування життя людини. Історія медицини нагадує, що серед таких ресурсів є безсмертний – «Aliis inserviendo consumor» (лат. «Світязи іншим сам згоряю», Н. Ван Тульп, XVII ст.).

Аналізуючи нові організаційні підходи, розроблені в медичній спільноті м. Вінниці, робимо висновок про історичну новизну співпраці медичної спільноти та громадськості у вирішенні актуальних завдань громадського здоров'я та якості медичної допомоги. Новизна знайшла своє чільне професійне місце в експертизі лікарської діяльності в найскладніших випадках, що завершилися смертю хворого. Робота членів Медичної ради є не оплачуваною, такою, що здійснюється на громадських засадах у відповідності до відомих історико- медичних гасел всієї історії людства та її «лікарів, Богу подібних» – «Salus aegrotus suprema lex» (лат. «Здоров'я хворих вищий закон»).

За результатами роботи Медичної ради складається протокол (службова записка), який направляється головою ради Вінницькому міському голові, профільному заступнику Вінницького міського голови, директору департаменту охорони здоров'я Вінницької міської ради, керівнику закладу охорони здоров'я, діяльність якого аналізувалась на засіданні.

У нашій роботі проведений порівняльний аналіз історичних витоків та окремих демократичних форм співпраці української медичної спільноти та громадськості у вирішенні актуальних завдань громадського здоров'я та якості медичної допомоги. Обраний Україною ще в 1991 році демократичний шлях розвитку країни та усіх її соціальних інституцій, серед яких однією з найважливіших є система охорони здоров'я, показав необхідність систематичного пошуку нових форм співпраці медичних працівників і суспільства в інтересах громадського здоров'я українського народу. Досвід роботи Медичної ради при Вінницькому міському голові вважаємо можливим рекомендувати для вивчення та впровадження в інших містах країни.

### **Література:**

1. Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» (Із змінами, внесеними згідно із Законом № 163-ХІV від 06.10.98. , за редакцією згідно із Законом 3870-ІХ від 10.08.2024, стаття 24.Участь громадськості в охороні здоров'я.

2. Гарнаєва А.Ю., Тітова Л.О. Емпатія як складова частина біоетики/Міжнародна науково-практична конференція «Біоетика в системі охорони здоров'я і медичної освіти», 26-27 березня 2009р. – С. 115–116.

3. Пилипчук В.Л., Зелінська О.Г. Ствердження етичних норм, історичних напрацювань та збагачення біоетики як предмету університетської освіти/ Міжнародна науково-практична конференція «Біоетика в системі охорони здоров'я і медичної освіти», 26-27 березня 2009 р. – С.409-411.

4. Сіделковський О.Л. Участь громадськості як елемент формування публічної політики у сфері охорони здоров'я України: адміністративно-правовий вимір/Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції. – № 2. – 2020.

5. Lyons, A.S. *Medicine; An Illustratel History*/A.S.Lyons,R.J.Petricelli. – New York :Harry N. Abrams, Inc., 1978. – 615 p.

## **ЗДОРОВА СТОПА В ПОДОЛОГІЇ. РОЛЬ ПОДОЛОГА В ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'І**

**Рязанова О.А.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Стопи відіграють важливу роль у нашому житті, вони підтримують наше тіло та дозволяють нам пересуватися. Однак, через постійне навантаження та фізичну активність, стопи можуть зіткнутися з різними проблемами: мозолі, бородавки, грибкові інфекції, нігті, що вросли тощо.

Ось де подологи приходять на допомогу. Подологи спеціалізуються на діагностиці та лікуванні проблем зі стопами. Вони проводять комплексне обстеження, аналізують структуру стопи, ходьбу та опорну функцію. Відтак визначають причини болю та дискомфорту, а також розробляють індивідуальний план лікування.

Крім того, подологи проводять профілактику захворювань стоп. Це включає регулярні огляди стоп та рекомендації з догляду. Ключовий аспект роботи подолога в громадському здоров'ї – індивідуальному підході до кожного пацієнта. Лікар проводить докладне обстеження стоп і виявляє особливості їх структури та функції. Далі – розробляє оптимальний план лікування, враховуючи особливості пацієнта та його потреби. Це дозволяє досягти найкращих результатів та забезпечити максимальний комфорт при ходьбі та русі.

Подологічний кабінет – спеціалізоване приміщення, де спеціалісти-подологи проводять подологічні процедури та консультації – повинен відповідати санітарно-гігієнічним нормам, мати необхідне обладнання та інструментарій, бути комфортним та безпечним для клієнтів та персоналу. Вимоги до площі, освітлення, вентиляції, опалення, водопостачання та каналізації; вимоги до стерилізації та дезінфекції; види та характеристики подологічного обладнання; організація робочого місця спеціаліста-подолога. Найголовнішим у подологічному кабінеті є стерилізаційне обладнання. Стерилізація виробів медичного призначення проходить у три етапи: дезінфекція, передстерилізаційне очищення, стерилізація.

Важлива роль подолога для людей які страждають на цукровий діабет. Цукровий діабет це одне з найбільш розповсюджених захворювань людства на початку XXI сторіччя. За даними ВООЗ на цю недугу страждає близько 175 мільйонів населення планети, а до 2030 року, за прогнозами, їх кількість у світі зросте більш, як у два рази. Поряд із діабетичним ураженням внутрішніх органів і систем організму важливе значення має проблема синдрому діабетичної стопи. Під цим терміном розуміють складний комплекс анатомо-функціональних змін, внаслідок ускладнень цукрового діабету, які призводять до розвитку некротично-виразкових уражень стоп, аж до діабетичної гангрені.

Майже у 60 % хворих на цукровий діабет розвивається синдром діабетичної стопи. Якщо за останнє сторіччя смертність від діабетичної коми зменшилась від 47,7 % до 1,2 %, то від судинних ускладнень зросла з 21,2 % до 74 % і немає тенденції до їх зниження

Для людини з діабетом здорові нігті – не просто ознака смаку чи заможності. Це, в першу чергу, індикатор здоров'я, який у змозі вчасно виявити можливі супутні проблеми. Для людей з діабетом вкрай важливо вчасно виявити інші захворювання. І саме нігті можуть вказати на початок їх розвитку. Наприклад, занадто бліді нігті можуть бути ознакою анемії, а раптова зміна форми нігтя на ложкоподібну, вигнуту досередини, може свідчити про розвиток онкологічного або легеневого захворювання та наявність інфекційних процесів.

Крім того люди з діабетом схильні до зараження грибковою інфекцією під назвою «оніхомікоз». Саме на неї припадає близько 50 % випадків зараження грибком. Оніхомікоз робить нігті потовщеними та ламкими. Ламаючись, нігті можуть гострим краєм зламу поранити шкіру та створити небезпеку подальшого інфікування.

Таким чином роль подолога в громадському здоров'ї є невід'ємною запорукою в покращенні умов життя кожної людини суспільства.

#### **Література:**

1. Норберт Шольц. – Подологія. – С. 43–51, 61, 67.
2. Б.А.Зелинский, А.А.Зелинский, 1996; М.Д.Тронько, 1998.
3. І.В.Гурьева, 1998; М.О.Ляпіс, П.О.Герасимчук, 2001.
4. М.Д.Василюк, С.М.Василюк, 2001.
5. Захворювання нігтів – навчальний посібник. – Анке Нідерау.

## **ПИТАННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я У СФЕРІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

**Астапова Я.В.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Під час збройної агресії російської федерації проти України, турбота про особисту стійкість, уміння справлятися зі стресом, реалізовувати свої здібності, навчатися та працювати – є нагальною потребою людини, її індивідуальною здатністю ухвалювати рішення, вибудовувати взаємодію з іншими та формувати стосунки у соціумі.

Незважаючи на труднощі сьогодення, людина намагається з надією рухатися вперед. Але тривалі воєнні дії на території нашої держави, стають

основним джерелом стресу та причиною зниження продуктивності праці, значно впливають не лише на економіку, а й на ментальне здоров'я.

Серед основних факторів, що впливають на ментальне здоров'я та емоційний баланс в умовах сьогодення, науковці називають: стрес від перевантаження, велику кількість завдань, брак часу, втрату мотивації, втому, зміну пріоритетів, недостатню підтримку, брак зворотного зв'язку тощо [2].

Щодо законодавства, то основні положення реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я передбачають здійснення комплексу заходів та діяльності, в тому числі спрямовані на відновлення та підтримку функціонування особи у фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній та духовній сферах із застосуванням методів психологічної та психотерапевтичної допомоги у формах психотерапії, психологічного консультування або першої психологічної допомоги, викладені у Законі України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [6].

У цьому Законі затверджені такі принципи проведення реабілітації, як:

- пацієнтоцентричність (тобто, планування і проведення реабілітації з урахуванням потреб, можливостей та побажань особи, якій надається реабілітаційна допомога, або законного представника та членів сім'ї, а також безпосередня їх участь у розробленні, реалізації індивідуального реабілітаційного плану);

- цілеспрямованість (досягнення довго- та короткострокових завдань процесу реабілітації);

- функціональна спрямованість (досягнення оптимального рівня функціонування та якості життя особи).

При цьому, Законом передбачена обов'язкова психологічна допомога у процесі реабілітації, що організовується з урахуванням принципів етичної і безпечної поведінки та включає:

- виключення (мінімізацію ризиків ретравматизації), тобто, проведення виключно тих заходів і втручань, що гарантовано не погіршать стан здоров'я;

- компетентності, правильної оцінки та ознайомлення з ризиками;

- відповідальності за отриману інформацію, що передбачає її використання з користю для особи, якій надається реабілітаційна допомога.

Ментальне здоров'я і підтримка громадян України в умовах сьогодення є важливою складовою державної політики. Тому, в нашій державі, з ініціативи першої леді України Олени Зеленської, започатковано реалізацію Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?» [1]. Ця програма є системною, до якої залучені центральні органи виконавчої влади, військові адміністрації, громади, неурядові організації, бізнес, Всесвітня організація охорони здоров'я та міжнародні партнери.

У рамках Всеукраїнської програми «Ти як?», ініційованої першою леді Оленою Зеленською, на офіційному сайті Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України у серпні 2024 року розміщений «Посібник з управління стресом і самопомоги під час бойових дій та в післявоєнний період для медпрацівників» [5]. Важливість цього полягає у тому, що у першу чергу саме медичним працівникам необхідно плекати власну стійкість, щоб впоратися з надзвичайним рівнем стресу та надвисокими навантаженнями під час війни, коли вони стають свідками горя і втрат, як серед військових, так і серед цивільного населення.

У посібнику наведено інформацію про вплив тривалого стресу і травми, способи плекання життєстійкості та посттравматичне зростання. Теоретична частина посібника доповнена практичними завданнями, опитувальниками щодо поширених психічних розладів, вправами для відновлення ресурсу, техніками самопомоги під час стресу, що розміщені у робочому зошиті.

Таким чином, сфери реабілітації і громадського здоров'я мають спільне завдання зі збереження та зміцнення здоров'я населення та комплексно і поетапно забезпечують його виконання.

Щодо сучасних наукових праць, то увагу привертає колективна монографія 2021 року Всеукраїнського спеціалізованого видавництва «Медицина», щодо охорони ментального здоров'я та медико-психологічної реабілітації військовослужбовців в умовах гібридної війни [4].

У цій монографії, що підготовлена вченими Національної академії медичних наук, фахівцями-практиками закладів охорони здоров'я та реабілітаційних закладів, волонтерською професійною спільнотою, висвітлено питання сфери психічного здоров'я учасників бойових дій, описано вплив чинників бойового середовища, надано характеристики та програми комплексної диференційованої терапії посттравматичного стресового розладу, приділено увагу психологічній корекції порушень здоров'я сім'ї учасників бойових дій.

Також заслуговує уваги 3-томне видання «Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи», що здійснене у 2018 році за підтримки Координатора проєктів Організації з безпеки та співробітництва в Європі [3].

У цьому посібнику багато уваги сфокусовано на положеннях та принципах психологічної реабілітації, обґрунтовано необхідність використання світових стратегій для створення української національної системи психологічної реабілітації, розглянуто питання організації психологічної допомоги різним верствам населення з метою подолання наслідків психотравми, представлені основні напрямки соціально-психологічної підтримки постраждалих внаслідок психотравмуючих подій.

Отже, під час війни, є нагальна необхідність інвестувати ресурси у те, що допоможе пройти випробування з найменшими втратами. Для України це, за суттю, велика соціальна трансформація, яку не можна відкладати на потім. Тому розбудова якісної системи надання послуг у сфері психосоціальної підтримки, розвиток культури піклування про ментальне здоров'я у сфері реабілітації та громадського здоров'я є важливим завданням охорони здоров'я у сучасних реаліях.

### **Література:**

1. Всеукраїнська програма ментального здоров'я за ініціативою Олени Зеленської «Ти як?». URL: <https://howareu.com/pro-prohramu> (дата звернення 23.09.2024).

2. Ментальне здоров'я: у фокусі уваги – реабілітація під час війни. URL: <https://minre.gov.ua/2024/10/02/mentalne-zdorovya-u-fokusi-uvagy-reabilitacziya-pid-chas-vijny/> (дата звернення 24.09.2024).

3. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. У 3-ох томах. Київ, 2018. (Том 1, 208 с.; Том 2, 240 с.; Том 3, 236 с.)

4. Охорона ментального здоров'я та медико-психологічна реабілітація військовослужбовців в умовах гібридної війни: теорія і практика: монографія / В.І. Цимбалюк, В.В. Стеблюк, О.В. Друзь та ін. К.: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2021. 256 с.

5. Посібник з управління стресом і самопомоги під час бойових дій та в післявоєнний період для медпрацівників. URL: <https://phc.org.ua/news/cgz-opublikuvav-posibnik-z-upravlinnya-stresom-i-samodopomogi-pid-chas-boyovikh-diy-ta-v> (дата звернення 24.09.2024)

6. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я. Закон України від 3 грудня 2020 року № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (дата звернення 23.09.2024)

7. Співак А.П. Місце фізичної реабілітації в системі збереження і зміцнення громадського здоров'я населення. / Україна. Здоров'я нації. Громадське здоров'я. 2022. № 2 (68). С. 31–37.

**Секція 4.**  
**ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА,**  
**СУЧАСНА ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА БІОЛОГІЧНА СТАТИСТИКА**  
**ЩОДО ВПРОВАДЖЕННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО ПАСПОРТУ СІМ'Ї**

**Медведовська Н.В.<sup>1</sup>, Слабкий Г.О.<sup>2</sup>,  
Миронюк І.С.<sup>2</sup>, Білак-Лук'янчук В.Й.<sup>2</sup>, Дідок Л.В.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Національна академія медичних наук України, м. Київ

<sup>2</sup>Ужгородський національний університет, м. Ужгород

<sup>3</sup>КНП "Київська міська студентська поліклініка", м. Київ

*Вступ.* Війна проти російської військової агресії стала причиною значного рівня вимушеної міграції населення в середині країни та за її межі.

При цьому відмічається зростання захворюваності населення на інфекційні захворювання в тому числі на вакцинокеровані. Рівень вакцинації населення під час війни також знизився.

В даних умовах надання медичної допомоги при виникненні інфекційного захворювання та проведення протиепідемічних заходів ускладнюється, як в межах країни так і за кордоном, хворим на інфекційні хвороби в зв'язку з відсутністю інформації про епідеміологічний стан сім'ї (особи) та стан вакцинації.

*Мета:* розробити механізм забезпечення інформацію про епідеміологічний статус та рівень вакцинації населення, що є особливо важливим в умовах надзвичайних ситуацій.

*Матеріали і методи.* *Матеріали:* існуючий досвід забезпечення інформацією про рівень вакцинації конкретної особи. *Методи:* бібліосемантичний, системного підходу, структурно-логічного аналізу.

*Результати.* З метою рішення поставленої та усунення даної проблеми розроблено епідеміологічний паспорт сім'ї, в який сімейним лікарем або іншим дотичним медичним працівником вноситься в паспорт вся необхідна інформація.

Паспорт включає в себе наступні розділи.

Склад сім'ї: П.І.П-б (повністю), рік та дата народження, стать, родинні зв'язки.

Далі по кожному члену сім'ї вносяться наступні дані:

- інформація про перенесені інфекційні захворювання;
- інформація про контакти з хворими на інфекційні захворювання;
- вакцинація планова;
- вакцинація за епідемічними показами;
- облік знаходження членів сім'ї на епідеміологічно несприятливій території.

Епідеміологічний паспорт сім'ї рекомендовано до практичного застосування рішенням проблемної експертної комісії МОЗ та НАМН України за спеціальністю «соціальна медицина» та проходить апробацію в територіальних громадах Закарпатської області.

*Висновок.* Запровадження епідеміологічних паспортів сім'ї дозволить при необхідності, незалежно від місця перебування особи, отримання

інформації про її вакцинацію та перебування в контакті з хворими на інфекційні захворювання. Працівники системи громадського здоров'я та сімейні лікарі і медична сестра повинні інформувати населення про впровадження епідеміологічних паспортів та мотивувати населення до їх ведення.

## **ДО ПИТАННЯ ВАКЦИНАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ПІД ЧАС ВІЙНИ ПРОТИ РОСІЙСЬКОЇ ВОЄННОЇ АГРЕСІЇ**

**Медведовська Н.В.<sup>1</sup>, Слабкий Г.О.<sup>2</sup>, Рожкова І.В.<sup>3</sup>, Лопіт В.В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Національна академія медичних наук України, м. Київ

<sup>2</sup>Ужгородський національний університет, м. Ужгород

<sup>3</sup>Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

*Вступ.* За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я імунізація – це процес, завдяки якому людина набуває імунітет, або стає несприйнятливою до інфекційної хвороби, що зазвичай здійснюється шляхом введення вакцини. Імунізація запобігає 2-3 млн смертей у світі щороку, а ще 1,5 млн життів можна врятувати, якщо охоплення щепленнями збільшиться [1]. В Україні імунізація населення регламентується законодавчими актами до яких відносяться Закон України від 06.04.2000 № 1645-III «Про захист населення від інфекційних хвороб», Закон України від 24.02.1994 № 4004-XII «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», розпорядження КМУ від 01.06.2023 № 562-р «Про схвалення Стратегії розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики, на період до 2030 року та затвердження операційного плану її реалізації у 2023–2025 роках», наказ МОЗ України від 28.02.2020 № 585 «Про створення Національної технічної групи експертів з питань імунопрофілактики», Стратегія розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики, на період до 2022 року та план заходів щодо її реалізації (Розпорядження КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1402-р.).

*Мета роботи:* дослідити вплив війни проти російської агресії на показники вакцинації населення України.

*Матеріали та методи.* *Матеріали:* статистичні показники вакцинації населення (виконання плану вакцинації) за регіонами України за 2020 рік (передвоєнний період) та 2023 рік (другий рік війни). Зведені показники за регіонами представлені за даними Центру громадського здоров'я МОЗ України. В дослідженні проведено аналіз виконання плану вакцинації за окремими видами вакцин. *Методи:* медико-статистичний, структурно-логічний аналіз.

*Результати.* Голова Бюро ВООЗ в Україні д-р Ярно Хабіт під час проведення національного діалогу з вакцинації населення безпосередньо відмітив, що незважаючи на війну та серйозні пошкодження медичної інфраструктури країні вдалося ліквідувати спалах поліомієліту та збільшити охоплення щепленнями у віддалених сільських районах. Це свідчення того, що спільними зусиллями державних інституцій, міжнародних організацій та громадянського суспільства ми можемо подолати будь-які виклики у цей складний час. Про причини, з яких українці не отримують планових щеплень

говорив голова Представництва Дитячого фонду ООН ЮНІСЕФ в Україні Мунір Мамедзаде, посилаючись на дослідження на тему імунізації за 2023 рік. Серед основних причин недостатніх рівнів охоплення щепленнями: переселення людей в межах України та за кордон, зміна особистих пріоритетів. Про цьому необхідно відмітити, що Україна має сучасну світову. систем транспортування та зберігання вакцин. Це стало можливим завдяки співпраці з іноземними партнерами. Зокрема, ЮНІСЕФ разом зі Агентством США з міжнародного розвитку (USAID) та Світовим банком, альянсом GAVI закупили й доставили майже 6600 холодильників та морозильних камер, які забезпечують ефективне зберігання вакцин у закладах охорони здоров'я й пунктах вакцинації, та 36 автомобілів для транспортування вакцин. Впродовж 2023 року та на початку 2024 року на запит МОЗ України ЮНІСЕФ за підтримки урядів Японії, Франції і Нідерландів та міжнародної ініціативи COVAX закупили майже 3 мільйони доз вакцин.

Далі було встановлено рівень виконання плану вакцинації населення тими ж вакцинами у 2023 році. Отримані результати за 2023 рік були порівняні з даними 2020 року. Порівняння проводилося за даними в цілому по країні, а за окремими вакцинами аналіз проведено за областями, які задіяні до зони активних бойових дій.

Вакцина Поліо-3 – (до року): у 2023 році план вакцинації виконано на 84,9 %, що на 1,9 % вище ніж у 2020 році. За областями, які підлягали аналізу отримані наступні дані: Донецька область: план вакцинації виконано на 79,7 %, що на 7,6 % нижче ніж у 2020 році. Київська область план вакцинації виконано на 85,8 %, що на 4,3 % нижче ніж у 2020 році. Сумська область: план вакцинації виконано на 93,5 %, що на 2,0 % нижче ніж у 2020 році.

Вакцина Поліо 5 – (6 років): у 2023 році план вакцинації виконано на 82,3 %, що на 0,7 % нижче ніж у 2020 році. Вакцина Поліо 6 – (14 років): у 2023 році план вакцинації виконано на 78,9 %, що на 2,8 % нижче ніж у 2020 році. Вакцина АДП – (6 років): у 2023 році план вакцинації виконано на 70,9 %, що на 7,2 % нижче ніж у 2020 році. Вакцина АДП-м – (дорослі): у 2023 році план вакцинації виконано на 52,0 %, що на 21,6 % нижче ніж у 2020 році. Вакцина БЦЖ-1: у 2023 році план вакцинації виконано на 83,5 %, що на 5,5 % нижче ніж у 2020 році.

*Висновок.* За результатами проведеного дослідження можна зробити висновок про негативний вплив війни проти російської воєнної агресії на показники вакцинації населення України

## **ЗАСТОСУВАННЯ СКРИНІНГ-ТЕСТІВ В МОНІТОРИНГУ СТАНУ СПОРТСМЕНІВ ТА ФІЗКУЛЬТУРНИКІВ**

***Сокол К.М.<sup>1</sup>, Подрігало Л.В.<sup>2</sup>, Подрігало О.О.<sup>2</sup>***

*<sup>1</sup>Харківський національний медичний університет, м. Харків*

*<sup>2</sup>Харківська державна академія фізичної культури, м. Харків*

Проблема моніторингу стану спортсменів є провідною у спортивній науці. Це пов'язано з тим, що ефективний моніторинг дозволяє отримати інформацію щодо не тільки загального стану здоров'я, але й рівня

підготованості, який дозволить прогнозувати успішність та зростання спортивної майстерності. Підвищення дієвості моніторингу неможливо без використання спеціальних інструментів, що відповідають поставленій меті та завданням. Виходячи із особливостей здійснення моніторингу у спорті, на перший план виходить застосування скринінгових досліджень.

У контекстів моніторингу здоров'я скринінг визначається як передбачувана ідентифікація певної або нерозпізнаної хвороби чи стану за допомогою тестів, різного виду досліджень і здійснюється без значних затрат часу. Скринінг – це лише попереднє визначення з певною імовірністю прихованих або ще не встановлених форм захворювань, а також виявлення чинників ризику, які можуть сприяти розвитку стійких порушень здоров'я. Результати цих досліджень, як правило, не дають ще підстави для встановлення діагнозу, вони лише допомагають виділити з умовно здорового контингенту тих осіб, у яких можливість наявності захворювання найбільш вірогідна.

У якості основних вимог до скринінг-тестів виступають наступні:

- скринінг-тести повинні мати формат спеціальних методик або тестів;
- забезпечення виміру необхідного показника, що передбачено метою дослідження з достатньою вірогідністю;
- достатня точність, ступінь якої залежить від потреб дослідження;
- простота, практичність, зручність, економічна прийнятність;
- відсутність травматизму;
- специфічність.

Аналіз наведених особливостей дозволив запропонувати у якості скринінг-тестів використання індексів фізичного розвитку, які були апробовані у наших дослідженнях.

Проведені дослідження дозволили виділити найбільш інформативні показники, що досягається за рахунок врахування специфіка впливу виду спорту на організм. Так, у єдиноборствах специфічними були індекс Пін'є, який оцінює особливості тілобудови, індекси співвідношення сегментів кінцівок, які оцінюють здатність до нанесення ударів, силовий індекс, який є важливим для оцінки стиснення, як передумови проведення прийому [2]. Індекси, що аналізують силу хвату у різних режимах, були специфічними для армреслінгу та вуличного воркауту, оскільки специфіка цих видів спорту передбачає максимально сильне та швидке стиснення [1, 4, 5].

При розробці методики прогнозування успішності у естетичному плаванні у якості скринінг-тестів використано життєвий індекс, індекс Ерісмана та індекс маси тіла [6]. Перший індекс є найбільш специфічним, оскільки він надає інформацію щодо функціональних можливостей дихальної системи, від яких залежить успіх у цьому виді спорту.

Ефективність оздоровчої фізичної культури також залежить від адекватного моніторингу стану осіб, які займаються. Для моніторингу стану осіб у оздоровчому фітнесі апробовано та доведено ефективність батареї показників, до складу якої входили індекс маси тіла, індекс Ерісмана, життєвий індекс, індекс Ліві та індекс талії та стегон [3]. Такий комплекс дозволяє не тільки контролювати динаміку стану людей, але й наочно демонструє ефективність занять залежно від спрямованості фізичних вправ та комплексів.

Правомірність пропонованого підходу доведена верифікацією розроблених методик прогнозування та впровадженням батарей індексів

у моніторинг стану спортсменів. Використання для аналізу батареї індексів повинно бути оцінений як перспективний та зручний шлях моніторингу. Методики визначення індексів можуть бути виконані безпосередньо в умовах спортивного залу, не потребують ніякого спеціального обладнання та інструментарію. У якості переваг індексів також необхідно відзначити простоту і доступність визначення та розрахунків, фінансову доцільність, кількісний характер та наочність результатів. Все це дозволяє рекомендувати визначення апробованих індексів фізичного розвитку у якості скринінг-тестів оцінки фізичного стану спортсменів та осіб, що займаються оздоровчою фізичною культурою.

#### **Література:**

1. Podrigalo L.V., Rovnaya, O., Iermakov, S., Yermakova, T., & Potop, V. The Application of the Index Method to Assess the Condition of Armwrestling Athletes with Different Levels of Sports Mastery. *Revista Romaneasca pentru Educatie Multidimensionala*, 2019,11(4 Supl. 1), 242-256. doi:10.18662/rrem/187

2. Podrigalo L.V., Wojciech J. Cynarski, Olga Rovnaya, Oleksandr Volodchenko Studying of physical development features of elite athletes of combat sports by means of special indexes. *IDO MOVEMENT FOR CULTURE. Journal of Martial Arts Anthropology*, Vol. 19, no. 1 (2019), pp. 51–57 DOI: 10.14589/ido.19.1.5

3. Podrihalo O, Podrigalo L, Podavalenko O, Perevoznyk V, Paievskiy V, Sokol K. Use of indices to assess women's health in wellness fitness. *Pedagogy of Physical Culture and Sports*, 2024; 28 (2): 132–140. <https://doi.org/10.15561/26649837.2024.0207>

4. Podrihalo OO, Podrigalo LV, Kipyrych SV, Galashko MI, Alekseev AF, Tropin YM, Deineko AKh, Marchenkov MK, Nasonkina OYu. The comparative analysis of morphological and functional indicators of armwrestling and street workout athletes. *Pedagogy of Physical Culture and Sports*, 2021; 25 (3): 188–193. <https://doi.org/10.15561/26649837.2021.030>

5. Podrihalo, O., Podrigalo, L., Iermakov, S., Sotnikova-Meleshkina, Z., Sokol, K., Podavalenko, O., Halashko, O., & Yermakova, T. (2021). Comparative Analysis of Morphological Indicators of Street Workout Athletes With Different Training Experience. *Teoria ta Metodika Fizičnogo Vihovanna*, 21(4), 343–349. <https://doi.org/10.17309/tmfv.2021.4.09>

6. Podrihalo, O.; Podrigalo, L.; Jagiełło, W.; Iermakov, S.; Yermakova, T. Substantiation of Methods for Predicting Success in Artistic Swimming. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 8739. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168739>

## **ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОЧНОГО ТРАВМАТИЗМУ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

**Мазур Є.В., Короп О.А.**

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород*

Очний травматизм залишається важливою медико-соціальною проблемою, що призводить до значного зниження якості життя та збільшення загального рівня інвалідизації населення. За даними Всесвітньої організації

охорони здоров'я (ВООЗ) щорічно реєструється близько 55 мільйонів випадків очного травматизму, що призводять до обмеження зору принаймні на один день [1]. Глобальна захворюваність на очний травматизм у світі, яка має значні географічні відмінності, з вищими показниками в країнах, що розвиваються, становить приблизно 950 випадків на 100 000 населення на рік [2].

Численними дослідженнями визначено переважання чоловіків серед постраждалих від травм ока приблизно у співвідношенні 3:1 до жінок. Вікова структура очного травматизму варіюється залежно від регіону, але найчастіше пік припадає на пацієнтів працездатного віку [3–5].

Важливим при вивченні епідеміологічних особливостей очного травматизму є визначення етіології травм, які класифікуються за механізмом їх виникнення – тупі травми (40–50 % від загального обсягу травматичних ушкоджень ока), проникаючі поранення (30–40 %), опіки (5–10 %) та інші типи травм, що є наслідком, перш за все, побутового, виробничого та спортивного травматизму [6].

Очний травматизм має певні сезонні особливості, що пов'язане з підвищеною фізичною активністю на відкритому повітрі та значними обсягами сільськогосподарських робіт [7], а також схильність впливу соціально-економічних факторів на ризик очного травматизму, вказуючи на вищу частоту травм серед осіб з нижчим рівнем освіти та доходу [8].

Щодо ефективності профілактики очного травматизму – освітні програми та покращення безпеки праці значно знижують частоту очних травм (в середньому на 60–80 %) у різних цільових групах [9].

Метою нашого дослідження було вивчення епідеміологічних особливостей очного травматизму в Закарпатській області для розробки ефективних профілактичних заходів, у зв'язку з чим проведено ретроспективний аналіз медичної документації пацієнтів з очними травмами, які звернулися до офтальмологічних відділень лікарень Закарпатської області за період 2019–2023 р.р. Вивчено 469 випадків очного травматизму і Застосовано методи описової статистики та епідеміологічного аналізу.

За даними проведеного дослідження встановлено, що загальна частота очного травматизму в Закарпатській області становила 45,2 випадки на 100 000 населення на рік, при цьому співвідношення постраждалих чоловіків до жінок склало майже 1,5:1. Визначено розподіл хворих на травматичні ушкодження ока за віковою структурою, а саме вікова група від 15 до 29 років склала 34,9 % від загальної кількості хворих, від 30 до 44 років – 28,3 %, від 45 до 59 років – 22,1 % і від 60 років і старші – 14,7 %.

Проведено розподіл хворих за типами травм і визначено, що побутові травми склали 75,5 %, виробничі – 14,5 %, спортивні – 8,7 %, інші – 1,3 %.

За даними вивчення сезонності очного травматизму встановлено, що його пік припадає на літні місяці.

Найпоширенішими видами очних травм визначено проникні рани очного яблука без стороннього тіла (46,0 %), проникні рани очного яблука із стороннім тілом (23,3 %), забій очного яблука (22,0 %) та інші пошкодження ока та очниці тканин очниці, серед яких найбільш масовими є опіки (8,7 %).

Проведений епідеміологічний аналіз очного травматизму в Закарпатській області виявив ключові групи ризику та фактори, що впливають на частоту та характер травм, а саме – встановлено, що чоловіки працездатного

віку складають групу найвищого ризику очного травматизму, побутові травми значно превалюють серед інших типів травм ока, що вказує на необхідність посилення просвітницької роботи щодо безпеки у побуті, сезонне збільшення травматизму влітку певною мірою пов'язане з фізичною активністю населення, активізацією сільськогосподарських робіт та відпочинком на природі.

За результатами проведеного дослідження визначено актуальну необхідність розробки цільових профілактичних програм, спрямованих, перш за все, на чоловіків працездатного віку, посилення заходів безпеки на виробництві та проведення сезонних інформаційних кампаній щодо запобіганню очного травматизму.

#### **Література:**

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. (2021). Глобальні дані про порушення зору та сліпоту. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516570> (дата звернення 02.10.2024).
2. Négrel A.D., Thylefors B. (2018). The global impact of eye injuries. *Ophthalmic Epidemiology*, 25(5-6), 381–386.
3. Петренко О.В., Яковенко Л.М. (2019). Аналіз структури та частоти очного травматизму в Україні. *Офтальмологічний журнал*, 3, 12–18.
4. Сидоренко Є.І., Гришина Є.Є. (2018). Особливості виробничого травматизму органа зору в Україні. *Офтальмологія*, 15(3), 220–225.
5. Chen S.Y., Fong C.C., Lin, S.F. (2020). Epidemiology of ocular trauma in Asia: A systematic review. *Eye*, 34(8), 1339–1351.
6. Kumar N.L., Black D., McClellan K. (2019). Daytime presentations to a metropolitan ophthalmic emergency department. *Clinical and Experimental Ophthalmology*, 47(5), 706–710.
7. Yilmaz T., Gökçe G., Yilmaz, S. (2021). Seasonal variation in ocular trauma: A 5-year retrospective study in a tertiary care center. *European Journal of Ophthalmology*, 31(3), 1120–1126.
8. Smith J.R., Johnson M.H. (2017). Socioeconomic status and ocular trauma in the United States: Implications for prevention. *JAMA Ophthalmology*, 135 (5), 480–485.
9. Li X., Cao H., Liu X. (2022). Effectiveness of preventive measures for ocular trauma: A systematic review and meta-analysis. *Injury Prevention*, 28(1), 76–82.

## **РОЛЬ СКРИНІНГУ PRISCA В РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ ПРЕЕКЛАМПСІЇ ТА ПОКРАЩЕННІ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

*Лісова Є.М., Александрова К.В., Подпрядова А.А.  
Харківський національний медичний університет, м. Харків*

*Вступ.* Скринінг PRISCA (Prenatal Risk Calculation) є важливим інструментом для ранньої діагностики ускладнень під час вагітності, таких як прееклампсія [1]. Його використання дозволяє значно знизити ризик виникнення тяжких ускладнень для матері та плоду. PRISCA забезпечує можливість раннього виявлення прееклампсії шляхом оцінки ризиків на основі аналізу біохімічних маркерів та ультразвукового обстеження [2]. Це дає змогу

розпочати профілактичні та лікувальні заходи на ранніх етапах, що суттєво покращує прогноз перебігу вагітності. З точки зору організації громадського здоров'я, впровадження систематичного скринінгу PRISCA на рівні медичних закладів має велике значення для зниження материнської та перинатальної смертності.

*Метою* даного дослідження було оцінити ефективність впровадження скринінгу PRISCA для раннього виявлення ризиків розвитку преєклампсії у вагітних жінок, а також вивчити вплив призначення ацетилсаліцилової кислоти на профілактику розвитку преєклампсії у жінок з високим ризиком.

*Матеріали та методи.* У дослідженні брали участь 20 вагітних жінок на терміні гестації від 11 до 13 тижнів, віком від 21 до 42 років. Усі учасниці дали інформовану згоду на участь. Для оцінки ризику розвитку преєклампсії було використано скринінгову систему PRISCA. Дані біохімічних маркерів і результати ультразвукового дослідження були проаналізовані за допомогою спеціальних алгоритмів, що визначали індивідуалізовані ризики розвитку преєклампсії.

Результати дослідження. Проведено розподіл пацієток за рівнем ризику. З 20 обстежених жінок, 6 (30,0 %) були віднесені до групи з високим ризиком розвитку преєклампсії на основі результатів скринінгу PRISCA. Решта 14 жінок (70 %) мали низький рівень ризику розвитку цього ускладнення. У 5 із 6 жінок (83,3 %), яким була призначена ацетилсаліцилова кислота в профілактичних цілях, преєклампсія не розвинулася. Лише у 1 жінки (16,7 %) розвинулася легка форма преєклампсії на пізніх термінах вагітності. Завдяки своєчасній діагностиці та лікуванню, ускладнення вдалося успішно контролювати, і вагітність завершилася без серйозних негативних наслідків для матері та плоду. Серед 14 жінок, які не мали високого ризику за результатами скринінгу, жодна не продемонструвала ознак розвитку преєклампсії протягом усього періоду вагітності.

*Висновок.* Результати даного дослідження підтверджують важливість впровадження скринінгу PRISCA на рівні жіночих консультацій для раннього виявлення ризику розвитку преєклампсії та застосування профілактичної терапії. Це дослідження показало, що своєчасна діагностика та лікування значно знижують ризик розвитку серйозних ускладнень під час вагітності, покращуючи прогноз як для матері, так і для плоду. Широке застосування скринінгу та профілактичних заходів дозволить значно покращити якість медичної допомоги вагітним, сприятиме зниженню навантаження на систему охорони здоров'я шляхом зменшення кількості важких ускладнень, які потребують вартісного та тривалого лікування.

#### **Література:**

1. Mikat B, Gellhaus A, Wagner N, Birdir C, Kimmig R, Köninger A. Early detection of maternal risk for preeclampsia. ISRN Obstet Gynecol. 2012;2012:172808. doi: 10.5402/2012/172808. Epub 2012 Jul 17.
2. Sunjaya AF, Sunjaya AP. Evaluation of Serum Biomarkers and Other Diagnostic Modalities for Early Diagnosis of Preeclampsia. J Family Reprod Health. 2019 Jun;13(2):56-69. PMID: 31988641; PMCID: PMC6969892.

## МЕДИКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ІНСУЛЬТНОЇ ПАТОЛОГІЇ

**Мищенко М.М.<sup>1</sup>, Вакуленко А.І.<sup>1</sup>, Мищенко О.М.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Харківський національний медичний університет, м. Харків

<sup>2</sup>Навчально-науковий медичний інститут НТУ «ХПИ», м. Харків

Мозковий інсульт (МІ) – гостре порушення мозкового кровообігу, яке провокує значні негативні медико-соціальні наслідки та завдає досить суттєвих втрат здоров'ю людини. Є досить значний перелік видів цього захворювання, найпоширенішим серед яких є ішемічний інсульт, який в цілому і визначає загрозливі позиції негативних медико-соціальних наслідків, які виражаються в значних рівнях його поширеності та спровокованих ним показниках інвалідизації та смертності населення.

Так згідно з проведеними дослідженнями [1] МІ є другою глобальною причиною смертності світового населення після ішемічної хвороби серця та першою причиною інвалідизації [2]. Відповідно до інших досліджень, МІ щорічно викликають близько 12 % усіх смертей світового населення, посідаючи друге місце після ішемічної хвороби серця за рівнями смертності [3]. Окрім цього, МІ є однієї з основних причин тимчасової та стійкої втрати працездатності населенням через те, що провокує вогнищеву дисфункцію головного мозку, яка в залежності від зони ураження може провокувати розвиток відповідних моторних та/або сенсорних дефіцитів. При цьому, якщо тривалість цього неврологічного дефіциту складає до 24 год, то такий стан визначають як транзиторну ішемічну атаку, а якщо більше – то констатується повноцінний інсульт.

Світова поширеність МІ має значну розбіжність залежно від регіону, в цілому вказуючи на близько 30 млн щорічних нових випадків: Європейські країни – більше за 1,2 млн. випадків, економічно розвинені країни (ЄС, Норвегія, Швейцарія, Ісландія тощо) – більше за 1,1 млн., США – більш ніж 550 тис [4]. Таким чином, поширеність МІ складає від 100 до 300 випадків на 100 тис населення.

Згідно зі статистичними даними, кожен новий випадок МІ реєструється через 2 сек, а смерті – через 6 сек. В свою чергу, більше чверті всіх випадків інвалідизації дорослого населення в усьому світі є наслідками МІ, щорічно збільшуючи на близько 6 млн чисельність хворих із стійкими наслідками мозкових катастроф [5].

Визначається, що 30,0–40,0 % хворих після перенесеного МІ помирає на протязі першого місяця, 50,0 % – на протязі року, а 20,0–40,0 % таких пацієнтів потребують постійної сторонньої допомоги і тільки 10,0 % хворих після перенесеного МІ повертаються до повноцінного життя.

Згідно з проведеними дослідженнями, загальний об'єм медико-соціальних втрат постійно зростає з 1990 р., сягнувши 101 млн випадків цього захворювання в 2019 р. Ahmad F.B. et al вказують, що лише за 2019–2020 рр. розрахунковий коефіцієнт смертності з поправкою на вік, спровокований МІ підвищився на 15,9 %.

Таким чином, питання поширеності інсультної патології серед дорослого населення нашої держави та визначення особливостей перебігу та можливостей та відновлення таких пацієнтів є вкрай актуальним питанням.

*Метою* нашого дослідження постало визначення особливостей перебігу та можливостей відновлення таких пацієнтів та рівні їх обізнані щодо основних медико-соціологічних та клініко-епідеміологічних питань цієї патології.

*Матеріали та методи.* Для реалізації поставленої мети було використано авторську анкету особливостей перебігу та відновлення після інсульту, за допомогою якої було проведено опитування у форматі GoogleForms. В даному онлайн-опитуванні взяло участь 35 осіб основної (77,9 % чоловіків та 22,1 % жінок, що перехворіли на інсульт) та 29 респондентів контрольної (68,1 % чоловіки та 31,9 % жінки, що не хворіли на інсульт) груп. Більшість опитуваних знаходилася у віковому діапазоні 46–60 років.

*Отримані результати.* Більшість опитаних (58,5 %) перенесли інсульт у віці 45–55 років. В основній групі ішемічний інсульт перенесли 45,5 % осіб, геморагічний – 34,1 % та інший – 20,4 %. На обліку перебувають 58,6 % респондентів (переважно в поліклінічних закладах і реабілітаційних центрах). 48,9 % опитаних мають мовні, рухові та когнітивні порушення. У 57,8 %, окрім основного захворювання є коморбідність з цукровим діабетом, атеросклерозом, хронічним бронхітом, гастритами та ентеритами. 44,8 % опитаних мають шкідливі звички. Інформацію про рівень холестерину та цукру в крові володіють лише 49,8 % осіб. У 35,7 % після проведених реабілітаційних заходів спостерігалось повне відновлення функціональної активності, у 42,5 % – часткове. Інформацію щодо існуючих профілактичних заходів володіють лише 65,7 % респондентів. 45,6 % осіб відзначили відсутність допомоги від оточуючих у період відновлення після перенесеного інсульту.

Серед контрольної групи 58,6 % опитаних знали про симптоми та перебіг інсульту. 65,4 % осіб були обізнані щодо профілактики даної хвороби. 46,7 % респондентів володіли інформацією про основні необхідні реабілітаційні заходи після перенесеного інсульту.

*Висновок.* Таким чином, необхідно запроваджувати більше поширення санітарно просвітницької роботи серед населення та приділяти більш пильну увагу до цього контингенту населення.

#### **Література:**

1. Shi Q., Cheng Q., Chen C. The Role of Autophagy in the Pathogenesis of Ischemic Stroke. *Curr Neuropharmacol.* 2021. Vol. 19 (5). P. 629–640. doi: 10.2174/1570159X18666200729101913
2. Favate A. S., Younger D. S. Epidemiology of Ischemic Stroke. *Neurol. Clin.* 2016. Vol. 34. P. 967–980
3. Оцінка якості надання інсультної допомоги у стаціонарах за даними реєстру RES-Q / Т. С. Міщенко та ін. *Міжнарод. неврологічний журн.* 2020. № 16 (1). С. 10–16. doi: 10.22141/2224-0713.16.1.2020.197325
4. Stroke: a global response is needed. Bull / W. Johnson, O. Onuma, M. Owolabi, S. Sachdev. *World Health Organ.* 2016. Vol. 94. P. 634a. doi:10.2471/BLT.16.181636
5. Feigin V. L. Anthology of stroke epidemiology in the 20-th and 21-st centuries: Assessing the past, the present, and envisioning the future. *International J. of Stroke.* 2019. Vol. 14 (3). P. 223–237. doi: 10.1177/1747493019832996

## АНАЛІЗ СТАНУ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 7 МІСЯЦІВ 2024 РОКУ

**Цукор Н.Г.**

*ДУ «Харківський ОЦКПХ МОЗ», м. Харків*

*Актуальність.* Поширеність захворюваності вакцинокерованими інфекціями, особливості шляхів їх передавання, складнощі діагностування, розвиток серйозних ускладнень, обмежений доступ до лікування, а також низький рівень усвідомленої поінформованості населення є актуальною проблемою для системи охорони здоров'я [1].

Для того щоб запобігти спалахам хвороб та захистити тих людей, яким за віком чи через важкі хвороби та стани тимчасово не можна вакцинуватися від певних хвороб, потрібен колективний імунітет. Для цього 95 % дітей мають бути щеплені всім, що належить у їхньому віці, а не менше 80 % дорослих мають вчасно робити бустерні щеплення від правця й дифтерії [2].

*Мета роботи.* Оцінка стану імунізації населення у Харківській області.

*Матеріали та методи.* У ході роботи проводився аналіз даних моніторингу основних показників імунопрофілактики на підставі аналітичних таблиць електронно-статистичної форми «Укрвак-08».

*Результати.* З урахуванням даних ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» 6 показників імунізації населення за 7 місяців у Харківській області вищі за середні по Україні (вакцинація дітей віком до 1 року проти туберкульозу; проти дифтерії, кашлюку та правця у віці 18 місяців та 16 років; проти кору, епідемічного паротиту та краснухи у віці 6 років; проти хіб-інфекції (Hib-3).), 8 показників – нижче (проти гепатиту В (В-3) дітей віком до 1 року; проти поліомієліту у дітей до 1 року, 18 місяців, 6 років, 14 років; проти дифтерії, кашлюку та правця у віці до 1 року, 6 років та дорослі; проти кору, епідемічного паротиту та краснухи у віці 1 рік). У порівнянні з аналогічним періодом 2023 року спостерігається зріст охоплення щепленнями по 9 показниках та зниження – по 5 показниках [3].

Розрахунковий показник виконання запланованих обсягів профілактичних щеплень за 7 місяців (56,0 %) досягнуто лише по 3-х показниках – вакцинації щеплень віком до 1 року проти туберкульозу, хіб-інфекції (Hib-3) та дітей віком 6 років проти кору, паротиту та краснухи.

За даними аналізу за звітний період року 6 показників імунізації населення області нижчі у порівнянні з 2023 роком, а саме: проти поліомієліту – всіх вікових категорій дітей; проти кору, епідемічного паротиту та краснухи та вірусного гепатиту В – дітей віком 1 рік.

*Висновок.* Рівень охоплення імунізацією населення області та темпи виконання профілактичних щеплень по області недостатні за всіма показниками та віковими категоріями і нижчі розрахункового рівня. При динаміці імунізації населення, що склалася впродовж 7 місяців поточного року, прошарок не імунізованого населення щомісячно зростає. Це є прогностично несприятливим щодо ризику виникнення спалахів вакцинокерованих інфекцій та їх епідемічного поширення на території міста та області.

Профілактика небезпечних інфекційних хвороб повинна включати проведення цілеспрямованої комунікаційної роботи серед населення та

медичних працівників щодо необхідності повної своєчасної вакцинації та ревакцинації згідно з календарем профілактичних щеплень.

**Література:**

1. Імунопрофілактика інфекційних хвороб : навчально-методичний посібник / Л.І. Чернишова, Ф.І. Лапій, А.П. Волоха та ін. ; за ред. Л.І. Чернишової, Ф.І. Лапія, А.П. Волохи. Київ, 2020. 304 с.

2. Імунізація. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Електронний ресурс <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/imunizaciya/zagalna-informaciya>.

3. Охоплення щепленнями. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Електронний ресурс <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/imunizaciya/okhoplennya-sheplennjami>.

## **МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ОХОПЛЕННЯ ЩЕПЛЕННЯМИ РОМСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ**

**Ревть Н.Ф.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Проблема низького охоплення профілактичними щепленнями ромського населення викликає значну стурбованість серед фахівців з охорони здоров'я. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), мінімальний рівень охоплення вакцинацією населення повинен становити не менше 95 % для забезпечення колективного імунітету. Проте, серед ромського населення ці показники залишаються значно нижчими. Це створює сприятливі умови для спалахів таких небезпечних захворювань, як кір, дифтерія та поліомієліт, які можуть призвести до серйозних наслідків як для дітей, так і для дорослих.

Протягом останніх десяти років питання недостатнього охоплення профілактичними щепленнями вразливих груп населення стає все більш актуальним. Однією з таких груп є ромське населення, рівень вакцинації якого залишається критично низьким – лише 42 %. Це ставить під загрозу не лише здоров'я представників цієї етнічної групи, але й безпеку громад загалом. Для дослідження причин низького рівня вакцинації було проведено опитування серед ромського населення, результати якого дозволили виділити основні чинники, що сприяють цій проблемі, а саме:

1. Низький рівень поінформованості. Багато ромів не мають доступу до інформації про важливість вакцинації. Відсутність або недостатнє поширення інформаційних матеріалів зрозумілими для них мовами та форматами посилює недовіру до щеплень і медичних працівників.

2. Міграційні процеси. Часті переміщення ромів як усередині країни, так і за її межі, ускладнюють їхню реєстрацію в медичних закладах. Під час війни ці процеси ще більше погіршилися, що ускладнює організацію систематичних щеплень.

3. Соціально-економічні фактори. Багато ромів живуть у важких соціально-економічних умовах з обмеженим доступом до медичних послуг. Низький рівень доходів часто робить медичне обслуговування, зокрема вакцинацію, менш пріоритетним у порівнянні з іншими життєвими потребами.

4. Культурні бар'єри та упередження. У ромських громадах є сильні культурні стереотипи, що формують недовіру до медичних працівників та страх перед вакцинацією. Ці стереотипи часто засновані на відсутності позитивного досвіду взаємодії з медичною системою.

Недостатній рівень охоплення вакцинацією серед ромського населення може призвести до спалахів інфекційних захворювань, які поширюються не лише серед ромів, але й серед усього населення. Це створює додаткове навантаження на систему охорони здоров'я, оскільки спалахи хвороб потребують швидкого втручання та дороговартісного лікування. Крім того, поширення інфекцій призводить до підвищення загальної захворюваності та витрат на медичну допомогу.

Спалахи таких захворювань, як кір або дифтерія, ставлять під загрозу не лише здоров'я ромської спільноти, але й благополуччя суспільства в цілому. Ефективна боротьба з цими проблемами вимагає як значних фінансових ресурсів, так і системної організації медичних послуг.

Для подолання проблеми низького рівня охоплення вакцинацією серед ромів необхідний комплексний підхід, який включає кілька важливих напрямків.

1. Інформаційно-просвітницькі кампанії. Важливо розробляти доступні для розуміння інформаційні матеріали, орієнтовані на ромське населення, з урахуванням їхньої культури та мови. Такі кампанії повинні бути спрямовані на підвищення обізнаності про важливість вакцинації та розвіювання міфів про щеплення.

2. Підвищення рівня довіри до медичних послуг. Для ефективної взаємодії з ромською спільнотою необхідно створити умови, які сприятимуть налагодженню довірливих стосунків між медичними працівниками та ромським населенням. Залучення лідерів громад до інформаційних кампаній може значно покращити цей процес.

3. Мобільні бригади вакцинації. Оскільки багато ромів мають обмежений доступ до стаціонарних медичних установ через міграційні процеси або віддаленість від медичних центрів, важливо забезпечити їх вакцинацією безпосередньо на місцях проживання. Мобільні бригади можуть стати ефективним рішенням для подолання цієї проблеми.

4. Інтеграція медичних програм. Спільна робота органів охорони здоров'я, соціальних служб і громадських організацій дозволить забезпечити координацію зусиль для покращення рівня вакцинації серед ромського населення. Така співпраця сприятиме вирішенню проблеми на системному рівні.

*Висновок.* Для підвищення рівня вакцинації потрібен комплексний підхід, що включає просвітницьку роботу, підвищення довіри до медичних послуг і забезпечення доступу до медичної допомоги через мобільні бригади та інтегровані програми. Лише поєднання цих заходів дозволить забезпечити достатній рівень вакцинації та знизити ризики спалахів небезпечних інфекційних захворювань.

#### **Література:**

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. "Охоплення вакцинацією та контроль захворювань." [ВООЗ, 2022].

2. Васильченко О. І. "Медико-соціальні проблеми ромського населення в Україні." Український журнал охорони здоров'я, 2020.

3. Закон України «Про захист від інфекційних хвороб» 06.04.2000 року № 1645-III, ст.15

4. Закон України «Про систему громадського здоров'я» 06.09.2022 року № 2573.

5. Навчально-методичний посібник «Імунопрофілактика інфекційних хвороб» друге та третє видання Л.І. Чернишова, Ф.І. Лапій, А.П. Волохова.

## APPLICATION OF VARIANCE ANALYSIS TO STUDY THE RELATIONSHIPS BETWEEN VARIOUS FACTORS AND PHENOMENA

**Pomohaibo K.G.** (*supervisor*), **Amrit Kaur**  
*Kharkiv National Medical University, Kharkiv*

Dispersion analysis was originally proposed by R.A. Fisher for the processing of the results of agricultural trials, aimed at establishing the conditions under which a given agricultural crop yields a maximal harvest. Modern applications of dispersion analysis embrace a wide scope of problems in economics, sociology, biology, and technology; they are usually treated in terms of the statistical theory of detection of systematic differences between the results of direct measurements carried out under specific varying conditions [1].

Analysis of variance (ANOVA) can be used to determine whether the mean values differ between groups or whether the differences are due to chance.

ANOVA is a powerful tool that can be used in statistical analysis to assess the effect of a factor on a dependent variable. This helps to establish whether the factor is significant and allows for the identification of interactions between variables. ANOVA also allows you to determine how much difference there is between groups, which can be useful when choosing strategies to manipulate factors. When used correctly, ANOVA can be very useful and make your research much more informative [2].

To conduct ANOVA, it is necessary to define the null and alternative hypotheses about the absence or presence of statistically significant differences between groups, respectively. ANOVA uses three types of variance: between-group variance, within-group variance, and total variance. Between-group variance represents the differences between group means, within-group variance represents the variability within each group, and total variance is the sum of between-group and within-group variances. There are several types of tests for performing ANOVA, each of which may be used depending on the type of data and the number of groups. For example, one-way ANOVA is used to compare means across one factor, and two-way ANOVA is used to compare means across two or more factors. *One-way ANOVA (one-way analysis of variance) is used to determine whether there are statistically significant differences between two or more groups on one independent variable. One-way ANOVA tests the null hypothesis that the mean of the dependent variable is the same across all groups. One-way ANOVA is a basic method of analysis for examining factors that influence dependent variables across groups.* Using this method helps to objectively evaluate the results and reliably determine which factors play a key role in the phenomenon or process under study. Two-factor ANOVA (two-factor analysis of variance) is a method of statistical data analysis that allows you to determine the presence of statistically significant differences between groups in two independent variables (factors). This approach allows us to assess the

impact of each independent variable on the dependent variable, as well as identify possible interactions between factors. In the case of significant differences, additional analysis is performed to determine between which groups the differences exist. *Multivariate ANOVA (analysis of variance) is a statistical method used to analyze differences between groups (factors) and the influence of different variables (factors) on the dependent variable being studied. It allows one to identify whether there is a statistically significant influence of one or more factors on the dependent variable and to determine which factors have the greatest influence.* ANOVA is very important for statistical data analysis and research. This method allows you to determine which factors influence changes in groups and has many applications, but to use it, you must follow these guidelines: carefully selecting the data to be analyzed and checking them against the ANOVA criteria, performing normality tests to check whether the data are normally distributed, taking into account the influence of other factors that are unrelated to the variable under study, checking the statistical significance of the ANOVA result, considering the sample size and spread of the data, and the need to use other methods of analysis to test the conclusions [1-3].

*Conclusion.* Thus, ANOVA is a powerful statistical analysis method that can be used to study differences between groups. It helps to find significant differences and identify factors that influence the results of the study. However, for more accurate results, it is necessary to follow certain recommendations and take into account all the influencing factors and apply other methods of analysis, if necessary.

#### **References:**

1. Антомонов М.Ю. Математична обробка та аналіз медико-біологічних даних. 2-е видання- Київ: МІЦ «Медінформ», 2018- 579 с.
2. Мармоза А.Т. Практикум з математичної статистики: Навчальний посібник. – К.: Кондор, 2009. – 264 с.
3. Introduction to Biostatistical Applications in Health Research with Microsoft Office Excel, Workbook/Robert P. Hirsch–John Wiley & Sons, 2016. 240 p.

## **MEDICAL AND SOCIAL SIGNIFICANCE OF NON-EPIDEMIC INFECTIOUS DISEASES**

**Mishchenko M.M.<sup>1</sup> Mishchenko O.M.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Kharkiv National Medical University, Kharkiv*

<sup>2</sup>*Educational and Research Medical Institute of NTU «KhPI», Kharkiv*

Recently, the entire global medical and scientific community has noted the spread of the epidemic of non-communicable diseases (NCDs). This situation is provoked by the constant increase in the prevalence of risk factors for these diseases, which primarily include unhealthy diet, sedentary lifestyle with low physical activity, non-compliance with the rules of a healthy lifestyle, alcohol and drug abuse, tobacco smoking, etc. [1].

WHO experts point out that NCDs (primarily diabetes and cardiovascular diseases) are a major threat to the global economy and society. NCDs cause more than 73.0 % of all global deaths, about 28.8 million of these deaths are associated with high blood pressure, hyperglycemia, high body mass index, etc. [2].

According to the WHO and DALY levels among European countries, about 60.0 % of the total burden of disease is caused by the main seven risk factors

(hypertension – 12.8 %, tobacco smoking – 12,3 %, alcohol abuse – 10.1 %, hypercholesterolemia – 8.7 %, obesity – 7.8 %, low consumption of vegetables and fruits – 4.4 %, physical inactivity – 3.5 % and NCDs – 77.0 %). NCDs in Europe cause more than 86.0 % of all deaths and 77.0 % of all DALYs. According to WHO, NCDs cause more than 70.0 % of all global deaths (40 million annually) [3].

According to the Global Burden of Disease Study [4], NCDs are the second most common cause of death in most countries [5, 6], and in high-income countries of Western Europe and North America, NCDs are the leading cause of morbidity and mortality, accounting for more than 90.0 % of all deaths.

Ukraine has also identified the risk factors that cause most diseases and contribute to the global burden of disease. Among them, the first places in men are occupied by tobacco smoking (20.2 % of all DALYs), alcohol abuse (18.3 %), arterial hypertension (13.9 %), hypercholesterolemia (12.7 %), insufficient consumption of vegetables and fruits (7.6 %), overweight (7.2 %), sedentary lifestyle (4.9 %) and substance abuse (4.1 %); in women – arterial hypertension – 20.3 %, hypercholesterolemia – 16.6 %, overweight – 11.4 %, insufficient consumption of vegetables and fruits – 8.6 %, sedentary lifestyle – 6.4 %, alcohol abuse – 4.3 %, tobacco smoking – 3.0 % and abuse of narcotic and psychotropic substances – 1.7 % [1].

It is predicted that NCDs will cause up to 81.0 % of all global deaths in 2040 [2], which is associated with the projected increase in the prevalence of the main risk factors for NCDs. It is predicted [7] that by 2040, most independent factors affecting health will improve globally, but about 36 factors (which determine the prevalence of NCDs) will deteriorate.

Thus, NCDs have quite threatening trends towards a significant increase in their prevalence and the negative health and social consequences they cause (mortality and disability of the world's population, DALYs, YLL and YLD, etc.).

#### References:

1. Щодо питання глобального тягаря хвороб в Україні / О. М. Дзюба, Л. М. Пазинич, О. Р. Ситенко, Є. М. Кривенко. *Вісн. соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2017. № 2 (72). С. 8–13. doi: 10.11603/1681-2786.2017.2.8101
2. The Lancet. GBD 2017: a fragile world. *Lancet*. 2018. Vol. 392. P. 1683. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32858-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32858-7)
3. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioral, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 / S. I. Hay et al. *Lancet*. 2017. № 389 (10064). E1–E.
4. Association between prediabetes and risk of all cause mortality and cardiovascular disease: updated meta-analysis / X. Cai et al. *BMJ*. 2020. Vol. 370. P. m2297. doi: 10.1136/bmj.m2297. PMID: 32669282; PMCID: PMC7362233
5. A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Default results are deaths and DALYs for 2017 with trends since 1990. 2017. URL: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
6. World Health Organization (WHO). Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2016. Geneva: World Health Organization; 2018. 2018. URL: [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html)

7. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories / J. F. Kyle et al. *The Lancet*. 2018. Vol. 392, Iss. 10159. P. 2052–2090. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31694-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31694-5)

## **EFFICIENCY OF VACCINATION PROGRAMS IN REDUCING THE INCIDENCE OF INFECTIOUS DISEASES**

**Yaremenko A.V., Orel O.V.**

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv*

Infectious diseases have been one of the leading causes of morbidity and mortality throughout human history. However, with the advent of vaccines, the situation has changed dramatically. Vaccination has become one of the greatest medical achievements of the 20th century, which has saved millions of lives and significantly reduced the burden of infectious diseases worldwide.

Vaccination programs implemented at the national and international levels play a key role in the fight against infectious diseases. They not only protect individuals, but also create herd immunity that protects the entire society, including those who cannot be vaccinated for medical reasons. Vaccination programs implemented at the national level have a significant impact on public health by reducing the morbidity, mortality, and economic costs associated with infectious diseases.

The effectiveness of vaccination programs is best demonstrated by the example of specific diseases:

*Polio*: Prior to the introduction of the vaccine in 1955, polio paralyzed thousands of children each year. Thanks to global vaccination efforts, polio cases have fallen by 99 % since 1988. Today, poliomyelitis remains endemic in only two countries in the world.

*Measles*: The measles vaccine, introduced in 1963, reduced the incidence by 80 % in countries with high vaccination coverage. In the United States, the number of measles cases has decreased from hundreds of thousands per year to isolated cases.

*Diphtheria*: Before the introduction of vaccination, diphtheria was one of the main causes of childhood mortality. Today, the incidence of diphtheria has decreased by 95 % in developed countries.

*Hepatitis B*: The introduction of newborn vaccination against hepatitis B has led to a significant reduction in the incidence of chronic hepatitis B and related liver cancer.

Despite their overall effectiveness, vaccination programs face a number of challenges, such as:

1. Anti-vaccination movement: Growing mistrust of vaccines, the spread of myths and misinformation leads to a decrease in vaccination coverage in some regions.

2. Uneven coverage: In many developing countries, there are problems with access to vaccines, especially in remote areas.

3. New pathogens: The emergence of new infectious diseases (eg, COVID-19) requires the rapid development and implementation of new vaccines.

4. Mutations of pathogens: Some viruses and bacteria mutate, which can reduce the effectiveness of existing vaccines and require their constant updating.

5. Financing: Ensuring sustainable financing of vaccination programs, especially in countries with limited resources, remains a challenge.

Conclusions and recommendations: vaccination programs demonstrate high efficiency in reducing the incidence of infectious diseases, which is confirmed by numerous studies and statistical data. They not only save lives, but also bring significant economic benefits.

To further increase the effectiveness of vaccination programs, WHO recommends:

1. Strengthen educational programs to increase public confidence in vaccination and overcome myths and misinformation.

2. Ensure equal access to vaccination for all segments of the population, especially in developing countries.

3. Invest in developing new vaccines and improving existing ones to combat new and mutating pathogens.

4. To improve systems for monitoring and evaluating the effectiveness of vaccination programs for their timely adaptation.

5. Strengthen international cooperation in the field of vaccine development and implementation, especially in the context of global epidemics.

6. Ensure stable financing of vaccination programs at the national and international levels.

Implementation of these recommendations will improve the effectiveness of vaccination programs and make a significant contribution to improving public health at the global level. Vaccination remains one of the most powerful tools in the fight against infectious diseases, and its role in ensuring public health is difficult to overestimate. These vaccination programs are aimed at protecting the population of Ukraine from the most dangerous infectious diseases. It is important to note that the specific details of the programs may change depending on the epidemiological situation and the recommendations of the World Health Organization. In addition, in the context of the COVID-19 pandemic, a vaccination program against this disease has also been implemented in Ukraine, which is constantly adapted according to the availability of vaccines and the epidemiological situation.

#### **References:**

1. Vsesvitnia orhanizatsiia okhorony zdorovia. (2021). Imunizatsiia. <https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization>

2. Centers for Disease Control and Prevention. (2022). Vaccine Effectiveness: How Well Do Flu Vaccines Work? <https://www.cdc.gov/flu/vaccines-work/vaccineeffect.htm>

3. Plotkin, S. A., Orenstein, W. A., Offit, P. A. (2018). Plotkins Vaccines (7th ed.). Elsevier.

4. Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. (2022). Kalendar profilaktychnykh shcheplen. <https://moz.gov.ua/article/immunization/kalendar-profilaktichnih-scheplen>

5. Kramarov, S. O., Zakordonets, L. V. (2018). Vaksynoprofilaktyka infektsiinykh khvorob u ditei: dosiahnennia ta problemy. Aktualna infektolohiia, 6 (5), 235–241.

6. Buchy P, Badur S. Who and when to vaccinate against influenza. *Int J Infect Dis.* 2020 Apr;93:375-387. doi: 10.1016/j.ijid.2020.02.040. Epub 2020 Feb 25. PMID: 32109627.

7. Eltvedt AK, Poulsen A, Winther TN, Von Linstow ML. Barriers for vaccination of healthcare workers. *Hum Vaccin Immunother.* 2021 Sep 2;17(9):3073-3076. doi: 10.1080/21645515.2021.1904760. Epub 2021 Apr 27. PMID: 33905303; PMCID: PMC8381807.

## **THE ROLE OF INFORMATION TECHNOLOGIES IN MONITORING THE EPIDEMIOLOGICAL SITUATION IN THE COUNTRY**

***Yaremchenko A. V., Orel O. V.***

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv*

In today's world, where globalization and rapid movement of people create favorable conditions for the spread of infectious diseases, effective monitoring of the epidemiological situation has become critical for ensuring public health. Information technology (IT) plays a key role in this process, providing tools to collect, analyze and interpret epidemiological data in real time. Let's consider the main aspects of the use of IT in epidemiological surveillance and their impact on the effectiveness of disease monitoring and control.

Data collection and analysis systems: modern information systems allow automating the process of collecting epidemiological data from various sources. Electronic medical records (EMR) became the basis for collecting primary information about diseases. EMR integration with laboratory information systems provides rapid transmission of diagnostic test results, which is critical for early detection of outbreaks.

Centralized databases of epidemiological information allow aggregating data from various medical institutions and regions of the country. This makes it possible to carry out a comprehensive analysis of the epidemiological situation at the national level. The use of big data technologies (Big Data) makes it possible to process huge amounts of information and reveal hidden patterns that may be invisible during traditional analysis.

Geoinformation systems have become an integral part of modern epidemiological surveillance. They allow visualization of the spread of diseases on interactive maps, which facilitates the understanding of the spatial aspects of epidemics. Analysis of geographic data helps identify disease clusters and assess the impact of environmental, social, and other factors on the spread of infections. The use of geoinformation systems also allows you to create prognostic models that take into account the geographical features of the area, climatic conditions and socio-demographic characteristics of the population. This makes it possible to predict potential disease outbreaks and take preventive measures.

Mobile technologies and telemedicine The development of mobile technologies has opened up new opportunities for epidemiological monitoring. Mobile apps for self-diagnosis and symptom reporting allow data to be collected directly from the population, which is especially important for early detection of new outbreaks. Contact tracing systems that use Bluetooth and GPS technologies have

become a powerful tool in the fight against the spread of infectious diseases, especially during the COVID-19 pandemic. However, their use raises important questions about privacy and protection of personal data.

Telemedicine platforms allow conducting remote consultations, which reduces the risk of transmission of infections when visiting medical institutions and improves access to medical care in remote regions.

Early warning systems. Information technologies have made it possible to create effective early warning systems about epidemic threats. These systems analyze data from a variety of sources, including healthcare facilities, social media, and the media, to identify potential outbreaks at an early stage. Automated notification systems provide quick notification of responsible authorities and the population about the emergence of epidemic threats. This allows us to quickly take the necessary measures to prevent the spread of diseases.

International cooperation and data exchange. Information technologies play a key role in ensuring international cooperation in the field of epidemiological surveillance. Data sharing systems allow countries to share information about the epidemic situation in real time, which is critical for controlling the cross-border spread of diseases.

Conclusion. Information technologies have become an integral part of modern epidemiological surveillance, significantly increasing its effectiveness and efficiency. They allow collecting and analyzing huge amounts of data, revealing hidden patterns and predicting the development of epidemic situations. However, along with numerous advantages, the use of IT in epidemiological monitoring poses new challenges related to the protection of personal data and ethical aspects. Solving these problems requires an interdisciplinary approach and close collaboration between health professionals, IT specialists, lawyers and ethicists.

The further development of information technologies, including the improvement of artificial intelligence algorithms, the introduction of Internet technologies and the development of cloud computing, opens new perspectives for improving epidemiological surveillance. This will allow more effective prevention and control of the spread of infectious diseases, providing better protection of public health in the conditions of a globalized world.

#### **References:**

1. World Health Organization. (2023). Global strategy on digital health 2020-2025. Geneva: WHO.
2. Choi, B. C. (2022). The past, present, and future of public health surveillance. *Scientifica*, 2022, 875253.
3. Brownstein, J. S., Freifeld, C. C., & Madoff, L. C. (2021). Digital disease detection—harnessing the Web for public health surveillance. *New England Journal of Medicine*, 360(21), 2153-2157.
4. Bansal, S., Chowell, G., Simonsen, L., Vespignani, A., & Viboud, C. (2022). Big data for infectious disease surveillance and modeling. *The Journal of Infectious Diseases*, 214(suppl\_4), S375–S379.
5. Pigott, D. M., Howes, R. E., Wiebe, A., Battle, K. E., Golding, N., Gething, P. W., & Hay, S. I. (2023). Prioritising infectious disease mapping. *PLoS neglected tropical diseases*, 9(6), e0003756.
6. Boulos, M. N. K., Geraghty, E. M., & Gorsline, J. (2022). Health geomatics: An enabling suite of technologies in health and healthcare. *Journal of Biomedical Informatics*, 46 (3), 548–556.

**Секція 5.**  
**ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

**СУЧАСНІ АСПЕКТИ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО  
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ  
ХВОРИМ З ТРАВМАТИЧНИМИ УШКОДЖЕННЯМИ ОКА**

**Короп О.А., Мазур Є.В.**

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород*

Травматичні ушкодження ока є серйозною загрозою функції зору і у більшості випадків призводять до часткової або повної його втрати, що значно погіршує якість життя пацієнтів [1]. Організація спеціалізованої медичної допомоги хворим із травмами ока потребує комплексного підходу, що передбачає своєчасну діагностику, надання невідкладної медичної допомоги, спеціалізоване лікування та реабілітацію [2]. Ефективність спеціалізованої медичної допомоги багато в чому залежить від чіткого нормативно-правового забезпечення, яке регулює діяльність медичних закладів, профільних фахівців та створює правові підстави для надання високоякісної спеціалізованої медичної допомоги [3].

В Україні організація спеціалізованої медичної допомоги хворим з травматичними ушкодженнями ока регулюється низкою законодавчих актів та нормативних документів, зокрема Законом України "Основи законодавства України про охорону здоров'я", який визначає загальні принципи та засади організації медичної допомоги, зокрема спеціалізовану медичну допомогу при травмах ока і акцентує увагу на правах пацієнтів на доступності, своєчасності, якості та ефективності кваліфікованої медичної допомоги [4]; наказом МОЗ України № 1422 від 29 грудня 2020 року "Про затвердження стандартів медичної допомоги при травмах", який встановлює протоколи надання медичної допомоги при травмах, в тому числі й при травматичних ушкодженнях ока і визначає алгоритм дій медичних працівників, вимоги до діагностики, лікування та реабілітації постраждалих [5] та наказом МОЗ України № 955 від 27 грудня 2018 року "Про затвердження протоколів медичної допомоги за спеціальністю "Офтальмологія", що описує процедури надання медичної допомоги хворим із офтальмологічними травмами, зокрема травмами ока [6].

Нормативно-правові акти України передбачають багаторівневу систему надання медичної допомоги при травмах ока – на первинній ланці, згідно до чинного законодавства, медичну допомогу хворим із травматичними ушкодженнями ока надають лікарі загальної практики або сімейні лікарі, а у разі складних або небезпечних травм пацієнти направляються до медичних закладів вторинного (спеціалізованого) рівня, які оснащені відповідним обладнанням для діагностики та лікування травматичних ушкоджень ока і де працюють офтальмологи. Пацієнти із важкими травмами ока або післятравматичними ускладненнями отримують необхідну спеціалізовану медичну допомогу в медичних закладах третинного (високоспеціалізованого) рівня – в офтальмологічних центрах або клініках, які мають висококваліфікованих фахівців і сучасне медичне обладнання для проведення складних хірургічних втручань та реабілітації хворих [7].

Організація спеціалізованої допомоги хворим із травматичними ушкодженнями ока, основними принципами якої є своєчасність діагностики трав ока з використанням інноваційних методів обстеження, своєчасність хірургічних втручань і післяопераційна реабілітація пацієнтів регулюється стандартизованими протоколами, що враховують вітчизняні і міжнародні рекомендації та досвід [8–10].

Досить важливим для пацієнтів з травматичними ушкодженнями ока, незалежно від їх соціального статусу чи фінансових можливостей, є доступність своєчасної медичної допомоги, у зв'язку з чим державною політикою передбачене фінансування таких медичних послуг через програму медичних гарантій, яка забезпечує безоплатне надання невідкладної допомоги, діагностики та лікування в межах державних медичних закладів та медичне страхування або залучення державного фінансування для оплати складних операцій чи високоякісного лікування [11, 12].

На сьогодні в систему охорони здоров'я України активно інтегруються міжнародні стандарти, зокрема в контексті лікування травм ока і особливо важливою є співпраця з Всесвітньою організацією охорони здоров'я, яка надає рекомендації щодо покращення якості допомоги при офтальмологічних травмах та адаптуються інноваційні методики лікування, таких як використання лазерних технологій або імплантації штучних кришталіків, що є перспективним для розвитку національної системи охорони здоров'я [13–17].

Таким чином, нормативно-правове забезпечення організації спеціалізованої медичної допомоги хворим із травматичними ушкодженнями ока в Україні базується на національних законах, національних і міжнародних протоколах діагностики і лікування хворих з травматичними ушкодженнями ока та державних програмах фінансування. Хоча система надання спеціалізованої офтальмологічної допомоги має належне правове підґрунтя, подальший її розвиток потребує удосконалення нормативної бази, забезпечення рівного доступу до медичних послуг у всіх регіонах країни та інтеграції міжнародного досвіду для підвищення якості та ефективності обстеження і лікування хворих з травматичними ушкодженнями ока.

#### **Література:**

1. World Health Organization. (2020). World report on vision. Geneva: WHO. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516570> (дата звернення 29.09.2024).
2. Офтальмологічна допомога в Україні за 2005-2019 роки. Аналітично-статистичний довідник / М. В. Голубчиков, С. О. Риков, О. П. Вітовська [та ін.]. Київ, 2020. 250 с.
3. Зделова Г. С. (2023). Офтальмологічна допомога в Україні. Стан та перспективи удосконалення (огляд літератури). Клінічна та профілактична медицина, 1(23), 78-85.
4. Верховна Рада України. Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення 29.09.2024).
5. Наказ МОЗ України № 1422 від 29 грудня 2020 року «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/nakazi> (дата звернення 29.09.2024).

6. Наказ МОЗ України № 955 від 27 грудня 2018 року «Про затвердження протоколів медичної допомоги за спеціальністю "Офтальмологія"» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/nakazi> (дата звернення 29.09.2024).

7. World Health Organization. Health Systems Strengthening for Eye Care: Primary, Secondary and Tertiary Levels of Care [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.who.int/eye-care-levels> (дата звернення 29.09.2024).

8. European Guidelines for Eye Care: Best Practices for Diagnosis and Treatment of Ocular Trauma [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.soe.org/guidelines> (дата звернення 29.09.2024).

9. Naidoo K. S., Jaggernath J. (2018). Eye trauma and prevention in the developing world. *Community Eye Health Journal*, 31(102), 47-49. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://cehjournal.org/article/eye-trauma-and-prevention-in-the-developing-world/> (дата звернення 30.09.2024).

10. International Council of Ophthalmology (ICO). ICO Guidelines for Ocular Trauma: Management and Treatment Standards [Електронний ресурс]. Режим доступу: [https://www.icoph.org/guidelines/ocular\\_trauma](https://www.icoph.org/guidelines/ocular_trauma) (дата звернення 28.09.2024).

11. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення 30.09.2024).

12. «Global Report on Vision». World Health Organization, 2019 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516570> (дата звернення 30.09.2024).

13. European Society of Ophthalmology. European Guidelines for Eye Care [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.eugs.org/guidelines> (дата звернення 30.09.2024).

14. United Nations. Universal Eye Health: A Global Action Plan 2020-2025 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.un.org/eye-health-plan> (дата звернення 30.09.2024).

15. American Academy of Ophthalmology (2022). Ophthalmic trauma: Current protocols and future directions, 135-147.

16. World Health Organization. Priority Eye Diseases: Ocular Trauma [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/priority-eye-diseases> (дата звернення 30.09.2024).

17. International Council of Ophthalmology. ICO Guidelines for Ocular Trauma Management [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.icoph.org/guidelines> (дата звернення 30.09.2024).

## ГЕНДЕРНА РІВНІСТЬ ТА ДОСТУП ДО МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ: ЕКОФЕМІНІСТИЧНИЙ КОНТЕКСТ

**Карпенко К.І.**

*Харківський національний медичний університет,  
м. Харків*



This project has received funding through the MSCA4Ukraine, funded by the European Union.

Гендерний аналіз здоров'я потребує уточнення розуміння рівності та різності в медицині. Якщо в політичній царині акцент робиться на рівності в прийнятті рішень щодо забезпечення медичними послугами чоловіків і жінок, то безпосередньо в лікувальному процесі має підкреслюватися момент різності чоловічого і жіночого організмів. Тобто саме визнання біологічної різності стає тут фактом визнання соціальної рівності. Хірург та гемостазіолог Назія Скоробагатова аналізує цікаву наукову ситуацію. У фільмі 1983 року молода жінка, на ім'я Йентл, намагалася жити як чоловік, щоб здобути бажану освіту, стираючи кордони між традиційними гендерними ролями й соціальними кордонами, що глибоко вкоренилися в суспільстві. Відомо, що у 1991 р. на основі цього сюжету доктор Бернадін Хілі ввела вираз «синдром Йентл». Вона показала, що жінки мали гірші наслідки після серцевих нападів, оскільки їхні симптоми відрізнялися від симптомів чоловіків. Відтоді протоколи клінічних досліджень поступово стали включати показники, що стосуються статі, щоб зменшити неблагодолучні наслідки лікування, а догляд став більш персоналізованим. Але і «через тридцять один рік після визначення «синдрому Йентл» жінки все ще недостатньо вивчені, їм приділяється недостатньо уваги в аспектах діагностики та лікування. Їхня представленість у РКІ все ще занадто низька (максимум 30 % від загальної вибірки), хоча їхня фармакодинамічна та фармакокінетична відповідь на антитромботичні препарати та їх вихідні ризики кровотечі та ішемії можуть значно відрізнятися від чоловіків» [1].

Отже, політика у сфері охорони здоров'я покликана ідентифікувати різні потреби жінок і чоловіків в отриманні медичних послуг, а також визначити способи задоволення цих потреб на основі принципів соціальної справедливості та відсутності дискримінації за ознакою статі. Ця важлива тенденція може реалізуватися завдяки тому, що Україна визначає гендерну рівність одним із пріоритетів і формує національну гендерну політику, а також приєдналася до Пекінської декларації та Платформи дій, ухвалених на четвертій Всесвітній конференції ООН із становища жінок 15 вересня 1995 р. Україна ратифікувала головні договори з прав людини, включно з Конвенцією про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (1980 р.)<sup>2</sup> та її Факультативним Протоколом<sup>3</sup>.

Перш ніж перейти до екофеміністського аналізу доступу до медичних послуг, зазначимо доволі поширене і хибне переконання, що гендерна тематика стосується лише жінок. В Україні досить потужний жіночий рух, проте зовсім мало організацій, зосереджених на захисті прав чоловіків, що може бути наслідком практичної відсутності у публічному дискурсі цього важливого

питання. Згадаємо про домінуючий протягом довгого часу стереотип відносно того, що справжні чоловіки не хворіють. Беззаперечно, в умовах війни і значного зростання звернень чоловіків за медичними послугами актуальність обговорення даного питання зростає. «Парасольковою» методологією, що відкриває нові горизонти розв'язання зазначених проблем, є екофемінізм.

Екофемінізм – це філософський і соціальний рух, що виник на початку 70-х років ХХ століття і пройшов певні етапи від grass-roots активізму до визнаної соціально-політичної та теоретичної концепції. Він об'єднує елементи фемінізму та екологізму, підкреслюючи взаємозв'язок між експлуатацією природи та утиском жінок. Ця концепція базується на ідеї, що патріархальні структури суспільства одночасно пригнічують як жінок, так і довкілля, що створює спільне підґрунтя для боротьби з обома формами дискримінації. Наприклад, американська екофеміністка, лікар за професією, Рейчел Карсон у 1962 році видала книгу «Мовчазна весна», в якій найголовніша увага приділялася боротьбі проти використання ДДТ та пестицидів, що було дуже поширено під час Другої світової війни. Вихід цієї книги зумовив розгортання впливового екофеміністського руху в усьому світі.

Екофемінізм стверджує, що питання здоров'я слід розглядати в ширшому контексті, з урахуванням впливу екологічних і соціальних факторів, які мають гендерне забарвлення. Здоров'я жінок, на думку екофеміністок, нерідко страждає через негативні екологічні умови та патріархальні структури, що обмежують доступ до ресурсів та можливостей для збереження і поліпшення свого здоров'я. Екофеміністки пов'язують здоров'я жінок та екологічну справедливість. Статистичні дані та соціологічні дослідження свідчать, що жінки, особливо їх вразливі верстви, такі як сільські жінки чи мешканки країн, що розвиваються, зазнають більших екологічних ризиків, які впливають на їхнє здоров'я. Це стосується впливу забруднення повітря, води, використання пестицидів у сільському господарстві, браку доступу до чистої води, якісного харчування та медичних послуг.

Прихильники та прихильниці екофемінізму розглядають проблеми екоциду під час війни у контексті проблем геноциду. При цьому екоцид трактується як кримінальний злочин, як «масове знищення рослинного або тваринного світу, отруєння атмосфери або водних ресурсів, а також вчинення інших дій, що можуть спричинити екологічну катастрофу», що загрожує існуванню нації. «У контексті екофеміністичного підходу екоцид можна розглядати як форму геноциду, оскільки руйнування навколишнього середовища може призвести до серйозної шкоди або навіть до зникнення людських спільнот, які покладаються на ці екосистеми як джерела існування, існування та культурної ідентичності» [4, с. 91].

Особливі акценти виникають також щодо оцінок ролі пацифістських настроїв. Німецька екофеміністка Петра Келлі ще в 1970-х роках підкреслила, що пацифізм був важливим на етапі протистояння гонці озброєння, розвитку ядерної зброї. Для неї пацифізм ніколи не був самоціллю. Сьогодні, коли йде війна, то головне – це активний воєнний спротив ворогу, усунення війни як причини екоциду [див.: 4, с. 94].

Екофеміністки піднімають питання про вплив хімічних речовин та забруднення, що часто впливають на жіноче здоров'я, включаючи підвищені ризики онкологічних захворювань, репродуктивних порушень та хвороб,

пов'язаних з гормональними дисбалансами. На їх погляд, жінки зазнають більших ризиків через свій біологічний статус (наприклад, токсини накопичуються в жировій тканині, що може негативно впливати на репродуктивну систему та плід під час вагітності).

На думку екофеміністок, контроль жінок над своїм репродуктивним здоров'ям є ключовим для їхньої свободи і благополуччя. Вони часто підтримують доступ до контрацепції, безпечних умов вагітності та пологів, а також боротьбу проти насильства та дискримінації, що пов'язана з репродуктивними правами.

Крім того, екофемінізм проводить паралелі між контрольованим доступом жінок до власного тіла та контрольованим доступом громад до природних ресурсів (вода, земля, продукти харчування). Саме тому екофеміністська методологія пов'язана з підтримкою традиційних знань і зв'язку з природою.

Екофемінізм часто звертається до традиційних, природних способів підтримки здоров'я, таких як використання трав, природні методи лікування, екологічно чисті практики харчування та родинні цінності. Жінки в багатьох культурах завжди грали центральну роль в підтримці таких знань.

Аналізуючи гендерну нерівність в доступі до медичних послуг, екофемінізм критикує системи охорони здоров'я, які часто ігнорують або недооцінюють специфічні потреби жінок, особливо в контексті репродуктивного та психічного здоров'я. На їх погляд, це може бути наслідком як соціально-економічних бар'єрів, так і упередженого підходу до жіночого здоров'я в медичній науці.

Профілактичні стратегії з позиції екофемінізм передбачають стійкий спосіб життя та екологічну свідомість як пропаганду здорового способу життя, що ґрунтується на природних ресурсах, органічному харчуванні та свідомому споживанні. Це допомагає зменшити вплив токсинів та поліпшити загальний стан здоров'я.

Велике значення в сучасному світі мають політична та соціальна активність. Екофеміністки закликають до активної участі жінок у процесах прийняття рішень щодо екологічних та соціальних питань. Це включає боротьбу за екологічну справедливість, захист прав на здорове довкілля та вплив на політику в сфері охорони здоров'я.

Захист природи є важливим не лише для екологічного балансу, але й для здоров'я людей, оскільки здорові екосистеми забезпечують чисте повітря, воду та продукти харчування. Екофеміністки вважають, що турбота про природу – це також турбота про здоров'я громад.

Таким чином, екофемінізм пропонує бачення та розуміння світу, в якому здоров'я жінок та стан довкілля взаємопов'язані. Цей підхід закликає до створення екологічно стійких, соціально справедливих систем, де турбота про природу і права жінок стають ключовими для підтримки загального благополуччя.

### **Література:**

1. Скоробагатова, Назія. Тромбопрофілактика: сучасний погляд на гендерні відмінності. <https://accemedin.com/material/19/5797>
2. Конвенція Організації Об'єднаних Націй про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок, [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_207#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_207#Text).

3. Факультативний протокол до Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок, [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_794#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_794#Text).

4. Karpenko, K. I., Hagengruber, R. E., & Nielsen, C. R. (2024). Anthropological Dimension of Wartime Ecocide: Ecofeminist Methodological Assessments. *Anthropological Measurements of Philosophical Research*, (25), 84–99. <https://doi.org/10.15802/ampr.v0i25.307636>

## НАСЛІДКИ ВИГОРАННЯ: ВПЛИВ НА ПРАКТИЧНУ ДІЯЛЬНІСТЬ

**Іващенко Р.О., Огнєв В.А., Нестеренко В.Г.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Емоційне вигорання – це стан хронічного стресу, який часто зустрічається серед медичних працівників і призводить до емоційного виснаження, деперсоналізації та зниження особистих досягнень. Хронічний стрес не тільки негативно впливає на самих медичних працівників, але й погіршують якість медичної допомоги, підвищуючи ризики помилок. Проблематика вигорання є актуальною, оскільки в результаті знижується здатність до концентрації уваги, аналітичного мислення і взаємодії з пацієнтами, що загрожує їхній безпеці та здоров'ю.

Емоційне вигорання проявляється через три ключові аспекти: емоційне виснаження, деперсоналізацію і зниження особистих досягнень. Емоційне виснаження веде до відчуття спустошеності, деперсоналізація виражається в відстороненому ставленні до пацієнтів, а зниження особистих досягнень викликає відчуття некомпетентності. Ці ознаки посилюють одна одну, формуючи замкнене коло, яке негативно впливає на когнітивні здібності й емоційну стабільність медичного працівника, що погіршує клінічну практику.

Емоційне вигорання призводить до серйозних когнітивних порушень. Порушення концентрації знижує увагу до деталей, що веде до лікарських помилок. Здатність до аналітичного мислення погіршується, рішення приймаються автоматично, що може зашкодити пацієнтам. Погіршення пам'яті та гнучкості мислення також знижує здатність адаптуватися до складних клінічних ситуацій. Ці когнітивні порушення впливають на якість лікування і підвищують ризик несприятливих наслідків для пацієнтів.

Емоційні наслідки вигорання проявляються дратівливістю, хронічною втомою та зниженням емпатії. Ці стани порушують взаємодію з пацієнтами, роблячи її поверхневою і формальною, що погіршує якість лікування. Підвищена емоційна реактивність веде до неконтрольованих спалахів агресії або, навпаки, замкнутості, що негативно впливає на комунікацію з колегами та загальну атмосферу в колективі. У результаті емоційне вигорання підриває як особисту стійкість медичних працівників, так і їхню здатність надавати якісну медичну допомогу.

Когнітивні та емоційні наслідки вигорання мають значний вплив на якість клінічної практики, створюючи серйозні ризики як для пацієнтів, так і для самих медичних працівників. Одним із найтривожніших наслідків є зниження якості медичної допомоги. Коли лікар або медсестра не можуть зосередитися через когнітивне виснаження, навіть прості завдання виконуються повільніше

і менш точно. До цього додається емоційна відстороненість, що веде до втрати контакту з пацієнтом, погіршення діагностики та зниження персоналізованого підходу до лікування.

Другий важливий аспект – підвищення ймовірності лікарських помилок. Постійний стрес і вигорання знижують здатність медичного працівника обробляти інформацію, що призводить до неправильної оцінки клінічних даних і діагностичних помилок. Наприклад, через когнітивні порушення лікар може пропустити критичні симптоми або прийняти неправильне рішення в умовах браку часу. У хірургії це може призвести до фатальних наслідків, у терапії – до неправильного призначення ліків або пропуску важливих етапів лікування.

Порушення комунікації з пацієнтами – ще один наслідок емоційного вигорання. Коли медичний працівник емоційно виснажений, він втрачає здатність активно слухати, співпереживати і підтримувати своїх пацієнтів. Це призводить до поверхневих консультацій, в яких важливі аспекти стану пацієнта можуть залишатися непоміченими. Пацієнти відчувають незадоволеність і тривогу, що позначається на їх довірі до лікаря і, в кінцевому рахунку, на їх готовності дотримуватися рекомендованого лікування.

Окрім того, знижується задоволеність пацієнтів і погіршуються результати лікування. Коли медичний працівник відчуває вигорання, він втрачає мотивацію виконувати свою роботу на високому рівні. Це стає помітним для пацієнтів, які починають сприймати надану їм допомогу як недостатню або байдужу. У свою чергу, це впливає на результати лікування, оскільки пацієнти втрачають мотивацію дотримуватися лікарських приписів або дотримуватися режиму терапії.

В цілому, когнітивні та емоційні наслідки вигорання в поєднанні суттєво порушують цілісність і ефективність клінічної практики. Це створює ризики для пацієнтів, підвищує рівень професійних помилок і знижує загальну продуктивність медичної команди.

Ще одна серйозна проблема – зниження уваги до правил безпеки. У стані вигорання медичні працівники можуть ігнорувати стандарти безпеки або порушувати протоколи, що збільшує ймовірність несприятливих наслідків. Наприклад, лікарі та медсестри можуть нехтувати процедурами гігієни, збільшуючи ризик внутрішньолікарняних інфекцій. В умовах операційних або інтенсивної терапії це може мати катастрофічні наслідки. Особливу увагу слід звернути на нехтування правилами безпеки в прифронтових містах, оскільки можуть ігноруватися повітряні тривоги.

Таким чином, ризики для безпеки пацієнтів і колег в умовах вигорання не слід недооцінювати. Вони безпосередньо пов'язані з якістю медичної допомоги, командною роботою і загальною атмосферою на робочому місці та безпекою в цілому, що робить боротьбу з вигоранням одним із пріоритетних завдань для керівництва медичних закладів.

Для запобігання вигоранню серед медичних працівників ефективні кілька стратегій. Особисті стратегії, такі як медитація, усвідомленість і регулярна фізична активність, допомагають справлятися зі стресом і відновлювати емоційні ресурси. Професійна підтримка включає програми супервізії та психологічної допомоги, які допомагають медичним працівникам обговорювати свої труднощі і отримувати рекомендації з управління стресом. Організаційні заходи – оптимізація графіків роботи і зниження бюрократичного

навантаження – також відіграють ключову роль у профілактиці вигорання, забезпечуючи медичним працівникам можливість для відновлення і відпочинку.

Керівники медичних установ відіграють ключову роль у запобіганні вигоранню співробітників. Трансформаційне лідерство та підтримка з боку керівництва знижують рівень вигорання, надаючи емоційні та професійні ресурси. Важливими заходами є навчання персоналу методам управління стресом та створення підтримуючого робочого середовища, де медичні працівники можуть обговорювати свої труднощі та отримувати своєчасну допомогу. Крім того, впровадження програм, спрямованих на оптимізацію робочого графіку та зменшення бюрократичного навантаження, допомагає медичним працівникам зберігати баланс між роботою та відпочинком, що значно знижує ризик вигорання.

Ще одним прикладом успішного керівництва є програми автономної роботи та підтримки співробітників, розроблені в лікарнях Китаю. У цих установах була запроваджена система, яка дозволяла медичним працівникам брати участь у прийнятті рішень, що стосуються їхньої повсякденної роботи, а також покращувала доступ до ресурсів і підтримки з боку керівництва. Ці заходи значно знизили рівень стресу та підвищили задоволеність роботою, що, у свою чергу, покращило клінічні результати для пацієнтів.

Вищевказане підкреслює важливість комплексного підходу до боротьби з вигоранням, який включає розвиток лідерських якостей, створення підтримуючого робочого середовища та впровадження програм психологічної допомоги. У результаті таких змін покращується як моральний стан співробітників, так і якість медичної допомоги, що підтверджується численними успішними кейсами на практиці.

Тому важливо, щоб установи та керівники активно сприяли боротьбі з емоційним вигоранням, що забезпечить краще самопочуття медичних працівників і підвищить якість медичної допомоги.

#### **Література:**

1. Adelman R., Tmanova L., Delgado D., et al. Caregiver burden: a clinical review // *JAMA*. 2014. Vol. 311 (10). P. 1052–1060. DOI:10.1001/jama.2014.304
2. Bastawrous M. Caregiver burden? A critical discussion // *International Journal of Nursing Studies*. 2013. Vol. 50 (3). P. 431–441. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2012.10.005
3. Grad J., Sainsbury P. Mental illness and the family // *Lancet*. 1963. Vol. 281 (7280). P. 544–547. DOI:10.1016/S0140-6736(63)91339-4

## **АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ЗНАТЬ ПРАЦІВНИКІВ ОДЕСЬКОГО РЕГІОНАЛЬНОГО КЛІНІЧНОГО ПРОТИПУХЛИННОГО ЦЕНТРУ ЩОДО ВІРУСУ ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ ТА СТАВЛЕННЯ ДО ВАКЦИНАЦІЇ**

**Огнєв В.А.<sup>1</sup>, Усенко С.Г.<sup>1</sup>, Машевич А.М.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Харківський національний медичний університет, м. Харків*  
<sup>2</sup>*КНП «Одеський регіональний клінічний протипухлинний центр»,  
м. Одеса*

Перші дані про інфекційну природу раку шийки матки і статевий шлях передачі інфекції датовано другою половиною 19-го сторіччя. У 1842 р. дослідник Рігоні-Стерн, який вивчав історії смертей жінок в Італії протягом 70 років, дійшов висновку, що рак шийки матки, частіше зустрічався у заміжніх жінок і не зустрічався у незайманих дівчат і черниць. Вчений висунув гіпотезу про інфекційну природу раку шийки матки і статевий шлях передачі. Пізніше німецький вчений Харальд цур Хаузен зробив припущення про зв'язок розвитку шийки матки з вірусом папіломи людини (ВПЛ) в результаті досліджень, які він проводив протягом 34 років, за участю більше 10 000 жінок йому вдалося довести свою теорію.

В 1990–2000 рр. почалась розробка вакцин проти ВПЛ-інфекції. У 2006 р. – початок використання вакцин проти ВПЛ-інфекції, а в 2008 році, за свої наукові заслуги Харальд цур Хаузен був нагороджений Нобелівською премією в галузі медицини і фізіології [1].

Вірус папіломи людини – група вірусів, що переважно передається статевим шляхом як у чоловіків, так і в жінок, уражаючи шкіру та слизові оболонки. Існує близько 200 різних штамів вірусу папіломи людини. Впродовж життя ВПЛ інфікуються щонайменше троє з чотирьох людей. Найчастіше інфікування відбувається у віці 20–25 років. У 9 з 10 інфікованих імунна система сама пригнічує ВПЛ протягом 2 років після інфікування, не призводячи до захворювання. Проте в деяких пацієнтів інфікування ВПЛ сприяє розвитку злоякісних новоутворень різної локалізації (наприклад, раку шийки матки, раку статевого члена, раку аноректальної ділянки, раку ротоглотки). Найнебезпечнішими є 16-й і 18-й типи ВПЛ, які викликають до 70 % випадків раку шийки матки.

Вірус папіломи людини передається здебільшого під час статевого акту, тож більшість людей інфікуються ВПЛ незабаром після того, як починають вести статеве життя (інфікуватися можна як під час вагінального, так і під час анального або орального сексу через контакт із зараженою шкірою або слизовою оболонкою статевих органів). Але симптоми можуть виникати навіть за багато років після контакту з інфікованою людиною, тому не завжди можна визначити, коли саме сталося інфікування. Зараження також відбувається у разі прямого контакту з ураженою шкірою. Також можлива передача ВПЛ від матері дитині під час пологів [2].

Вакцинація від вірусу папіломи людини (ВПЛ) вже давно стала пріоритетом для жінок та чоловіків, які піклуються про своє здоров'я та здоров'я своєї родини. Разом з тим деякі взагалі не знають про існування такого щеплення, а більшість має купу упереджень та перестороги щодо нього. Взагалі

вакцинація потребує значного фінансування, оскільки вакцина дорого коштує. В Україні наразі працюють програми з вакцинації дівчаток, вони є й в Одеській області, але в більшій мірі вони розраховані на міське населення. Тож ми бачимо, що сценарій елімінації раку шийки матки в Україні можливий лише при достатній кількості вакцини. Також важливим фактором є введення цього щеплення до Національного календаря. Адже коли щеплення є обов'язковим то знімається багато питань у батьків. а зараз, коли вона є рекомендованою, на шляху до вакцинації є чимало перешкод.

Ми провели аналіз в КНП «Одеський регіональний клінічний протипухлинний центр» Одеської обласної ради, метою якого було дослідження знання працівників закладу, а саме медичних та не медичних працівників на предмет інформованості щодо ВПЛ: загальні знання, знання щодо профілактики від ВПЛ, загальне ставлення до вакцинації працівників та ряд інших важливих питань. Загальна кількість учасників анкетування склала 104 особи, із них медичні працівники 70 осіб (67,3 %) та не медичні працівники 34 особи (32,6 %). В свою чергу респонденти були розподілені по віковій категорії задля розуміння певного багажу знань та набутого досвіду у продовж життя. Працівники 1960 р. н., склали 12 осіб, працівники 1970 р. н., склали 33 особи, працівники 1980 р. н., склали 27 осіб, працівники 1990 р. н., склали 18 працівників та 2000 р. н., склали 6 осіб. Також 8 працівників не вказали свій вік.

Проаналізувавши дані анкетування респондентів було встановлено наступне: аналізуючи питання, що стосується загальних знань щодо вірусу папіломи людини (далі ВПЛ), ці знання були присутні у медичних працівників в повній мірі (67,3 %) та майже присутні у не медичних працівників (23,1 %), що може свідчити про загальну обізнаність населення; але фактори які на це впливають можуть бути різні, наприклад: проживання в міській місцевості, працевлаштування у медичному закладі, освітній рівень працівників з не медичною освітою, вік, стать та ін. Щодо питання профілактики від ВПЛ, то якщо говорити про медичних працівників то можемо казати, що знання та розуміння присутні в повній мірі (83 %), що стосується не медичних працівників то тут бачимо, що у половини працівників знання та розуміння присутні, а у іншій половини відсутні.

Стосовно питання загального ставлення до вакцинації: якщо говорити про не медичних працівників то ми бачимо, що у значної частини анкетованих має (12,6 %) позитивне ставлення до вакцинації але мусимо казати й про те, що така ж кількість співробітників вагається дати позитивну або негативну відповідь. І лиш не значна частина (8,7 %) має негативне ставлення до вакцинації. Що стосується медичних працівників, ми також бачимо, що більша частина (38,8 %) про анкетованих має позитивне ставлення до вакцинації. Тут також спостерігається вагання дати позитивну або негативну відповідь, значної частини співробітників (35,9 %). І також бачимо, що незначна частина, серед медичного персоналу (5,8 %), має негативне ставлення до вакцинації. Далі було питання щодо вакцинації від ВПЛ: серед не медичних працівників ми спостерігаємо, що у половини (16,5 %) анкетованих відсутні знання щодо існування вакцинації від ВПЛ. Що не можна сказати про медичних працівників, їх знання, стосовно даного питання, присутні майже в повній мірі (57,3 %). І тільки у декількох працівників (10,7 %) відсутні знання.

Що стосується питання до вакцинації власних дітей, ми спостерігаємо, що серед медичних працівників значно більше (36,9 %), а саме в два рази, осіб які мають бажання вакцинувати власних дітей. Можемо вважати, що фактором який на це впливає є більша обізнаність в даному питанні серед медичних працівників аніж не медичних. І це на пряму пов'язано з родом діяльності. Також необхідно говорити про те, що майже всі учасники анкетування відмічають, що саме недостатність інформації з приводу питання вакцинації від ВПЛ, слугує негативним ставленням до вакцинування власних дітей. Стосовно питання, чи була запропонована вакцинація Вашим сімейним лікарем, ми спостерігаємо дуже сумну картину серед усіх учасників анкетування. Як не медичні так і медичні працівники, надають відповідь «ні». Майже стовідсотково можемо казати про явну проблему щодо не донесення інформації сімейними лікарями до своїх пацієнтів. Звідки і не довіра до вакцинування, не бажання вакцинувати власних дітей, що являє собою велику проблематику сьогодення для нашого суспільства. Це тягне за собою розвиток онкологічних захворювань репродуктивних органів, як жінок так і чоловіків, зменшення народжуваності дітей, збільшення інвалідизації, та значний удар по економіці країни.

Наступним питанням, яке було включено до анкети, це, чи існують знання щодо онкологічних захворювань, які визиває ВПЛ, було з'ясовано, що серед медичних працівників спостерігаємо 100 % обізнаність щодо питання онкологічних захворювань які спричинює ВПЛ, і ми бачимо, що головним фактором слугує специфіка медичного закладу, в якому працюють учасники анкетування, а саме онкологічний центр та фаховий профіль лікарів закладу. Серед не медичного персоналу картина зовсім інша, а саме: кількість працівників, які не обізнані в даному питанні (22,3 %) перевищує в два рази кількість працівників, які обізнані. До анкети ми включили питання, знання щодо програми з вакцинації від ВПЛ, яка впроваджена в місті Одеса та передбачає вакцинацію дітей за кошти міського бюджету. Було встановлено, що серед не медичних працівників ми спостерігаємо майже повну відсутність (22,3 %) інформації стосовно даного питання. Серед медичних працівників ми спостерігаємо, що інформація відсутня у більшості працівників (45,6 %), які по кількості перевищують у два рази тих працівників, які володіють даною інформацією. Нажаль, на сьогоднішній день, це також є великою проблемою, вирішення якої потребує певних зусиль місцевої влади на рівні департаментів охорони здоров'я (обласного та місцевого), цей факт свідчить про погану інформованість населення тими ж сімейними лікарями, гінекологами, фахівцями з громадського здоров'я, донесенням даної інформації на просторах інтернету і т. п. Особливо необхідно приділити велику увагу певній категорії населення, а саме людям середнього та молодого віку, підліткам, адже вони майбутні батьки. Також спостерігаємо певну прогалину стосовно даного питання у навчальних закладах, особливо серед школярів молодших класів, тому що вакцинація рекомендована з 9-ти років.

Стосовно питання, чи змінилось би відношення до вакцинації після роз'яснення щодо ВПЛ сімейним лікарем, отримано наступне: серед не медичних працівників спостерігаємо, що в питанні вакцинації власних дітей, більшість (20 %) не готові здійснити вакцинацію і навіть ті працівники, (12 %) які мають позитивне ставлення до вакцинації. Така ж ситуація спостерігається і серед медичних працівників (21 %). Мабуть слід казати щодо недостатньо

доноситься інформації стосовно вакцин від ВПЛ, яка буде побічна реакція організму, яка кількість людей про вакцинована в Україні і т. п., та які наслідки можуть виникнути у разі не вакцинації. Щодо питання доцільності введення щеплення від ВПЛ до Національного календаря щеплень то ми бачимо, що серед не медичних працівників більшість (18,4 %) проти, проте серед медичних працівників спостерігається інша картина, більшість (44,7 %) вважає необхідним ввести щеплення від ВПЛ до Національного календаря щеплень. Тому можливо є сенс розглянути дане питання МОЗ України.

Не усі питання ми розглянули в цій роботі, але аналізуючи цю інформацію, ми бачимо, що на шляху до вакцинації існує чимало перешкод. На наш погляд, мають бути впроваджені 3 компоненти, аби ми досягли успіху в даному питанні: це внесення даного щеплення до Національного календаря щеплень, постійна ефективна інформаційна компанія, достатня кількість самої вакцини. [3, с. 1–6].

#### **Література:**

1. Стаття «Вірус папіломи людини і його роль у розвитку шийки матки», електронний інтернет ресурс: <https://vakynacia.com.ua/ua/infektsiya-virus-papillomyi-cheloveka.-c.1>
2. Чернівецький обласний центр контролю та профілактики хвороб «Вірус папіломи людини (ВПЛ, HPV)», електронний інтернет ресурс: <https://cv.cdc.gov.ua/article/virus-papilomy-lyudyny-vpl-hpv/.-c.1>
3. Огнєв В.А., Усенко С.Г., Машевич А.М. Аналіз показників знань працівників КНП «Одеський регіональний клінічний протипухлинний центр» Одеської обласної ради» щодо ВПЛ та ставлення до вакцинації.

## **АНАЛІЗ КОЕФІЦІЄНТІВ ЛІКВІДНОСТІ НА ПРОТИВІРУСНІ ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ, ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ГРИПУ**

**Сімонян Л.С., Огнєв В.А.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Грип є найпоширенішою інфекційною хворобою у світі. За статистичними даними, кожна людина упродовж року хворіє на грип від 1 до 3 разів. Досі грип залишається практично неконтрольованою і малокерованою інфекцією та завдає великих соціальних та економічних витрат. В зоні ризику завжди знаходяться літні люди, діти, люди з хронічними серцево-судинними хворобами, вагітні жінки та ін.

Нами було проведено аналіз коефіцієнтів ліквідності (Clіq) противірусних ЛЗ, які застосовуються при лікуванні грипу та ГРВІ у період 2022–2024 рр. Clіq відображає стан розвитку конкурентного середовища на фармацевтичному ринку та певною мірою може бути використаний в аналізі доступності ЛЗ. Аналіз даних літературних джерел дозволив встановити, що оптимальне значення показника Clіq повинно бути від 0 до 0,5. За нашими розрахунками середні значення Clіq за досліджуваними групами ЛЗ не перевищували 0,5, що характеризує повною мірою стан конкуренції на ринку, як стабільний.

За результатами аналізу динаміки Сліq за групами протівірусних препаратів встановлено, про наявність тенденції до зменшення показника Сліq у більшості груп, що є наслідком стабілізації рівня конкуренції у досліджуваному сегменті ринку.

У період з 2022 р. по 2024 р. середнє значення Сліq знизилось на 0,22. Вищезазначена за характером тенденція спостерігалась, як для групи вітчизняних, так і для імпортих протівірусних ЛЗ. Найбільш інтенсивне зростання середнього показника Сліq на протівірусні ЛЗ спостерігалось за даними аналізу моніторингу середніх оптових цін на препарати озельтамівіру. Так, зазначений показник збільшився з 0,56 (2022 р.) до 0,61 (2023 р.), але у 2024 р. цей показник склав лише 0,43, що свідчить про відсутність епідемічної ситуації та достатньому запасі препаратів.

Виходячи з розрахунків Сліq групу препаратів із значенням показника «вище 0,5» сформуваиі препарати, які мали значну розбіжність між максимальною та мінімальною середньою оптово-відпускнуою ціною на ринку. До складу цієї підгрупи, увійшли 7 препаратів, такі як: препарат *Азельта*, 75 мг, Біофарм Лтд, Польща; *Реленца* порошок д/інг., доз. 5 мг № 20 ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія; *Агріппа* капсули тв. по 75 мг № 10, Балканфарма-Дупниця АТ, Болгарія; *Таміфлю* капсули по 75 мг № 10, Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія; *Сельтавір* капсули тв. по 75 мг № 10, Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія; *Ізопринозин* таблетки по 500 мг № 50, ТОВ "Тева Україна", Україна; *Флукап* капсули по 75 мг № 10, Гетеро Лабз Лімітед, Індія. Слід зауважити, основні розбіжності в цінових показниках були відмічені серед препаратів іноземного виробництва, що може вказувати на значні коливання курсу НБУ, високою вартістю діючих речовин, важкістю постачання в умовах військового стану та ін.

Таким чином, встановлена загальна тенденція до зменшення показника Сліq у період 2022–2024 рр., на протівірусні препарати, що вказує про зменшення рівня конкуренції на ринку та збільшенням кількості зареєстрованих препаратів.

#### **Література:**

1. Науково-методичні підходи до проведення моніторингу цін на лікарські засоби, що закуповуються за державними цільовими програмами / К. Л. Косяченко, А. С. Немченко, О.В. Коваленко, І.В. Кубарева // Фармац. журн. – 2011. № 1 – С. 13-18.

2. Державний реєстр лікарських засобів України. [Електронний ресурс]. – режим доступу: <http://vwww.drhz.kiev.ua/>

3. Компендіум. [Електронний ресурс]. – режим доступу: <http://compendium.com.ua>

## АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ CATCH-UP КАМПАНІЇ З ВАКЦИНАЦІЇ ПРОТИ КОРУ, ЕПІДЕМІЧНОГО ПАРОТИТУ ТА КРАСНУХИ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ 2023 РОКУ

*Вербицька Я.М., Нестеренко В.Г. (керівник роботи)  
Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Кір – це небезпечне інфекційне захворювання з важкими ускладненнями та навіть летальними випадками. Головною причиною виникнення спалахів кору у світі є низьке охоплення профілактичними щепленнями. За Календарем профілактичних щеплень, кожна дитина має отримати дві дози вакцини КПК – у 12 місяців та в 6 років, що дозволяє сформувати специфічний імунітет проти кору, паротиту та краснухи або в разі хвороби перенести її легше та уникнути таких ускладнень, як пневмонія, отит, енцефаліт, паненцефаліт. У 2023 році в Україні, за даними Центру громадського здоров'я МОЗ України, зареєстровано 65 випадків захворювань на кір, що в 6 разів перевищує захворюваність 2022 року (11 випадків). Летальних випадків не зареєстровано [1].

У зв'язку із загрозою спалаху кору в 2023 році рішенням регіональної комісії з питань техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій був затверджений План дій щодо готовності та реагування на спалах кору в Донецькій області. Його складовою став План проведення catch-up кампанії з вакцинації проти кору, епідемічного паротиту та краснухи дитячого населення Донецької області в 2023 році (далі – План). Проведення профілактичних щеплень поза Календарем профілактичних щеплень або в доповнення до Календаря профілактичних щеплень для надолуження пропущених доз або для введення додаткових доз з метою підвищення напруженості імунітету та утворення колективного імунітету [2]. Кампанія охоплює три інфекції, тому що щеплення проти кору, епідемічного паротиту та краснухи проводяться однією вакциною – КПК. Аналогічні Плани були затверджені рішеннями комісій ТЕБ та НС органів місцевого самоврядування Курахівської, Комарської та Великоновосілківської територіальних громад.

*Метою* дослідження є проведення аналізу охоплення щепленнями в рамках «наздоганяючої вакцинації» проти кору на територіях, підвідомчих Мар'їнській філії ДУ «Донецький обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ» в 2023 року.

*Вступ.* Вакцинальна кампанія з “наздоганяючої вакцинації” проти кору була спрямована саме на запобігання спалаху кору в Україні. Спалахи кору є циклічними і повторюються приблизно раз на п'ять років. Catch-up кампанія, або «наздоганяюча» кампанія передбачає вакцинацію дітей, які своєчасно не отримали щеплення проти кору, епідемічного паротиту та краснухи відповідно до Календаря профілактичних щеплень. Планова вакцинація проти цих інфекцій проводиться дворазово – в 1 рік та в 6 років. Тобто «наздоганяючій» вакцинації підлягають діти 2-17 років, які не отримали жодного щеплення КПК, та діти 7-18 років, які не отримали другого щеплення КПК. Метою плану є 100 % охоплення двома дозами вакцини КПК серед тих, хто підлягає «наздоганяючій» кампанії з вакцинації. Термін реалізації – червень-вересень 2023 року. Кампанія розпочалась 12 червня 2023 року. Цільові групи, медичні

імунобіологічні препарати (вакцини) і кількість доз для додаткових заходів з охоплення щепленнями визначаються залежно від епідемічної ситуації для попередження розповсюдження інфекційних хвороб людини або у відповідь на виникнення несприятливої епідемічної ситуації, спалаху чи епідемію [3].

У рамках підготовки кампанії з «наздоганяючої вакцинації» проти кору під час мікропланування в областях фахівці Центру громадського здоров'я визначили контингент у 260 тисяч дітей, які не мали щеплень. За підсумками «наздоганяючої вакцинації», 60 % дітей – це понад 153 тисячі – надолужили пропущені щеплення [4].

В 2023 році випадків кору в Донецькій області не зареєстровано. З метою поліпшення стану профілактичної роботи щодо кору, краснухи та епідемічного паротиту, своєчасного реагування на можливе погіршення епідемічної ситуації з цих інфекцій в Донецькій області в 2023 році було проведено наступні заходи:

1. Верифікація дитячого населення, оскільки в результаті бойових дій значну частину дітей було евакуйовано в більш безпечні регіони держави та за кордон.

2. Мікропланування catch-up кампанії з вакцинації проти кору, епідемічного паротиту та краснухи з визначенням контингенту дітей, що не мали щеплень проти вищевказаних інфекцій.

3. Щоденний моніторинг щеплень вакциною КПК.

4. Надавалися щотижневі звіти щодо виконання обсягів щеплень, кількості залишків вакцини КПК, кількості працюючих пунктів, кількості відмовників від щеплень.

5. Санітарно-освітня робота з батьками, які відмовлялися від профілактичних щеплень в результаті недовіри до вакцинації, за релігійними переконаннями, з інших причин.

За даними моніторингу фахівців ДУ «ДОНЕЦЬКИЙ ОЦКПХ МОЗ» з початку кампанії проведено 1355 щеплень проти кору, епідемічного паротиту та краснухи в цілому по Донецькій області. Виконання плану щеплень склало 96,1 %. З початку кампанії відсоток охоплення щепленнями I дозою КПК дітей віком 2–6 років склав 95,9 %, віком 7–17 років –105,3 %, таким чином щеплено I дозою КПК 98,2 % дітей, II дозою КПК дітей віком 7–17 років – 96,1 %.

*Матеріали і методи.* Під час проведення аналізу за основу брались щотижневі звіти Мар'їнської філії ДУ «ДОНЕЦЬКИЙ ОЦКПХ МОЗ», відділу імунопрофілактики ДУ «ДОНЕЦЬКИЙ ОЦКПХ МОЗ». На протязі наздоганяючої кампанії щеплення проти кору, епідемічного паротиту та краснухи на території Курахівської ТГ, Великоновосілківської ТГ та Комарської ТГ проводили в 8 пунктах щеплень КНП «Курахівський ЦПМД» та КП «ВСР «Великоновосілківський ЦПМСД», де щотижнево проводився моніторинг охоплення щепленнями фахівцями Мар'їнської філії ДУ «ДОНЕЦЬКИЙ ОЦКПХ МОЗ».

*Результати.* За результатами кампанії по КНП «Курахівський ЦПМД» отримали I дозу вакцини КПК діти віком 2–17 років 66,7 % осіб, в тому числі віком 2–6 років 100 % дітей щеплено, у віці 7–17 була запланована I дитина, але не отримала щеплення в результаті відмови батьків. II дозою КПК охоплення дітей віком 7–17 років склало 100 %. По КП «ВСР «Великоновосілківський ЦПМСД» виконання плану охоплення I дозою вакцини КПК дітей віком

2–17 років склало 77,8 % дітей, в тому числі дітей віком 2–6 років 83,3 % осіб, дітей віком 7–17 років – 66,7 %, II дозою вакцини КПК охоплення дітей віком 7–17 років склало 100 %.

Основною причиною відсутності щеплень у дітей були відмови батьків. За даними досліджень Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) батьки не довіряють вакцинації в цілому і виробникам вакцини зокрема, не довіряють медикам, які роблять щеплення і умовам, у яких зберігаються вакцини, бояться хвороб і побічних ефектів через вакцинацію – такі причин відмов від вакцинації в останні роки [5, 7]. Населення ще пам’ятає позачергову вакцинальну кампанію проти кору 2008 року, в проведенні якої налягало ВООЗ, обґрунтовуючи це загрозою поширення цієї інфекції з України на Європу, а також керуючись програмою елімінації кору до 2010 року та прогнозуючи епідемію у 2009–2011 рр. Під час якої смерть 7 річного підлітка та госпіталізація 100 вакцинованих дітей викликали гучний резонанс в українському суспільстві, що спровокувало значне падіння довіри до імунізаційної роботи у цілому [6].

Пунктом 22 Плану була передбачена спільна робота з відмовників від вакцинації, яка полягає у проведенні інформаційно-роз’яснювальної роботи з батьками, які відмовляються від щеплень.

Під час проведення «наздоганяючої» catch-up кампанії медичними працівниками та помічниками лікарів-епідеміологів проводилися комунікаційні заходи з батьками- відмовниками від щеплень проти кору, краснухи та епідпаротиту. За результатами опитувань було встановлено, що основна маса батьків відмовляється за релігійними переконаннями- 70 %, інша частина 30 % – внаслідок недовіри до вакцинації. Переконати вдалося батьків дітей, які недовіряли вакцинації в цілому, оскільки вони не могли пояснити внаслідок відсутності знань чи доступу до достовірної інформації, низький рівень обізнаності став передумовою до легкого сприйняття негативної інформації про наслідки щеплень, яку періодично публікують у ЗМІ та соціальних мережах частина не довіряла медичним працівникам. В результаті проведених бесід батьки дали згоду на проведення щеплень дітям. Ще було виявлено релігійні спільноти, які проводять антивакцинальну кампанію серед населення, з якими не вдалося досягнути порозуміння з приводу необхідності вакцинації.

*Висновки.* Кір є гостра інфекційна хвороба, що викликається вірусом з родини параміксівірусів. Кір є одним з найзаразніших захворювань в світі, що може призводити до серйозних ускладнень. У випадку контакту з вірусом кору захворіє 9 з 10 людей, що не мають імунітету проти хвороби. В Україні використовується комплексна вакцина КПК, яка також захищає від краснухи та епідемічного паротиту. Для оптимального захисту необхідно отримати 2 дози вакцини, які забезпечують захист від кору на рівні 97 %. За період з 2000 до 2017 року протикорова вакцинація привела до зниження глобальної смертності від кору на 80 % [8].

За останні роки антивакцинальні настрої в Україні дуже посилилися, а кількість вакцинованих дітей постійно зменшувалася, характер сучасного антивакцинального руху неоднорідний. Можна розділити на категорії, однією з яких є недовіра до вакцинації, релігійні переконання, нетрадиційна медицина. Проведення комунікаційних заходів з батьками- відмовниками працівників відділення епідеміологічного нагляду та спостереження за інфекційними хворобами дало добрий результат. Наздоганяюча вакцинальна кампанія проти

кору, паротиту та краснухи, проведена в 2023 році показала добрі результати. Вдалося надолужити щеплення майже 60 % дітей по Україні в цілому. В досліджуваних закладах охорони здоров'я на 77,8 %.

#### **Література:**

1. <https://moz.gov.ua/article/news/65-vipadkiv-zahvorjuvannja-na-kir-zafiksovano-v-ukraini-u-2023-roci-ta-5-vipadkiv---z-pochatku-cogo-roku>
2. Лапій Ф. І. Вакцинація дітей за схемами, що не передбачені календарем вакцинації за віком / Ф. І. Лапій //ПАГ. – 2013. – Т. 77, № 2. – С. 17–20.
3. <https://phc.org.ua/news/catch-kampaniya-z-vakcinacii-proti-koru-148-tisyach-ditey-otrimali-scheplennya>
4. <https://moz.gov.ua/article/news/60-ditej-v-ramkah-nazdoganjajuchoi-vakcinacii-proti-koru-otrimali-propuscheni-scheplennja>
5. Запорожець Т. М. Антивакцинальна кампанія, вивчення міфів про шкоду вакцинації / Т. М. Запорожець //Медсестринство. – 2011. – № 2. – С. 21–25.
6. Дмитрук ВІ, Заславська ГО. (2017). Імунопрофілактика інфекційних захворювань у дітей: досягнення та проблеми. Антивакцинальний рух як фактор перешкоди в проведенні імунізації населення. Актуальна інфектологія. 5 (4): 166-171. <https://doi.org/10.22141/2312-413x.5.4.2017.1157288>
7. Кір. Національний портал з імунізації. [Ел. ресурс]. Доступно на: <https://vaccine.org.ua/infections/kir>

## **ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИХ КОМАНД ДЛЯ НАДАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ**

**Клименко І.А.<sup>1</sup>, Орлова Н.М.<sup>2</sup>, Сироцинська Л.М.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>КНП «Київський міський клінічний ендокринологічний центр», м. Київ

<sup>2</sup>Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,  
м. Вінниця

Технології використання мультидисциплінарного підходу на сьогодні широко запроваджені у практику світової ендокринної хірургії і є край виправданими та актуальними, оскільки залучення до лікувально-діагностичного процесу лікарів різних спеціальностей дозволяє швидко та якісно надавати медичну допомогу пацієнтам з патологією щитоподібної залози, застосовувати новітні ефективні методи лікування, координувати заклади медичної допомоги різних рівнів, що дозволяє більш ефективно використовувати часові, інформаційні, інфраструктурні, матеріально-технічні та інші ресурси. В Україні запровадження мультидисциплінарного підходу започатковано лише на нормативно-правовому рівні, що вимагає вітчизняних наукових досліджень за даним напрямком.

Метою дослідження було узагальнити досвід організації мультидисциплінарних команд для надання хірургічної допомоги хворим із патологією щитоподібної залози у КНП «Київський міський клінічний ендокринологічний центр» (далі КНП «КМКЕЦ»).

У структурі КНП «КМКЕЦ» мультидисциплінарна команда є самостійною позаштатною функціонально-структурною одиницею. До складу

команди входять спеціалісти й фахівці різних структурних підрозділів, які мають відповідну кваліфікацію та професійні компетентності брати участь у наданні медичної допомоги пацієнту з різноманітними клінічними потребами за основним і супутніми діагнозами та/або клінічними станами. Кількість учасників команди не перевищує 8–10 осіб, а склад команди залежить від особливостей потреб пацієнта. З метою регулювання діяльності команди обирається лідер команди – висококваліфікований спеціаліст із організаторськими здібностями. Координатор команди, який має середню медичну освіту, здійснює інформаційне забезпечення членів команди та документування її роботи.

У КНП «КМКЕЦ» можуть одночасно функціонувати декілька мультидисциплінарних команд, залежно від клінічних потреб пацієнтів. Формування складу команд здійснюється заступниками директора з медичної/хірургічної допомоги за пропозиціями керівників структурних підрозділів. Заступники директора з медичної/хірургічної допомоги забезпечують координацію діяльності мультидисциплінарних команд у межах закладу.

Мета діяльності мультидисциплінарної команди КНП «КМКЕЦ» сформована на основі принципу пацієнт-орієнтованості та полягає у наданні безпечної, результативної, своєчасної, безперервної, неупередженої медичної допомоги на основі технологій доказової медицини за умови оптимального використання ресурсної бази КНП «КМКЕЦ» та внеску кожного учасника команди в досягнення спільної мети.

Для досягнення поставленої мети мультидисциплінарна команда спеціалістів і фахівців КНП «КМКЕЦ» вирішує наступні завдання:

- надання якісної медичної допомоги пацієнтам закладу;
- зниження ризику заподіяння шкоди пацієнтам, пов'язаної з медичними утручаннями, до прийняттого мінімуму;
- постійне підвищення професійного рівня учасників команди;
- накопичення корпоративної бази знань;
- запровадження й підтримка командної культури як складової організаційної культури КНП «КМКЕЦ»;
- підтримка міждисциплінарної взаємодії зі спеціалістами й професіоналами інших етапів і видів медичної допомоги;
- запровадження інноваційних технологій у клінічну практику;
- постійне підвищення ефективності діяльності мультидисциплінарної команди та закладу в цілому.

Реалізація завдань відбувається шляхом виконання мультидисциплінарною командою КНП «КМКЕЦ» наступних функцій:

- визначення клінічних потреб даного пацієнта;
- розробка пропозицій до індивідуального плану лікувально-діагностичних, профілактичних і реабілітаційних заходів кожним учасником мультидисциплінарної команди у межах своїх компетенцій та профілю спеціальності;
- прийняття індивідуального плану лікувально-діагностичних, профілактичних та реабілітаційних заходів методом узгодженого клінічного рішення (консенсусу);

- отримання поінформованої згоди пацієнта/його представника на лікування за планом;
- коригування плану лікувально-діагностичних, профілактичних та реабілітаційних заходів упродовж усього клінічного шляху пацієнта;
- використання технологій доказової медицини, даних мета-аналізів і систематичних оглядів як інформаційної підтримки прийняття клінічних рішень;
- постійний обмін знаннями, навичками та досвідом між учасниками мультидисциплінарної команди, які стосуються даного клінічного випадку;
- участь у семінарах-тренінгах з формування й дотримання мультидисциплінарною командою правил командної культури;
- проведення оцінки результатів діяльності мультидисциплінарної команди та розробка заходів з її покращення.

Для прийняття командного рішення використовується така форма роботи як ділові зустрічі учасників команди. Під час ділових зустрічей комунікації учасників команди відбуваються безпосередньо шляхом вербальних і невербальних методів обміну інформацією. Обов'язковою передумовою зустрічі є попереднє знайомство кожного члена команди з особистими даними пацієнта, результатами обстеження на догоспітальному та госпітальному етапах. Кожен учасник мультидисциплінарної команди вносить свої пропозиції до індивідуального плану лікувально-діагностичних, профілактичних і реабілітаційних заходів. Надалі відбувається обов'язкове обговорення учасниками зустрічі наданих пропозицій, діагнозу та плану лікування пацієнта. Участь в обговоренні повинен прийняти кожен учасник мультидисциплінарної команди у межах своєї компетенції. Прийняте клінічне рішення у вигляді плану лікувально-діагностичних, профілактичних і реабілітаційних заходів доводиться до відома лікуючого лікаря, який вносить його до медичної карти хворого.

До основних переваг організації мультидисциплінарних команд слід віднести: спільну мету для усіх членів команди при плануванні надання медичної допомоги на індивідуальному рівні; чіткий розподіл ролей та відповідальності за одержані результати, формування міждисциплінарних стосунків, які ґрунтуються на постійній співпраці та комунікації. Створення мультидисциплінарних команд сприяло підвищенню якості медичної допомоги, а також її безпеки у КНП «КМКЕЦ».

Напрацьований у КНП «КМКЕЦ» досвід клінічного ведення пацієнтів на основі прийняття спільного клінічного рішення та постійної взаємодії та співпраці лікарів, які входять до складу мультидисциплінарної команди лікарів, може бути використаний у будь-яких закладах охорони здоров'я з метою підвищення якості медичної допомоги пацієнтам з поліморбідною патологією.

## ЗАСТОСУВАННЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ В МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ: АКТУАЛЬНІСТЬ ТА ПРОБЛЕМАТИКА

**Усенко С.Г., Приймак Д.В.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

*Вступ.* Протягом 2023 року в Україні продовжився прогрес у сфері телемедицини: впроваджувалася нова стратегія її розвитку, було внесено законодавчі зміни та впроваджено гуманітарні телемедичні проекти в медичні заклади. За даними Міністерства охорони здоров'я, під час воєнного стану країна отримала телемедичне обладнання на суму близько 4 мільйонів доларів США [1]. Завдяки співпраці з міжнародними партнерами, наразі успішно функціонують шість телемедичних рішень у медичних установах, а ще три – перебувають на стадії підготовки. У 182 медичних закладах України вже впроваджено систему дистанційного моніторингу вагітності з використанням портативних діагностичних приладів. У 30 установах охорони здоров'я встановлено телемедичні платформи, що дозволяють пацієнтам самостійно виконувати базові обстеження, такі як вимірювання температури, артеріального тиску, рівня насичення крові киснем, а також проведення ЕКГ та інших базових медичних тестів.

*Мета.* Метою даної роботи є розгляд та дослідження питання актуальності щодо застосування телемедицини в медичному закладі, оснащення кабінету телемедицини та персоналу (наказ МОЗ України № 218 від 03.02.2022), форми звітної документації (наказ МОЗ України № 681 від 19.10.2015 р.), показання до проведення телемедичного консультування.

*Матеріали та методи.* Огляд та аналіз науково-методичної літератури, матеріалів офіційних джерел Міністерства охорони здоров'я: наказів, положень та законів.

*Результати та обговорення.* Телемедицина – це сукупність заходів, технологій і методів, які використовуються для надання медичної допомоги через дистанційний зв'язок, зокрема обмін електронними повідомленнями. Це визначено в п. 2 Порядку організації медичної допомоги на первинному, вторинному та третинному рівнях із застосуванням телемедицини, затвердженого наказом МОЗ № 681[3]. Основна мета телемедицини – забезпечення доступу до медичних послуг на відстані, особливо для пацієнтів у віддалених регіонах або тих, хто не може відвідувати медичні заклади через фізичні обмеження чи складну інфраструктурну ситуацію.

Показання для проведення телемедичних консультацій: Це необхідність встановлення або підтвердження діагнозу та вибору стратегії лікування; потреба у додатковій діагностиці або визначенні лікувальної тактики для рідкісних, складних або атипових захворювань; вибір методів профілактики можливих ускладнень; необхідність проведення нових або рідкісних оперативних втручань, процедур лікувального чи діагностичного характеру; відсутність фахівця в певній медичній галузі або недостатній клінічний досвід для ефективної діагностики та лікування; пацієнт сумнівається у правильності поставленого діагнозу або запропонованого лікування; можливість зниження витрат на лікування без шкоди для його якості та інші. Саме ці показання

дозволяють оптимізувати медичну допомогу та забезпечити доступ до кваліфікованих фахівців, незалежно від місця перебування пацієнта [2].

Необхідно відмітити переваги застосування телемедицини, а саме: використання телемедичних платформ значно розширює доступ до кваліфікованої медичної допомоги; забезпечує ефективну комунікацію між медичними працівниками, особливо в умовах, коли фізичний доступ до пацієнта обмежений; спрощує отримання консультацій від фахівців, зокрема у складних медичних випадках, що потребують додаткового аналізу.

Також необхідно звернути увагу на Наказ № 218 Міністерства охорони здоров'я від 03.02.2022 спрямований на встановлення нормативних правил та регуляторних механізмів для надання телемедичних послуг у медичних закладах України [5], а також покращення доступу до медичної допомоги шляхом використання сучасних технологій.

Згідно документу, телемедицина є невід'ємною частиною електронної охорони здоров'я і використовується для діагностики, консультацій, лікування пацієнтів та обміну медичними даними між лікарями та пацієнтами. Особливу увагу у наказі приділяють технічному оснащенню кабінетів, де повинні бути створені умови для надання медичних послуг дистанційно, використовуючи інформаційно-комунікаційні технології та вимог до персоналу. Що стосується технічного обладнання, то воно повинно починатися з комп'ютерних систем з високою потужністю для обробки та передачі даних, веб-камери для відеозв'язку, мікрофонів і гарнітур для забезпечення якісної аудіокомунікації, сканерів та принтерів, закінчуватися медичними пристроями з функцією підключення до мережі (наприклад, електрокардіографи, спірометри) для дистанційної передачі показників стану здоров'я пацієнта. Також повинні бути програми для відеоконференцій (Zoom, Microsoft Teams або спеціалізовані медичні програми, системи управління електронними медичними записами (EMR) для зберігання, передачі та доступу до медичної інформації пацієнтів, захищені канали комунікації для обміну конфіденційною медичною інформацією відповідно до законодавства про захист даних.

Все вищенаведене дозволяє пацієнтам отримувати необхідні медичні послуги, не відвідуючи лікарню, а медичним працівникам – моніторити стан здоров'я на відстані, знижуючи ризик інфекцій та оптимізуючи роботу системи охорони здоров'я.

Необхідно сказати про нормативні документи щодо використання телемедицини в системі охорони здоров'я, які передбачені наказом Міністерства охорони здоров'я України № 681 від 19.10.2015 [3]. Цей документ регулює організацію та надання телемедичних послуг у медичних закладах України. Він визначає, як і коли можна використовувати телемедицину для дистанційної консультації пацієнтів, які можуть проводитися на різних рівнях медичної допомоги: первинному, вторинному (спеціалізованому) та третинному (високоспеціалізованому). Телемедичне консультування проводять за запитом (форма № 001/тм), який оформляє лікар і надсилає до лікаря-консультанта. До запиту додають всю інформацію, необхідну для надання консультації, у тому ж числі копії досліджень: діагностичних та лабораторних, МРТ, УЗД, ФГДС. Після отримання запиту лікар-консультант реєструє його в журналі обліку телемедичних консультацій (форма № 003/тм), який зберігається в кабінеті телемедицини. Одразу ж спеціаліст готує

консультаційний висновок (форма № 002/тм). Таким чином, наказ МОЗ № 681 є ключовим документом, який закладає нормативну базу для функціонування телемедицини в Україні, впроваджує системний підхід до дистанційного медичного обслуговування та створює механізми контролю і звітності за проведеними консультаціями.

*Висновки.* Наявна модель розвитку телемедицини в Україні не відповідає потребам та викликам сьогодення через відсутність стратегічного бачення розвитку телемедичних технологій в Україні як невід'ємної складової електронної охорони здоров'я. Це зумовлює низку проблем, зокрема обмежений доступ до медичних послуг та медичних даних, зниження рівня захисту прав та інтересів пацієнта при отриманні медичної допомоги, недостатнє технічне, організаційне, ресурсне та кадрове забезпечення телемедицини, відсутні стандарти якості надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини. При цьому суттєвим впливом на виникнення необхідності надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини стала пандемія коронавірусної хвороби, а також повномасштабна війна, руйнування медичної та транспортної інфраструктури, мільйони біженців, які вимушені змінити місце отримання медичної допомоги. Але, беручи до уваги усю розглянуту інформацію, можемо дійти висновку, що система телемедицини є дуже актуальною та дає реальні можливості для виходу медицини України на новий рівень свого розвитку.

#### **Література:**

1. Міністерство охорони здоров'я України. Як розвивається телемедицина в Україні: підсумки й плани на 2024 рік [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uk/jak-rozvivvaetsja-telemedicina-v-ukraini-pidsumki-j-plani-na-2024-rik>
2. Телемедицина в Україні: Медична справа [Електронний ресурс]. – 13.09.2024. – Режим доступу: <https://medplatforma.com.ua/article/1174-telemeditsina-perspektivi-v-ukran#ancex6>
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 681 від 19.10.2015 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1401-15#Text>
4. Журнал обліку телемедичних консультацій. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 681 від 19.10.2015 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1404-15#n3>
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 218 від 03.02.2022 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0234-22#Text>

## **ПОКРАЩЕННЯ ПСИХІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ НАЦІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ**

***Парамонова А.О., Стукалкіна Д.С., Літовченко О.Л., Завгородня Н.І.***  
*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Головним чинником загального благополуччя, який впливає на продуктивність, соціальну гармонію та економічний розвиток є ментальне

здоров'я нації. В останні роки питання психічного здоров'я набули особливої актуальності через підвищення рівня стресу та глобальну нестабільність. Зростання тягаря проблем психічного здоров'я в усьому світі є пандемією цього століття, на яку припадає приблизно 16 % світового тягаря хвороб [1]. За даними ВООЗ, ще у 2019 році 301 млн людей страждали на тривожні розлади, а 280 млн – на депресивні (включаючи великий депресивний розлад та дистимію). Згідно з МОЗ України станом на кінець 2022 року понад 70 % українців відчували стрес або знервованість і лише 2 % зверталися за спеціалізованою допомогою [2]. Водночас, скринінгова платформа Anima.ua встановила у 2023 році, що серед опитаних 40 тисяч українців 39 % щодня відчують втому або зниження енергії, 37 % відзначають зниження інтересу чи відчуття задоволення від справ, 34 % мають проблеми зі сном, а 30 % стикаються з труднощами у концентрації уваги та негативними відчуттями щодо себе. Поряд із цим актуальним залишається питання поширеності синдрому професійного вигорання, адже саме населення, що працює наражається на його розвиток.

Серед найпоширеніших психічних розладів виділяються депресія, тривожні стани, ПТСР та професійне вигорання. Особливо це актуально для фахівців, робота яких пов'язана з постійною взаємодією з людьми: медичних працівників, викладачів, співробітників банків, ДСНС та інших. У період 2021–2023 років Харківським національним медичним університетом було проведено дослідження, яке виявило високі рівні емоційного виснаження (37,5 %), цинізму (39,7 %) та зниження особистих досягнень (49,3 %) серед реаніматологів [3]. Лікарі-онкологи мали нижчі показники, зокрема емоційне виснаження спостерігалось у 21,6 %. Працівники екстреної медичної допомоги мали найвищий рівень дисбалансу зусиль, що сприяє розвитку психосоматичних розладів [3].

Різке зростання поширеності психічних розладів потребує нових рішень та адаптивності від систем охорони здоров'я, оскільки традиційні моделі охорони психічного здоров'я не відповідають сучасним потребам [4]. Традиційний підхід, який значною мірою спирається на особисті консультації та терапію, не в змозі задовольнити зростаючий попит і тому постає потреба в економічно доступних рішеннях зі швидким доступом з боку органів охорони здоров'я. На державному рівні в Україні вже реалізуються така програма від Всеукраїнської програми ментального здоров'я при Кабінеті Міністрів України, як проєкт за ініціації першої леді, Олени Зеленської, «Ти як?», що забезпечується за експертного партнерства та підтримки ВООЗ. Іншим прикладом є проєкт Міністерства охорони здоров'я України «Охорона психічного здоров'я у структурі медичної допомоги», що сприяє інтеграції психічного здоров'я в систему первинної та вторинної медичної допомоги через сімейних лікарів. Це відповідає програмі ВООЗ mhGAP і передбачає, що переважна більшість пацієнтів з легкими чи помірними формами психічних розладів може отримувати допомогу у сімейних лікарів. Крім цього, у рамках Національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки навчання пройшли близько 60 тисяч фахівців і було проведено серію тренінгів для тренерів за курсом зі стрес-менеджменту «Самодопомога плюс» від ВООЗ. Попри це залишається питання гнучкості надання психологічної допомоги, зокрема у випадку відсутності фізичного доступу до фахівців навіть первинної ланки або страху перед стигматизацією. У такому випадку, варто розглянути потенціал, який містить в собі штучний інтелект.

Штучний інтелект (ШІ) – це технологія, галузь комп'ютерних наук, що може самостійно виконувати завдання, які зазвичай потребують людського інтелекту. Ця технологія вже використовується в медицині для покращення доступу до допомоги та підвищення ефективності лікування. Прикладом ШІ в розрізі психічного здоров'я є спеціалізовані чат-боти, які використовують Великі мовні моделі (ВММ). Такі моделі навчаються на великих обсягах текстових даних для обробки та генерації природної мови у відповідь [5]. Тут важливою є взаємодія спеціалістів із психічного здоров'я при навчанні моделі, а саме для перевірки даних та задля більш безпечної і надійної допомоги. Деякі терапевтичні боти використовують технологію розпізнавання обличчя, щоб аналізувати його емоції та відповідно до цього коригувати взаємодію з ним [6]. Інтеграція ШІ в охорону психічного здоров'я являє собою еволюцію в області психічного благополуччя нації.

Дослідження проведені кафедрою гігієни та екології ХНМУ також підтверджують, що використання ШІ сприяє більш швидкому виявленню препатологічних критеріїв розвитку професійного вигорання та покращує точність діагностики, зокрема апробована прогностична модель з виявлення інформативних препатологічних критеріїв на основі опитувальника MBI-GS на прикладі медичних працівників [7].

Таким чином, комп'ютерний інтелект може забезпечити масштабний доступ до психологічної підтримки, знижуючи бар'єри для звернення по допомогу. Це водночас поліпшить дослідження у сфері ментального здоров'я, надаючи ефективні інструменти для моніторингу та аналізу стану людей, навіть на стані препатології, що дозволить досягти кращих результатів у збереженні здоров'я нації.

#### **Література:**

1. D. Arias, S. Saxena, S. Verguet. Quantifying the global burden of mental disorders and their economic value. *eClinicalMedicine*. 2022. 54:101675.
2. Брифінг МОЗ «Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги під час війни». 27.10.2022.
3. І. В. Завгородній, О. Л. Літовченко. Сучасний стан проблеми професійного вигорання в Україні серед медичних працівників. *Education and science in the period of global crises and conflicts in the XXI century: collective monograph*. 2023. С. 162–169.
4. Wainberg M.L., Scorza P., Shultz J.M., et al. Challenges and opportunities in global mental health: a research-to-practice perspective. *Curr. Psychiatry Rep*. 2017. № 19(28). С. 1–10. DOI: 10.1007/s11920-017-0780-z.
5. Liu J., Yang M., Yu Y., Xu H., Li K., Zhou X. Large language models in bioinformatics: applications and perspectives. *ArXiv*. 2024. PMID: 38259343; PMCID: PMC10802675
6. Briot K., Pizano A., Bouvard M., Amestoy A. New technologies as promising tools for assessing facial emotion expressions impairments in ASD: a systematic review. *Front Psychiatry*. 2021. № 12.
7. Böckelmann, I., Perova, I.G., Lalimenko, O.S. et al. Neue Wege in der Früherkennung des Burnout-Risikos bei Notärzten und Feldscherern in einem ukrainischen Rettungsdienst. *Zbl Arbeitsmed*. 2023. № 73. С. 160–169. <https://doi.org/10.1007/s40664-023-00501-4>

## **ОСНОВНІ ЗАХОДИ З ОЗДОРОВЛЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ТА ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ**

*Помогайбо К.Г. (керівник роботи), Бєсєдіна І.І.  
Харківський національний медичний університет, м. Харків*

В даний час суспільство знаходиться в досить швидкому темпі життя, що насамперед негативно впливає на здоров'я. Людина досить часто забуває про своє власне здоров'я, свій внутрішній стан, не приділяє належної уваги харчуванню і фізичному навантаженню. До цього додаються постійні стреси, нестача сну та погіршення екологічної обстановки в світі – і це все призводить до погіршення стану здоров'я.

Крім цього, на теперішній час, актуальність медико-соціальних заходів в забезпеченні оздоровлення системи травлення людини стає ще більш гострою, бо паралельно із цим падає поживна цінність продуктів харчування, а також зростає необізнаність людей у цьому питанні. Більшість населення не розуміє взаємозв'язку між гарним самопочуттям та правильним харчуванням і здоров'ям шлунково-кишкового тракту [1].

Тому слід зазначити декілька ключових аспектів щодо значення оздоровлення шлунково-кишкового тракту та органів травлення.

По перше, захворювання шлунково-кишкового тракту (ШКТ) є одними з найпоширеніших у світі. Згідно даних Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), близько 2 мільярдів людей щорічно страждають від захворювань ШКТ, наприклад таких як гастрит, виразка шлунку та дванадцятипалої кишки, синдром подразненого кишківника, панкреатит, загин жовчного міхура, печінкова недостатність та інші.

По друге, захворювання шлунково-кишкового тракту можуть негативно відзначитись на здоров'ї людини, а також на якості життя. В певних випадках ці захворювання призводять до інвалідності, додають нестерпного болю, знижують працездатність та рухливість людини, а в деяких випадках можуть призводити до смерті.

По третє, профілактичні заходи та раннє діагностування захворювань ШКТ є ключовими факторами у збереженні фізичного та емоційного здоров'я та відновлення працездатності людини. Медико-соціальні заходи, мають бути спрямовані на оздоровлення системи травлення, в разі чого дозволяють знизити захворюваність на ці хвороби, покращити якість життя людей, які вже ними страждають, а також збільшити тривалість життя населення.

Найактуальнішими медико-соціальними заходами є профілактика, діагностика, лікування та реабілітація.

До профілактики захворювань відносяться: здорове харчування: вживання їжі, яка має значну кількість клітковини, вітамінів та мінералів, також необхідно обмежити вживання жирної, смаженої, солоної їжі, а особливо солодких газованих напоїв та їжі швидкого приготування (фастфуду); регулярність фізичних вправ: щонайменше 30 хвилин помірної фізичної активності або пішої прогулянки щодня, відмова від надмірного вживання алкоголю та куріння, дотримання контролю власної ваги, регулярні процедури особистої гігієни та своєчасне лікування інфекційних захворювань.

До діагностичних заходів відносяться: щорічний огляд лікаря, лабораторні дослідження: загальний аналіз крові, аналіз сечі, копрограма, дослідження калу на приховану кров, дослідження на хелікобактер пілорі; інструментальні дослідження: ендоскопія шлунка та кишечника, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини і комп'ютерна томографія.

До лікувальних заходів відносяться: медикаментозна терапія залежно від захворювання, лікар може призначити антибіотики, протизапальні препарати, знеболюючі, спазмолітики, ферментні препарати, пробіотики та інші. У деяких випадках може знадобитися хірургічне втручання, наприклад, для видалення апендикса, жовчного міхура або пухлини.

До реабілітаційних заходів відносять: дотримання режиму дня, фізичні вправи, дієтотерапія: підбір дієти відповідно до захворювання; фізіотерапія; санаторно-курортне лікування та психологічна допомога.

Важливо зазначити, що медико-соціальні заходи в забезпеченні оздоровлення системи травлення людини – це комплексний підхід, який включає в себе не тільки медичні, але й соціальні аспекти. До соціальних аспектів належать: створення сприятливих умов для ведення здорового способу життя, а саме доступ до якісної їжі та питної води, розвиток спортивної інфраструктури, пропаганда здорового способу життя через засоби масової інформації [1–3].

*Висновок.* Таким чином, комплексний підхід до оздоровлення системи травлення людини дозволить: знизити рівень захворювань травної системи, покращити якість життя людей, зменшити витрати на охорону здоров'я та зробити суспільство більш здоровим та стійким. Тому, інвестування в оздоровлення системи травлення людини – це інвестування в майбутнє.

#### **Література:**

1. Науковець І.І. Детермінанти здоров'я. Сучасність. 2018. № 5. С. 15–19.
2. Фізіологія травлення в запитаннях і відповідях : навч. посібник / Я. Ганіткевич. – Л.: Афіша, 2005.
3. Анатомія людини Том 2. 5-те видання. Головацький А. С., Черкасов В. Г. «Нова Книга», 2015, Т. 2. 456 с.

## **РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ДО АНТИБІОТИКІВ ЯК ГЛОБАЛЬНА ЗАГРОЗА ЛЮДСТВУ**

***Літвінова В.О., Трегуб П.О.***

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Антибіотики – це «чарівні кулі» для боротьби з бактеріями, які вважаються найвидатнішим медичним відкриттям 20-го століття. Поява антибіотиків змінила терапевтичну парадигму і продовжує рятувати мільйони життів від бактеріальних інфекцій. Антибіотики стали справжньою знахідкою для людства: вони не тільки мають медичне застосування, але й використовуються в різних цілях. У зв'язку зі зростаючим використанням та зловживанням ними, мікроорганізми розвинули стійкість до протимікробних препаратів. Явище стійкості до протимікробних препаратів означає здатність мікроорганізмів, включаючи бактерії, віруси, грибки і паразити, процвітати

і продовжувати рости в умовах дії препаратів, призначених для їх знищення [1]. Інфекції, спричинені стійкими до протимікробних препаратів організмами, не тільки важко піддаються лікуванню, але й завжди існує підвищений ризик важких захворювань і навіть смерті від них.

Всесвітня організація охорони здоров'я визначила резистентність до протимікробних препаратів як одну з 10 найбільших глобальних загроз для здоров'я населення, з якими стикається людство. На засіданні високого рівня Генеральної Асамблеї ООН з питань антимікробної резистентності у 2016 році було офіційно заявлено про важливість боротьби зі стійкістю до протимікробних препаратів і закликано країни взяти на себе зобов'язання щодо виконання своїх національних планів дій з боротьби зі стійкістю до протимікробних препаратів. Незважаючи на ці зусилля, за оцінками у 2019 році лікарсько-стійкі інфекції спричинили катастрофічні 4,95 мільйона смертей у всьому світі, причому основний клінічний тягар припадає на країни з низьким і середнім рівнем доходу, особливо в Африці на південь від Сахари [1]. Це значно перевищує щорічну глобальну смертність від туберкульозу (1,5 мільйона), малярії (643 000) та ВІЛ/СНІДу (864 000).

Поява резистентних мікроорганізмів внаслідок мутацій або набуття мобільних генетичних елементів, що несуть гени стійкості, може відбуватися незалежно від присутності антибактеріальних препаратів. Саме вплив цих препаратів забезпечує необхідний селективний тиск для зростання і поширення резистентних патогенів. Таким чином, рушійною силою зростання резистентності є зловживання та неправильне використання антибактеріальних препаратів, незалежно від того, чи застосовуються вони для лікування пацієнтів і худоби, чи потрапляють у навколишнє середовище. Це більше не є медичною проблемою [2]. Стійкість до протимікробних препаратів стала глобальною загрозою для здоров'я, яка вимагатиме скоординованих дій багатьох різних зацікавлених сторін для подолання стійкості до антибіотиків у самому її корені.

Одним із серйозних наслідків резистентності є підвищення смертності через інфекції, які не можна ефективно лікувати. Наприклад, стійкі до антибіотиків штами бактерій, такі як *Staphylococcus aureus* або *Escherichia coli*, стають причиною значного збільшення кількості випадків смерті у лікарнях [3]. Такі інфекції важко контролювати, оскільки вони не піддаються традиційним методам терапії, що змушує медичних працівників використовувати сильніші, більш токсичні та дорогі ліки.

Резистентність до антибіотиків також має негативний вплив на успіх сучасних медичних процедур, таких як хірургічні операції або трансплантації органів. Без ефективних антибіотиків ризик післяопераційних ускладнень, викликаних інфекціями, суттєво зростає. Це може призвести до збільшення кількості випадків інвалідності або навіть смерті пацієнтів, що ставить під загрозу розвиток таких важливих галузей медицини, як онкологія, де антибіотики відіграють ключову роль у підтримці ослабленої імунної системи пацієнтів під час терапії.

Водночас розвиток стійкості до антибіотиків має значний економічний вплив. Лікування стійких інфекцій потребує застосування дорогих і тривалих схем терапії, що збільшує витрати для систем охорони здоров'я [5]. Довше перебування пацієнтів у лікарнях через неефективність стандартного лікування також сприяє зростанню фінансових витрат. Це особливо відчутно у країнах

з обмеженими ресурсами, де доступ до нових, більш ефективних антибіотиків обмежений, що посилює тягар інфекційних захворювань. Як наслідок, виникає необхідність у розробці нових антибіотиків, але цей процес є повільним і дорогим. Натомість поширення резистентності відбувається швидше, ніж створення нових ліків. Це створює небезпечну ситуацію, де можливості медицини можуть бути обмежені до рівня, що існував до відкриття антибіотиків, коли навіть незначні інфекції могли призводити до смертельних наслідків.

Загалом, резистентність до антибіотиків загрожує підривом досягнень сучасної медицини, ускладнює лікування хвороб, підвищує смертність та фінансові витрати на охорону здоров'я, що вимагає негайних дій з боку медичних, урядових та громадських організацій для її подолання [6].

#### **Література:**

1. Davies J, Davies D. Origins and evolution of antibiotic resistance. *Microbiol Mol Biol Rev.* 2010;74(3):417-433.
2. Timothy R. Walsh Ana C. Gales. *Antimicrobial Resistance: Addressing a Global Threat to Humanity.* PLOS Medicine. 2023.
3. Cassini A, Höglberg LD, Plachouras D, et al. Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and EEA. *Lancet Infect Dis.* 2019;19(1):56-66.
4. Md Abdus Salam Md Yusuf Al-Amin. *Antimicrobial Resistance: A Growing Serious Threat for Global Public Health.* Healthcare. 2023.
5. Gandra S, Barter DM, Laxminarayan R. Economic burden of antibiotic resistance: how much do we really know? *Clin Microbiol Infect.* 2014;20(10):973-980.
6. Porooshat Dadgostar. *Antimicrobial Resistance: Implications and Costs.* Dovepress. 2019.

## **ВИКОРИСТАННЯ АПАРАТНИХ СИСТЕМ І ЗАСОБІВ У КОСМЕТОЛОГІЇ**

***Грищенко Т.В., Міщенко М.М. (керівник роботи)***

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Останніми роками відмічається збільшення попиту на естетичні та косметологічні процедури. Визначається, що світова косметична індустрія посіла третє місце після аерокосмічної та автомобільної промисловості за прибутками. Згідно зі статистикою Міжнародного товариства естетичної пластичної хірургії (ISAPA), за 2013–2016 рр. у середньому щорічно виконувалося більш ніж 10 млн хірургічних косметологічних процедур і майже 12 млн нехірургічних [1]. Згідно з даними ISAPA, загальна кількість хірургічних косметологічних процедур зросла на 9 % з 2015 по 2016 рр.

З історичної точки зору медична індустрія краси бере свій початок з 1990 років [2] і базується на значному технічному розвитку галузей медицини, оптики, електрики та хімії. Косметичні процедури спрямовані на вирішенні фізичних проблем зморшок, плям на шкірі та шрамів, в'ялості шкіри через фізіологічні процеси постаріння тощо.

Засоби, які роками застосовували в дерматології, також почали широко використовувати при проведенні процедур із догляду за шкірою тільки зі збільшенням обсягів індустрії особистої косметологічної гігієни. В історичному аспекті догляд за шкірою був винятково прерогативою «вищого» соціального класу. Синтетичні засоби для догляду за шкірою набули своєї популярності лише у 20 столітті, але їх розповсюдження обмежувалося вищим і середнім соціальним класом. Дана ситуація різко змінилася з появою масових косметичних брендів, таких як L'Oréal, Max Factor, Revlon та інш. на початку 20 століття. Продукція цих брендів почала масово вироблятися за дешевшими цінами, що викликало різке зростання попиту, в результаті чого краса шкіри стала синонімом використання синтетичних засобів догляду за шкірою. Але, наприкінці 1970 років розвиток індустрії особистої гігієни та догляду за шкірою відзначив різку зміну свого вектору завдяки так званому «зеленому руху». Косметологічна індустрія знов спрямувалася до застосування натуральних продуктів (навіть відомі бренди лікувальної косметики пропонували суто рослинні продукти).

Зростаючий розвиток науки про красу і догляду за шкірою спровокувала швидке поширення більш ефективних медичних засобів для покращення стану шкіри. За останні десятиліття відзначається значний прогрес у галузі застосування медичних приладів в косметологічній галузі, особливо в країнах, що розвиваються та констатують швидке економічне зростання. Медичні косметологічні прилади, як невід'ємна частина б'юті-індустрії, є спеціальними пристроями, що використовують різні технології для корегування рис людського тіла та обличчя й особистих функціональних можливостей на основі знань про фізіологію людини, хоча, основна роль при цьому відводиться знанням про поверхню шкіри тіла людини.

Що стосується технічних і технологічних принципів косметологічних приладів, то, загалом їх можна класифікувати як прилади, що застосовують технологію акустичних хвиль, іонної провідності, світлодіодне світло та мікроструми [3]. Слід вказати, що останніми роками спеціалісти в області косметології та звичайні споживачів надають переваги невеликим чи мініатюрним побутовим косметичним інструментам.

На відміну від традиційних мануальних методик догляду за шкірою, косметологічні інструменти та прилади безпосередньо впливають на глибокі шари шкіри людини задля досягнення бажаного ефекту. Серед існуючого значного переліку таких косметологічних пристроїв виділяють ті, що надають впливу лазером, ультразвуком, фотонами та радіочастотами та є результатом швидкого технічного прогресу. Косметологічні пристрої завдяки значному переліку можливостей впливу надають більш різноманітний і персоналізований вплив. Однак, оскільки значний перелік особистісних особливостей та типів шкіри значно різняться один від одного, то, актуальним питанням постає вибір правильного косметологічного інструменту та засобу.

Так, лазерна терапія широко застосовується в косметологічній практиці для догляду за шкірою та останніми десятиліттями набула значної популярності. Останні наукові досягнення в лазерних технологіях включають фракційну лазерну терапію, довгоімпульсні та короткоімпульсні лазери тощо.

Засоби радіочастотної терапії застосовують енергетичні системи з метою нехірургічного ліфтингу, видалення зморшок, терапії акне, контурної

пластики тощо. Ці засоби включають фракційні, біполярні, уніполярні та RF-пристрої з контрольованою температурою й інш. Пристрої на основі ультразвуку покращують еластичність шкіри та безхірургічно зменшують зморшки.

Засоби для мікроін'єкцій покращують трансдермальну «доставку» косметологічних препаратів за допомогою використання мікроголок. Вони застосовуються або без будь-яких джерел теплової енергії, або ж із нагріванням радіочастотними або ультразвуковими пристроями для поліпшення поглинання речовин.

Останніми роками ефективно застосовують кріотерапію, яка підтримує формування холоду в анатомічно пов'язаних точках задля зміни больових відчуттів, температури або судинної активності. Застосовуються новітні технології, що використовують контактне статичне випарне охолодження, що дозволяє отримати поверхнєве утворення льоду [4].

Окрім цього, світлодіодні засоби для світлотерапії також останнім часом набувають значної популярності. Твердотільні джерела світла (світлодіоди) дають змогу реалізувати гнучкість індивідуального дизайну і можуть використовуватися з універсальними хімічними речовинами. Доповнення світлодіодних пристроїв комп'ютерним проектуванням та системою прототипування «світло в світлі» й параметричний аналіз різноманітних варіантів дизайну дали змогу забезпечити сумісність ефективних і клінічно бажаних світлодіодних систем освітлення з медичними приладами [5].

Таким чином, розвиток б'юті-індустрії відзначається досить широким використанням різноманітних апаратних систем і приладів, що дає змогу значно покращити косметологічний ефект від їх застосування.

#### **Література:**

1. Comparative Study of Regulations of Devices for Aesthetic Purposes: US, European Union, China, and Taiwan / Chen Mei-Fen et al. *J. of Medical and Biological Engineering*. 2020. № 40. P. 101–111.
2. Smoczok M., Leonik S., Bergler-Czop B. High-intensity focused ultrasound technology as a non-surgical alternative to face lifting. *Dermatology Review/Przegląd Dermatologiczny*. 2022. P. 130–137.
3. High-intensity focused ultrasound technology as a non-surgical alternative to face lifting.
4. A Non-Invasive Skin Treatment Combining LED with Pharmacologic and Ultrasonic Technologies for Facial Rejuvenation / K. Marsh et al. *J. of Cosmetics Dermatological Sciences and Applications*. 2023. Vol. 13. P. 333–344. doi: 10.4236/jcdsa.2023.134026.
5. Thomas L. M. *Beneath the Surface. A Transnational History of Skin Lighteners*. 2020. Durham 2020: Duke University Press. 368 p.

## ПЕРЕВАГИ І НЕДОЛІКИ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ У ПОРІВНЯННІ З ТРАДИЦІЙНИМ ВІДКРИТИМ МЕТОДОМ

**Штикер А.С., Комарчук В.В.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

*Актуальність.* Лапароскопічна хірургія, впроваджена в клінічну практику на початку 1980-х років, значно змінила підходи до хірургічного лікування. Цей метод дозволяє виконувати операції через невеликі розрізи, що суттєво зменшує травматичність для пацієнта. У світлі зростаючих вимог до якості медичної допомоги та безпеки пацієнтів важливо досліджувати переваги і недоліки лапароскопічних операцій порівняно із традиційним методом.

*Мета дослідження.* Метою нашого дослідження є висвітлення переваг і недоліків лапароскопічних операцій у порівнянні з традиційними відкритими методами.

*Матеріали та методи.* Для досягнення мети дослідження були проаналізовані наукові статті, клінічні дослідження та систематичні огляди, опубліковані в міжнародних медичних журналах протягом останніх десяти років. Основними джерелами інформації стали бази даних PubMed, Scopus і Cochrane Library. Включено матеріали, що стосуються різних лапароскопічних втручань, таких як холецистектомія, гінекологічні операції та загальна хірургія.

*Результати дослідження.* Лапароскопічна хірургія, яка ще називається міні-інвазивною або хірургією «замкової свердловини», має на увазі створення безлічі невеликих отворів. Через ці отвори в черевну порожнину пацієнта вводяться тонкі трубки, що містять камеру та хірургічні інструменти. Лапароскоп – це маленька камера, що забезпечує чітке зображення внутрішніх органів на екрані, і це дозволяє хірургу виконувати процедуру з високою точністю і мінімальним втручанням.

Переваги лапароскопічної хірургії:

1. *Зменшення післяопераційних ускладнень:* за даними досліджень, лапароскопічні операції знижують ризик розвитку післяопераційних ускладнень, таких як тромбоемболії і гематоми, а ризик інфекцій у пацієнтів, які перенесли лапароскопічні операції, зменшується на 30–50 % [3].

2. *Менша крововтрата:* завдяки меншим розрізам лапароскопічна операція зазвичай супроводжується меншою крововтратою, що зводить до мінімуму ймовірність необхідності переливання крові під час процедури [5].

3. *Скорочення тривалості госпіталізації:* лапароскопічні втручання дозволяють пацієнтам скоротити період стаціонарного лікування до 1–3 днів, що дозволяє швидше повернутися до звичайного життя.

4. *Мінімальне травмування м'язів і тканин:* пацієнти, які перенесли лапароскопічні операції, відзначають менший біль у післяопераційний період [1].

5. *Естетичні переваги:* невеликі розрізи, характерні для лапароскопії, забезпечують кращий косметичний результат. Пацієнти частіше задоволені зовнішнім виглядом після операції, що підвищує їхнє самопочуття та психоемоційний стан.

6. *Економічна вигода:* за рахунок скорочення термінів госпіталізації і зменшення ускладнень лапароскопічні операції є економічно вигідними для системи охорони здоров'я. Дослідження показують, що загальні витрати на

лікування пацієнтів, які перенесли лапароскопічні втручання, знижуються на 20–30 % [4].

Недоліки лапароскопічної хірургії:

1. *Технічні складності*: проведення лапароскопічної операції потребує спеціальної підготовки та високої кваліфікації хірурга, оскільки вимагає високого рівня точності маніпуляцій через обмежене поле зору та спритність рук хірурга [5].

2. *Обмежене застосування*: не всі хірургічні процедури можна виконати лапароскопічно. Складні або екстрені випадки можуть вимагати відкритої операції для досягнення оптимальних результатів [2].

*Висновки*. Лапароскопічні операції мають численні переваги порівняно з традиційними хірургічними методами. Зменшення травматичності і післяопераційних ускладнень, скорочення термінів госпіталізації, покращення якості життя пацієнтів і економічна вигода роблять лапароскопію одним з основних напрямків сучасної хірургії. Однак необхідно враховувати її недоліки, включаючи складність техніки та вартість обладнання. Вибір між лапароскопічним і відкритим методом повинен базуватися на конкретному клінічному випадку, стані пацієнта та досвіді хірурга.

#### **Література:**

1. Koo, T.W., et al. (2021). "Laparoscopic Surgery: A Review of Current Literature." *Surgical Endoscopy*, 35(7), 3841–3850.

2. Laparoscopic Surgery: Advantages and Disadvantages. URL: <https://www.medfin.in/blog/latest-treatments/laparoscopic-surgeries/laparoscopic-surgery-advantages-and-disadvantages/>

3. Ma, Y., et al. (2020). "The Impact of Laparoscopic Surgery on Patient Recovery: A Systematic Review." *Journal of Surgical Research*, 251, 154–162.

4. Rattner, D.W., et al. (2019). "Economic Evaluation of Laparoscopic vs Open Surgery." *Journal of the American College of Surgeons*, 229(6), 662–670.

5. Worrell, S.G., et al. (2022). "Outcomes of Laparoscopic vs Open Surgery in Elective Cases: A Meta-Analysis." *Surgical Endoscopy*, 36(5), 3224–3232.

## **СМЕРТНІСТЬ ЗАСУДЖЕНИХ В ДЕРЖАВНИХ УСТАНОВАХ ВИКОНАННЯ ПОКАРАНЬ**

**Акопян А.А.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

*Актуальність теми.* Відповідно до положень Конституції України людина, її життя, честь та здоров'я, гідність, недоторканість та безпека визначаються найвищою в нашій державі соціальною цінністю [1]. Для забезпечення реалізації цього положення Конституції, державою забезпечено та врегульовано діяльність правоохоронних органів, органів судової влади, системи охорони здоров'я. Станом на 01.01.2021 року в державних установах виконання покарань України перебувало 49 823 особи, більшість з них, а саме близько 33 тисяч засуджених – відбували покарання в кримінально-виконавчих установах закритого типу [2]. Реформаційні процеси системи виконання покарань в Україні відбуваються вже досить тривалий час, але незважаючи на

це, питання медико-санітарного забезпечення та реалізації засуджених права на медичну допомогу – має цілу низку проблем. Показниками наявності проблем в медичній сфері та в наданні медичних послуг є рівень захворюваності, смертності та число випадків суїцидів в установах.

*Мета:* аналіз показників та причин смертності осіб, які відбувають покарання в установах виконання покарань, зокрема в аспекті реалізації права засуджених на належну медичну допомогу.

*Методами дослідження* стала система загальнонаукових та спеціальних методів правової науки з переважанням формально-логічного методу, методу аналізу, описового методу, порівняльного та системно-структурного методів.

*Вклад основного матеріалу.* В Україні, реформа державної системи виконання покарань, насамперед процедура порядку виконання покарань у виді позбавлення волі, триває понад 20 років. Одним із базових показників та напрямів реформування є – реалізація засудженими права на охорону здоров'я та належну медичну допомогу. Саме тому, пріоритетними аспектами залишаються питання дотримання прав та законних інтересів засуджених осіб, відповідно до загальноприйнятих міжнародних стандартів.

Європейський комітет із запобігання катуванням та нелюдському чи принизливому поводженню чи покаранню у 1998 році наголосив на загальноєвропейській тенденції до збільшення ролі міністерств охорони здоров'я у медицині пенітенціарної системи. Дана позиція знайшла своє відображення у Рекомендації R (98) 7 Комітету Міністрів Ради Європи щодо етичних та організаційних аспектів охорони здоров'я у тюрмах. Зазначалося, що більше залучення Міністерства охорони здоров'я до медицини пенітенціарної медицини надасть оптимальне медичне забезпечення в'язнів, а також принцип еквівалентності тюремної медицини тій, що на свободі. У цьому контексті було запрошено українську владу до діалогу щодо підвищення повноважень Міністерства охорони здоров'я у сфері, так званої, «тюремної» медицини (1998, 141) [3]. В Концепції реформування (розвитку) пенітенціарної системи України зазначено, що проблемним питанням залишається надання засудженим та ув'язненим якісної медичної допомоги: організація лікування осіб, які є хворими на туберкульоз або інші небезпечні інфекційні хвороби, недостатня укомплектованість медичних установ кваліфікованими кадрами, низький рівень забезпечення медичним обладнанням, 70 % якого застаріле, технічно зношене або не функціонує взагалі [4].

В Державних установах виконання покарань України, рівень смертності переважно не зменшується, маючи сталу тенденцію до збільшення. Відповідно до статистичних даних, протягом 2012 року в установах виконання покарань померла 1021 особа, зокрема – більше сотні тих, хто не дочекався рішення суду про звільнення у зв'язку з тяжким захворюванням, що є на 12,6 % (148 осіб) менше, ніж за 2011 рік (1169 осіб). Із загальних випадків смертності, в слідчих ізоляторах померло 179 осіб. Середній показник смертності, зокрема у слідчих ізоляторах, у 2012 році знизився на 11 % [5]. Окрім цього, тривалий час залишається проблема недостатнього рівня кваліфікації медичного персоналу установ, що зумовлено, передусім, специфічними умовами праці.

Протягом тривалого часу, СНІД та туберкульоз залишаються найпоширенішими хворобами серед засуджених, які призводять до летальних випадків, що прямо корелюється із ситуацією захворювання на вказані хвороби

серед населення України. Відповідно до даних статистики огляду медичних установ пенітенціарної системи кількість ВІЛ-інфікованих серед осіб, що тримаються в установах, є постійною, з незначними коливаннями протягом 2009–2014 рр. до 6–7 тис осіб. У 2019 р. трималося 3 880 осіб із ВІЛ-інфекцією/СНІДом [6]. Станом на 01.10.2020 на диспансерному обліку в Державних установах виконання покарань України перебувало 4 002 особи з ВІЛ [7].

Нагальною проблемою для системи охорони здоров'я України, і зокрема для системи установ виконання покарань залишається наявність у переважній частині засуджених захворювання на туберкульоз. Наприклад, у період 2004–2020 рр. цей показник серед осіб, які перебували в установах виконання покарань, становив понад 6 тис у 2004–2009 рр., близько 5 тис – у 2010–2013 рр., починаючи з 2014 р. – близько 2 тис засуджених [6], станом на 01.10.2020 – 938 осіб [7], у 1 537 осіб, засуджених до покарання у вигляді позбавлення волі, підтверджено діагноз хронічний вірусний гепатит С [7].

Незважаючи, на тенденцію зменшення кількості засуджених, що перебувають в установах виконання покарань, показник смертності значного зменшення не зазнав. Так наприклад, у період з 2004 по 2020 рік, рівень смертності в установах пенітенціарної служби становив: 808 смертей у 2004 році, 868 – у 2005 році, та 523 смерті і 517 у 2017 та 2019 роках відповідно, у 2020 році – показник смертності становив 485 осіб [6,7]. При цьому, слід звернути увагу, що переважними причинами смертності були серцево-судинні захворювання – 27–32 %, наступним – був туберкульоз (26–29 %), СНІД був причиною смерті у 15–18 % випадків, захворювання центральної нервової системи становили 6–8 % всіх випадків смертей. Одночасно, однією з не рідких причин смертності залишається суїцид: у 2013–2015 роках, питома вага суїцидів у показниках загальної смертності в системі установ виконання покарань становила 9,6 %, у 2016 році – цей показник становив 7,4 % [7]. При цьому рівень суїциду серед осіб, засуджених до позбавлення волі, перевищує рівень випадків самогубства серед населення України – більш ніж удвічі та продовжує залишатися одним із найвищих показників серед пенітенціарних служб країн Європейського Союзу.

*Висновки.* Ресурси медичної системи пенітенціарних установ переважно обмежені у порівнянні із загальною системою медичних закладів України, що насамперед впливає на ефективність надання медичної допомоги особам, що засуджені до покарання у вигляді позбавлення волі. Саме це, є одним із детермінантів, що впливає на показник смертності щодо засуджених осіб в умовах ізоляції та існуванню потенційної загрози виникненню та розвитку хронічних, інфекційних хвороб. Профілактика розповсюдження таких хвороб, насамперед надасть можливість працевлаштуванню засуджених на підприємствах установ виконання покарань, що в свою чергу, безпосередньо матиме позитивний вплив на показник смертності в пенітенціарній системі.

#### **Література:**

1. Конституція України. (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1996, № 30, ст. 141).Із змінами, внесеними згідно із Законами. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>
2. Лист ДКВСУ № 3/1-32-21/5-Пі від 26.01.2021 року.

3. Аналіз виконання рекомендацій щодо пенітенціарної системи, наданих Україні Європейським комітетом з запобігання катуванням з 1998 року. URL: <C:/Users/admin/Downloads/analiz-vikonannyarekomendacij-schodo-penitenciaranoi-sistemi-nadanih-ukrayinievropejskim-komitetom-z-zapobigannya-katuvannya-m-z-1998-roku.p> (дата звернення: 12.12.2020).

4. Про схвалення Концепції реформування (розвитку) пенітенціарної системи України : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 13 вересня 2017 р. № 654-р. / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/654-2017-%D1%80> (дата звернення: 06.12.2020).

5. Державна пенітенціарна служба України // Режим доступу/ Електронний ресурс: <http://www.kvs.gov.ua/peniten/control/main/uk/publish/article/667392>

6. Огляди стану здоров'я осіб, які тримаються в установах виконання покарань і слідчих ізоляторах (результати роботи закладів охорони здоров'я ДДУ ПВП, ДКВС України), 2004–2017 рр.

7. ЦОЗ ДКВС України : Звіти. URL: [https://coz.kvs.gov.ua/?page\\_id=160](https://coz.kvs.gov.ua/?page_id=160) (дата звернення: 15.12.2020).

## **ORGANIZATION OF GERIATRIC CARE IN DEVELOPED COUNTRIES OF THE WORLD: EXPERIENCE AND FEATURES**

**Vasheva A.O.<sup>1</sup>, Vashev O.E.<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Kharkiv National Medical University, Kharkiv*

*<sup>2</sup>V.N.Karazin Kharkiv National University, Kharkiv*

Geriatric care is aimed at improving the quality of life and preserving the health of the elderly. Systematization of the experience of domestic and foreign approaches to the organization of geriatric care makes it possible to better understand effective models of providing medical services to this population category and implement better practices.

Many countries in the world have well-developed geriatric care systems. Common trends in the development of geriatric care are that most developed countries have either public funding or a health insurance system to cover the costs of geriatric care. This helps to reduce the financial burden on the families of the elderly. The next common feature is a multidisciplinary approach. In many countries, teamwork of different specialists – doctors, social workers, psychologists, physiotherapists – is practiced, which provides a comprehensive approach to care, and the organization of care at home is a key area, as it helps the elderly to remain independent and maintain quality of life. The use of telemedicine, mobile applications for health monitoring and other technological solutions contributes to the improvement of medical services and increasing the availability of care for the elderly. Preventive medicine is an important aspect. Emphasis on disease prevention and a healthy lifestyle is becoming an important component of many health care systems.

In the United States, the geriatric care system is represented by the Medicare system – health insurance that provides people over 65 with access to medical services. Supplemental Medicaid programs support low-income seniors. In the USA, the practice of a multidisciplinary approach, a "team approach", where doctors,

nurses, physical therapists and social workers work together to improve the condition of elderly patients, has been developed. Special attention is paid to care services at home, which allows the elderly to live independently for as long as possible.

Elderly people living in Germany have access to the long-term care system through compulsory insurance contributions. This includes covering the costs of medical care and social care. Also, the German system provides for the active participation of the family in the care of the elderly, supporting relatives with informational resources and consultations.

Sweden has a developed system of long-term care and support for the elderly, represented by the State Social Security System. Geriatric services are financed from the state budget. The country actively uses technology to improve the quality of life of the elderly. For example, telemedicine and digital solutions for health monitoring have been introduced.

Due to the high rate of population aging, Japan emphasizes preventive measures and a healthy lifestyle among the elderly. Japan has an extensive network of medical and social care facilities for the elderly, with a special focus on mental health and social support.

France is one of the countries in Europe with a high level of development of geriatric care, which is based on state funding and integration of medical and social services. The aging of the population is an important challenge for the French health care system, which is why geriatric care occupies a special place in the national health care policy. France is actively developing a comprehensive approach to the care of the elderly, focusing on their social integration and improving the quality of life. As in many developed countries, there is a steady increase in the number of elderly people in France. All citizens, including the elderly, are covered by compulsory health insurance (Sécurité sociale), which is financed by contributions from employees and employers. Health insurance provides access to most health care services, including geriatric care. Older people can benefit from a range of free or subsidized services. France has a developed network of medical institutions specializing in geriatric care. These centers can be part of hospitals or function as separate institutions. Homes for the elderly (EHPAD): specialized facilities for elderly people who are unable to live independently due to chronic illness or loss of functional capacity. These institutions provide constant medical supervision, care and social support. Day Care (Accueil de jour): Day care centers that offer health and social services to the elderly, allowing them to remain at home on a permanent basis but receive care during the day. Rehabilitation centers (Soins de Suite et Réadaptation – SSR): institutions specializing in post-operative or post-hospital rehabilitation of the elderly. One of the key components of the geriatric care system is the development of home care services (Services de soins à domicile), which allow the elderly to continue living in their homes while receiving the necessary medical care. This system includes: medical visits (providing services of doctors, nurses and physiotherapists directly at home); social services (assistance with daily tasks such as cooking, cleaning, maintaining hygiene and personal care); support for relatives (the state provides subsidies and informational support for relatives who care for the elderly at home).

In France, a team approach to geriatric care is widely used. The medical staff works in close cooperation with social workers, psychologists and other specialists. This approach makes it possible to provide comprehensive care for the elderly, which covers not only physical health, but also social and psychological aspects. Regarding

funding, geriatric care in France is financed through a combination of several sources: health insurance covers basic medical services for the elderly; assistance for the loss of autonomy (APA – Allocation personnalisée d'autonomie) is a financial support provided to elderly people who have lost the ability to live independently. This assistance can be used to pay for care services at home or accommodation in specialized institutions; social programs – special programs of social assistance, financed by the state or local authorities, aimed at improving the quality of life of the elderly and ensuring their social integration.

France is actively introducing technological innovations into the geriatric care system. Such innovations include: telemedicine (remote consultations with doctors allow elderly people to receive medical consultations at home); digital solutions for health monitoring (sensors and mobile applications for monitoring vital indicators of patients, which allows doctors to quickly respond to changes in the state of health); robotics (robots to assist with care, such as cleaning, lifting or other physical tasks). Considerable attention is also paid to the social integration of the elderly. The state supports the development of day centers and social activity programs aimed at involving the elderly in public life, maintaining their independence and improving the quality of life. In many regions, there are community programs that allow the elderly to participate in cultural, sports or educational activities, offer relatives psychological and educational support to improve the conditions of care for the elderly.

An analysis of the experience of the organization of geriatric care abroad shows that in order to improve the quality of services and ensure a high quality of life for the elderly, it is necessary to implement a comprehensive approach, including the development of the health insurance system, the introduction of the latest technologies and support for families caring for the elderly. Ukraine can borrow many useful practices, including the development of a long-term care system, a multidisciplinary approach, and investment in digital technologies to monitor the health of elderly patients.

### **References:**

1. European Commission. (2018). "The 2018 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU Member States (2016-2070)." Luxembourg: Publications Office of the European Union
2. World Health Organization. (2015). "World report on aging and health." Geneva: WHO.
3. Leichsenring, K., & Billings, J. (2018). "Long-term care in Europe: Improving policy and practice." New York: Routledge.
4. Péntzes, M., & Széles, M. (2019). "Geriatric care in Europe: A comparative study." *Journal of Aging & Social Policy*, 31(3), 233–249.
5. Clegg, A., et al. (2013). "Frailty in elderly people." *The Lancet*, 381(9868), 752-762.
6. OECD. (2019). "Health at a Glance: Europe 2018." Paris: OECD Publishing.
7. Krampe, H., & Rapp, K. (2017). "Quality of geriatric care in Europe: Current trends and future challenges." *European Geriatric Medicine*, 8(1), 26–33.
8. Gunter, J. et al. (2020). "Elderly care in Europe: Policies and practices." *European Journal of Public Health*, 30(5), 900-905.
9. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2021). "Public health guidelines for the management of elderly care during pandemics."

## DIGITALIZATION OF MEDICINE: IMPLEMENTATION OF ELECTRONIC MEDICAL RECORDS

*Dihitiar A.E., Yaremenko A.V.*

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv*

*Topicality.* Digitization of medicine is one of the key areas of development of modern healthcare systems around the world. In Ukraine, this process is becoming more and more relevant against the background of reforming the health care industry, the need to improve the efficiency and availability of medical services. An important element of this process is the implementation of electronic medical records (EMC). The implementation of EMR promises significant benefits for both healthcare professionals and patients, but at the same time brings with it a number of challenges, such as ensuring the confidentiality of medical data and protecting information. The changes taking place in the global medical industry thanks to digital technologies also lead to transformations in the Ukrainian medical sector. Ukraine has significant potential for the development of digital innovation in medicine, but this process is hampered by a number of factors, including insufficient funding, outdated infrastructure, resistance to change among staff and issues of information protection. In particular, the problem of data security and confidentiality is one of the most critical in the context of the implementation of EMC, since medical information is extremely sensitive and can become the object of cyber attacks or misuse. Digitization of the healthcare system is also an integral part of Ukraine's European integration aspirations. The governments of many European countries have long since switched to electronic medical records, which has made it possible to optimize the exchange of data between doctors, provide quick access to patients' medical history, and reduce the risk of medical errors. For Ukraine, which strives to achieve European standards in the field of health care, the introduction of electronic medical records is one of the key steps on the way to integration with the international medical community.

*Goal.* The purpose of this study is to analyze the advantages and challenges of implementing electronic medical records (EMC) in Ukraine, as well as to evaluate the effectiveness of measures to ensure the security and confidentiality of medical records. The study includes the study of the practical experience of countries where EMS have already become the norm, and the identification of the main problems that Ukrainian medical institutions face during the implementation of this initiative. In addition, the study is aimed at determining the main directions for improving the existing approaches to the implementation of EMC in Ukraine. The analysis includes an assessment of the impact of digitalization on the process of providing medical services, the efficiency of data exchange between medical institutions, as well as the level of trust of patients in electronic medical record storage systems. Special attention is paid to the issues of information protection and ensuring the confidentiality of patient data, as these aspects are critical for the successful functioning of the EMC. In general, the goal is to develop recommendations for optimizing the process of digitization of medical records in Ukraine, increasing the efficiency of medical services, improving the quality of patient care, and increasing the level of trust in medical institutions thanks to modern digital technologies.

*Research materials and methods.* Various materials were used to study the problems of implementing electronic medical records, including international

experience in implementing digital medical technologies, and anonymous surveys were conducted on the Google Form platform among medical workers and patients of various medical institutions in Ukraine. A total of 70 medical workers (doctors, nurses, administrative staff) and 100 patients took part in the survey.

*Results and discussion.* The study showed significant advantages of the introduction of electronic medical records (EMC) for the health care system of Ukraine, but at the same time certain difficulties were identified. As part of the study, 70 medical workers and 100 patients were interviewed in order to assess the impact of the introduction of EMC on medical practice and attitudes towards this technology. Improving the quality of providing medical services has become one of the key advantages of the introduction of EMC. According to the results of the survey, 85 % of medical professionals noted that access to electronic records significantly accelerated the process of making medical decisions and allowed to avoid errors due to lack or unavailability of information. About 78 % believe that this reduces the risk of medical errors, which positively affects the quality of treatment. Optimization of document flow was also recognized as a significant advantage of the new system. 72 % of the surveyed medical professionals noted that the use of electronic cards facilitates their work, reducing the amount of paper documentation, and 68 % believe that it contributes to more efficient use of working time. Patients generally accepted the innovation positively, as evidenced by the results of the survey: 66 % of patients are satisfied with the ease of use of EMC. They noted that electronic cards facilitate the appointment process and access to medical information. However, 45 % of patients expressed concerns about the security and privacy of their data, emphasizing the importance of protecting medical information from unauthorized access. Despite the positive changes, 54 % of healthcare professionals noted technical difficulties during the transition to an electronic system, including a lack of training and support. This especially applies to senior doctors, for whom mastering new technologies turned out to be a difficult task. At the same time, 25 % felt the need for additional training to work with EMC. Finally, 30 % of healthcare professionals expressed concern about the security of information in electronic systems, especially in light of the growing number of cyberattacks on healthcare facilities. Additional cybersecurity measures, such as data encryption and multi-factor authentication, are needed to increase trust in digital health records. Overall, the study confirmed that the implementation of electronic medical records in Ukraine has significant potential to improve health services, but needs to overcome a number of challenges, such as technical support, standardization of the system and ensuring adequate protection of medical data.

*Conclusions.* The introduction of electronic medical records (EMC) in Ukraine is an important step for the modernization of the health care system. The main advantages include increasing the efficiency and accuracy of medical decisions, simplifying the document flow and reducing the risk of medical errors. Most healthcare professionals and patients support the transition to electronic systems, although there are concerns about data security and maintenance difficulties. The key challenges remain the training of medical personnel to work with new systems, ensuring cyber security and personal data protection, as well as the standardization of EMC at the national level. In addition, it is important to take into account the experience of other countries, where the introduction of EMC has already become the norm, in order to avoid common mistakes and speed up the integration process. Ongoing support and training must be provided for medical staff so that they can

effectively use new technologies. The implementation of EMC can significantly improve the quality of medical services, provide convenient access to medical information and strengthen control over the treatment process.

**References:**

1. Le Fèvre C, Lacornerie T, Noël G, Antoni D. Management of metallic implants in radiotherapy. *Cancer Radiother.* 2022 Feb-Apr;26(1-2):411-416. doi: 10.1016/j.canrad.2021.11.004. Epub 2021 Dec 23. PMID: 34955412.

2. Tanaka Y. Occupational Medicine, Go Above and Beyond. *J UOEH.* 2024;46(1):79-86. doi: 10.7888/juoeh.46.79. PMID: 38479878.

3. Some issues of maintaining the Register of medical records, referral records, and prescriptions in the electronic health care system: order of the Ministry of Health of Ukraine No. 587 dated February 28, 2020. – Access mode: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/RE34519.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE34519.html).

4. Some issues of the electronic health care system: Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated April 25, 2018 No. 411. – Access mode: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text>

5. Badikov T. Challenges of digital transformation of the healthcare system of Ukraine (eHealth). *Ukrainian truth.* – 2020. URL: <https://blogs.pravda.com.ua/authors/badikov/5ee39c2943d7d/>

**Секція 6.**  
**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ТА ЕКОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ**  
**ЗДОРОВ'Я, ПРОФІЛАКТИЧНІ СТРАТЕГІЇ**

**РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ В ПРАКТИКУ**  
**АКТУАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ СТРАТЕГІЇ**  
**ДЛЯ ВЕТЕРАНІВ ТА ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ**  
**З ПРОБЛЕМИ ЗБЕРЕЖЕННЯ НИМИ ВЛАСНОГО ЗДОРОВ'Я**

**Щербань М.Г., Мельник О.Г., Резуненко Ю.К., Безродна А.І.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

На сучасному періоді для науковців клінічного та гігієнічного профілю Харківського національного медичного університету розробка та впровадження в практику профілактичних стратегій для ветеранів та людей похилого віку на основі збереження ними власного здоров'я є важливою актуальною задачею, оскільки ця діяльність регламентована «Мораторієм», заключеним між ректором ХНМУ та Харківською обласною організацією ветеранів України про співпрацю. Серед основних умов мораторію: надання медичної допомоги ветеранам шляхом їх оздоровлення в клініках університету з подальшою реабілітацією в санаторіях «Бермінводи» та «Роша»; вивчення медико-соціальних аспектів діяльності ветеранських громад; розробка та впровадження в практику профілактичних стратегій та практик; сумісне виконання науково-практичних програм; організація надання волонтерськими організаціями гуманітарної допомоги клінікам; організація концертів для співробітників клінік та підрозділів ХНМУ з участю провідних артистів Харківської філармонії та інш.

Слід визнати, що сьогодні в Харківській області серед багатьох чинників низьких показників середньої тривалості життя, високих показників захворюваності та смертності від серцево-судинних й онкологічних хвороб, ВІЛ/СНІДу, коронавірусу, тощо серед ветеранів та людей похилого віку вагомими причинами зостаються постійно зростаюча висока вартість ліків та складність системи оперативної доступності до медичної допомоги.

В цей період особливо потерпають жінки – ветерани, які продовжують піклуватися про рідних і близьких, а матеріальне положення яких погіршується з кожним днем у зв'язку з постійним подорожанням життя, а у зв'язку з похилим віком поступове погіршення власного здоров'я, що обумовлює постійно зростаючу актуальність впровадження в практику їх життя оздоровчих науково-практичних програм в системі громадського здоров'я.

Розробці профілактичної стратегії передувала організаційна робота з проведенням анкетування ряду ветеранських громад Харківської області щодо вивчення оцінки ветеранами доступності до медичної допомоги та оцінки ефективності їхнього власного лікування у медичних закладах.

Методичною розробкою передбачено, що на перших заняттях з ветеранами та людьми похилого віку розглядаються питання пов'язані з отриманням ними інформації про вікові особливості старості. Зокрема, поняття «старість» визначається як період життя, що настає після зрілості і характеризується поступовим послабленням діяльності організму.

При цьому, на вступних заняттях з ветеранами розглядаються характеристики таких видів старості як хронологічна, фізіологічна, психологічна та соціальна. Акцентується аспект, що старість – це динамічний процес, що зумовлений біологічними характеристиками та суспільними обставинами соціального життя суб'єкта.

Відомо, що за класифікацією ВООЗ до категорії людей похилого віку належать особи віком старше 60 років. Ця організація пропонує наступну класифікацію вікової періодизації життя людини: 25–44 років – молодий вік; 44–60 – середній вік; 60–75 – похилий вік; 75–90 – старечий вік; особи, які досягли 90 років – довгожителі.

Крім того, з ветеранами розглядаються існуючі наступні теорії старіння і старості: теорія розвитку і неперервності життєвого шляху; теорія маргінальності; теорія накопичення переваг і недоліків; теорія роз'єднання (відокремлення, відчуження); теорія субкультури; теорія вікової стратифікації; теорія соціальних естафет; теорія успішної старості; теорія соціального потенціалу; теорія інклюзії; теорія інтегрованої старості або теорія діяльності (активності). При цьому важливо, щоб увага ветеранів акцентувалась на аспектах психічного розвитку літньої особистості та якості життя в цей період. Відомо, що науковці визначають два головні чинники психічного розвитку – біологічні і соціальні. До біологічних чинників психічного розвитку належать спадковість і вродженість, тобто те, із чим людина з'являється на світ.

Соціальними чинниками психічного розвитку є вплив середовища як природного, так і соціального. Чинником психічного розвитку людини, який дозволяє подолати або зменшити негативний вплив і середовища, і спадкових та вроджених хвороб є активність самої людини, її ставлення до свого життя та оцінювання його.

Так, у контексті активності, творчий характер способу життя літньої людини, змістовне і наповнене різноманітними діяльностями життя позитивно впливає на особистість, сприяє продовженню гармонійного розвитку в літньому віці. У старості немає чітких тимчасових рамок – вони умовні, тому що календарний і біологічний вік дуже часто не збігаються. Це пояснюється тим, що поряд з деструктивними процесами, що приводять до старіння, в організмі протікають зворотні процеси – конструктивні.

Страх наближення старості і пасивність виникають не на порожньому місці. Їх породжують енграми – біологічні стереотипи, які являють собою психологічні установки та оціночні орієнтири, які визначають життєву програму людини, її поведінку, а також психічні особливості.

Енграма старості сильна і стійка, вона викликає у людини неспокій і неприємні відчуття, призводить його до психологічного дискомфорту з усіма витікаючими наслідками (стресами, передчасним старінням і т.д.).

Особливості старіння також можна розмежувати на два типи залежно від рівня активності, стратегій подолання труднощів, ставлення до світу і себе, задоволеності життям. Представники першого типу – з позитивною установкою на майбутнє і високою активністю. У представників другого типу розвивається пасивне ставлення до життя, вони відчужуються від оточення, звужується коло їхніх інтересів і знижуються інтелектуальні показники.

Представляє великий інтерес врахування психологічних особливостей жінок і чоловіків літнього віку. Жінки є життєстійкішими, менше піддаються

впливу екстремальних чинників, залежностям, рідше втягуються в політичні та військові конфлікти, злочини тощо. З віком вони стають самостійнішими, агресивнішими, діяльнішими. Чоловіки, навпаки – пасивнішими, експресивнішими (емоційнішими), більше залежать від оточення. Здатність до регулювання як позитивних, так і негативних емоцій, керування ними краще також у літніх жінок, ніж у чоловіків. Серед окремих емоційних проявів, тривожність удвічі частіше виникає у літніх жінок, ніж у чоловіків, натомість депресивнішими, навпаки, частіше є літні чоловіки, ніж жінки. Найбільш депресивними є самотні літні чоловіки.

Дихання і м'язова діяльність організму людини тісно взаємопов'язані один з одним. У процесі старіння організму легені втрачають еластичність, повітря в них надходить менше, ніж у молодому віці. Цей процес можна покращити за допомогою фізичних вправ і дихальної гімнастики.

Фізична активність допоможе: мати хороший сон; зберігати рухливість; не втрачати міцності кісток та м'язів; схуднути або підтримувати нормальну вагу; зменшити ймовірність депресії; знизити ризик передчасної смерті.

Якщо ж ветерани ведуть малорухливий спосіб життя, то у них збільшується ризик: серцевих хвороб, діабету другого типу, високого кров'яного тиску, високого рівня холестерину, інсульту. Вживання алкоголю та паління тютюну прискорює процес старіння організму, збільшує ризик захворювань.

Деякі зміни, які можуть відбутися з віком, ускладнюють здорове харчування. До них належать, наприклад, зміни у домашньому житті, раптова самотність. Головне в нормалізації харчування в цей період є підбір продуктів. Зокрема, рекомендуються фрукти та овочі (різні види з яскравими кольорами); цільно-зернові продукти, такі як вівсянка, цільно-зерновий хліб і коричневий рис; знежирене молоко та сир, або соєве чи рисове молоко з додаванням вітаміну D та кальцію; морепродукти, нежирне м'ясо, птиця та яйця; квасоля, горіхи та насіння. Вибирати необхідно продукти з низьким вмістом холестерину та жиру. Особливо варто уникати насичених і трансжирів. Обов'язково необхідно пити достатньо рідини, не допускаючи зневоднення організму.

Вельми важливою проблемою є соціальна активність літніх людей у форматі: участі у волонтерських програмах і надання допомоги ближньому; заняття творчістю, такою як малювання, ліплення, в'язання тощо; участь у спортивних заходах, наприклад, ходьба, йога або плавання; організація та участь у клубах інтересів, наприклад, книжкових клубах, театральних групах або ігрових клубах. Необхідно уникати самотності.

*Заключення.* Розробка та впровадження в практику профілактичних стратегій для ветеранів та людей похилого віку з проблеми збереження ними власного здоров'я – це сьогодні в період війни з російським агресором актуальна проблема, яка потребує високої професійної кваліфікації розробників; обов'язкового попереднього вивчення інтелекту, рівня освіти, соціального та психічного стану, ступеню соціальної організації та багато інш. ветеранської громади чи людської когорти похилих людей; пошуку найбільш ефективного формату реалізації профілактичної стратегії; пошуку та відпрацювання форм і методів презентації змісту профілактичної стратегії; пошуку алгоритму контролю засвоєння основ профілактичної стратегії ветеранами та людьми похилого віку та інш.

## **Література:**

1. Поліщук В., Горішна Н., Слозанська Г. Соціальна робота з різними категоріями населення у територіальній громаді: українські реалії та міжнародний досвід. *Тернопіль*. 2018. 221 с.
2. Черевата О. Соціальна допомога людям похилого віку в умовах воєнного стану. *Могилянські читання – 2022. Миколаїв*. 2022. С. 22-25.

## **ГІГІЄНИЧНІ ВИМОГИ ДО ЯКОСТІ ВОДИ ПРИ ЦЕНТРАЛІЗОВАНОМУ І ДЕЦЕНТРАЛІЗОВАНОМУ ГОСПОДАРСЬКО-ПИТНОМУ ВОДОПОСТАЧАННІ**

**Черненко В.В., Огнєв В.А.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Як відомо, стан організму людини залежить від повітря, способу життя, якості продуктів харчування, а також питної води. Вода це найважливіший природний ресурс нашої планети. Без неї неможливий розвиток живої природи. Вона є найпростішим хімічним компонентом живої матерії, яка об'єднує усі організми, які населяють нашу планету. Вже давно вчені довели, що вода впливає на тривалість життя людини. Це не дивно, коли врахувати, що, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 90 % людських хвороб спричинені вживанням неякісної води. В наш час питання якості питної води не втратило актуальності.

Позитивну роль у збереженні й зміцненні здоров'я людей, у профілактиці інфекційних і неінфекційних хвороб, у створенні належних санітарно-побутових умов вода може виконувати лише при відповідності її якості певним вимогам. До кожного типу води пред'являють певні гігієнічні вимоги. Є свої науково обгрунтовані гігієнічні нормативи якості води й правила контролю над їхнім дотриманням. Створено і впроваджено у практику відповідний нормативний документ (Державні санітарні норми та правила "Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною"), яким регламентовано гігієнічний вимоги щодо якості питної води.

В одному з перших підручників з гігієни (1896 р.) Ф.Ф. Ерісман сформулював наступні критерії, що дозволяють віднести воду до чистої в гігієнічному відношенні:

1) Жодна з нормальних складових частин води не повинна бути в ній у такій кількості, щоб користування такою водою могло шкідливо відбитися на здоров'ї споживачів або погіршити її якість, смак.

2) Вода не повинна містити сторонні домішки, шкідливі для здоров'я споживача або такі, які свідчать про забруднення води небезпечними в санітарному відношенні речовинами, або зміна фізичних властивостей води (вид, смак, ін.) робить її неприємною.

3) Вода не повинна бути середовищем поширення заразних хвороб». Показники якості води, виходячи з гігієнічних вимог, можна розділити на наступні групи: 1) органолептичні показники; 2) показники нешкідливості за хімічним складом; 3) показники епідемічної безпеки. В окремі групи виділяють показники радіаційної безпеки і фізіологічної повноцінності води.

Питна вода, яка безпосередньо використовується населенням, повинна бути доброякісною, тобто мати гарні органолептичні властивості, бути нешкідливою за хімічним, у тому числі радіонуклідним складом, епідемічно безпечною і фізіологічно повноцінною.

Водою з гарними органолептичними властивостями вважають таку, яка не має запаху, смаку і присмаку, прозору, не забарвлену, яка не містить помітних на око домішок (плівок, осаду, зважених речовин), прохолодну. Така вода не виявляє негативного впливу на нервово-психічний стан людини, не приводить до відмови від неї і не змушує шукати інші варіанти для задоволення спраги.

Нешкідливою за хімічним складом є така вода, вживання якої не приведе до виникнення неінфекційних захворювань хімічної етіології (ендемичних захворювань, техногенних хронічних і гострих отруєнь тощо) у людей і їх нащадків. Це повинно бути гарантованою для самих чутливих груп населення (немовлят, дітей, вагітних, людей літнього віку тощо), і в умовах використання її протягом усього життя, і з урахуванням імовірності комбінованої дії хімічних речовин при одночасній наявності у воді. Крім ендемічних хвороб і техногенних отруєнь, повинні бути виключені наслідки неспецифічної дії (зростання загальнозахворюваності внаслідок зниження опірності організму) і віддалені (мутагенні, канцерогенні, ембріотоксичні, тератогенні, гонадотоксичні, сенсibilізуючі, нейротоксичні) ефекти. Виходячи із цього, концентрація у воді небезпечних для здоров'я хімічних речовин не повинна перевищувати ГДК, установлених на основі глибоких санітарно-токсикологічних досліджень. У той же час питна вода повинна бути фізіологічно повноцінною, її мінеральний склад, вміст біомікроелементів (фтору, йоду, селену і т.п.) повинні бути адекватними біологічним потребам організму. Крім того, вода повинна бути нешкідливою в радіаційному відношенні, тобто містити безпечну кількість природних радіонуклідів і мати таку сумарну об'ємну  $\alpha$ - і  $\beta$ -радіоактивність, яка не перевищує гігієнічного нормативу.

Безпечною в епідемічному відношенні вважається вода, яка не може служити фактором передачі збудників інфекційних захворювань. Тобто вона не повинна містити небезпечних для здоров'я людини патогенних і умовно патогенних бактерій, вірусів, найпростіших, яєць гельмінтів тощо.

#### **Література:**

1. Гігієна води та водопостачання населених місць : навчальний посібник /Бабієнко В. В., Мокієнко А. В. – Одеса : Прес-кур'єр, 2021, 372
2. Гігієнічні проблеми водопостачання в Україні // Досвід та проблеми наукового супроводу проблем гігієнічної науки і практики / Прокопов В.О., 2011. – 106–132.

## ДЕРЖАВНИЙ КОНТРОЛЬ У СФЕРІ ЗАХИСТУ ЗДОРОВ'Я ТА САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ НАСЕЛЕННЯ

*Бурдюг В.С., Огнєв В.А. (керівник роботи)  
Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Забезпечення здоров'я населення та підтримка санітарно-епідеміологічного благополуччя є одним з основних завдань держави, які мають ключове значення для соціально-економічного розвитку країни. Державний контроль у сфері захисту здоров'я включає ряд заходів, спрямованих на профілактику захворювань, моніторинг епідеміологічної ситуації та забезпечення належних умов у сферах харчової безпеки, водопостачання, медичних послуг та довкілля. Особливої уваги вимагають питання ефективності та своєчасності заходів державного контролю, а також їх адаптація до сучасних умов і вимог. У цьому напрямку ключову роль відіграють відповідні органи державної влади, зокрема, Державна служба України з питань безпеки харчових продуктів та захисту споживачів (далі – Держпродспоживслужба), яка здійснює комплексний контроль за дотриманням санітарних норм та епідеміологічною ситуацією в країні [3].

Ефективність державного контролю у сфері захисту здоров'я населення та санітарно-епідеміологічного благополуччя значною мірою залежить від систематичності та комплексності заходів, які проводяться відповідними органами. Держпродспоживслужба відіграє ключову роль у забезпеченні належного рівня безпеки харчових продуктів, профілактиці інфекційних захворювань та підтримці загального санітарного стану в країні.

Держпродспоживслужба виконує ряд важливих функцій, спрямованих на забезпечення здоров'я населення та дотримання санітарно-епідеміологічних норм. Основними завданнями цього органу є:

Контроль за якістю та безпечністю харчових продуктів. Держпродспоживслужба здійснює перевірку харчових продуктів на всіх етапах їх виробництва, зберігання та реалізації. Це включає моніторинг дотримання санітарних норм на підприємствах харчової промисловості та в закладах громадського харчування.

Санітарно-епідеміологічний нагляд. Служба здійснює постійний моніторинг епідеміологічної ситуації, аналізує дані щодо захворюваності населення та впроваджує заходи для запобігання спалахам інфекційних хвороб.

Регулювання ринків та захист прав споживачів. Держпродспоживслужба контролює дотримання законодавства у сфері захисту прав споживачів, забезпечує відповідність товарів і послуг встановленим стандартам і нормам.

Профілактика інфекційних захворювань. Організація та проведення профілактичних заходів, включаючи вакцинацію, санітарно-просвітницькі кампанії та інформування населення про заходи запобігання поширенню інфекцій [1].

Сучасні виклики, такі як глобалізація ринків, зміни клімату, міграція населення та розвиток нових технологій, вимагають постійного вдосконалення системи державного контролю.

Використання цифрових інструментів для моніторингу та аналізу даних, автоматизація процесів контролю та нагляду підвищує оперативність та ефективність заходів. Це включає створення електронних баз даних, використання геоінформаційних систем для відстеження епідеміологічної ситуації та застосування аналітичних платформ для прогнозування ризиків.

Адаптація національного законодавства до міжнародних стандартів є важливим кроком для забезпечення відповідності сучасним викликам. Розробка нових нормативних актів, що враховують потреби суспільства, сприяє створенню ефективної системи контролю, здатної швидко реагувати на зміни в санітарно-епідеміологічній ситуації [3].

Проведення освітніх програм та інформаційних кампаній щодо здорового способу життя, профілактики захворювань та дотримання санітарних норм є важливим інструментом у зниженні рівня захворюваності. Інформування громадян про основні правила гігієни, методи профілактики та своєчасне звернення за медичною допомогою сприяє підвищенню загального рівня здоров'я населення та зменшенню навантаження на систему охорони здоров'я [1].

Слід зазначити, що війна в Україні створює безпрецедентні виклики для системи державного контролю за безпечністю харчових продуктів та захисту споживачів, яку здійснює Державна служба з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів. Основні труднощі пов'язані з порушенням логістики, обмеженим доступом до зон бойових дій, підвищеним ризиком спалахів інфекцій та зниженням доступу до ресурсів. У відповідь на ці виклики Держпродспоживслужба посилює моніторинг якості харчових продуктів, використовує мобільні лабораторії, співпрацює з міжнародними організаціями для забезпечення гуманітарної допомоги та проводить інформаційно-просвітницькі кампанії для населення. Активізація міжнародного співробітництва також відіграє ключову роль у забезпеченні ефективності заходів з охорони здоров'я [2].

Отже, державний контроль у сфері захисту здоров'я та санітарно-епідеміологічного благополуччя населення є ключовим для забезпечення громадського здоров'я, особливо в умовах сучасних викликів, таких як війна. Держпродспоживслужба ефективно адаптується до цих умов через посилений моніторинг, міжнародне співробітництво та впровадження сучасних технологій. Удосконалення нормативно-правової бази та підвищення освіченості населення залишаються важливими для забезпечення ефективного контролю та захисту здоров'я громадян.

#### **Література:**

1. Воронятніков О. О. Поняття та особливості державного контролю за забезпеченням санітарно-епідемічного благополуччя населення та нагляду за забезпеченням санітарно-епідемічного благополуччя населення. *Наукові записки. Сер.: право. Спецвипуск*. 2019. Вип. 7. С. 46–51.
2. Михайленко М. М., Діденко Н. Г. Актуальні питання реалізації політики у сфері санітарного та епідемічного благополуччя в умовах воєнного стану. *Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення*: матер. V наук. – практ. конф. з міжнар. участю на вшанування пам'яті М. Г. Гуревича (1891–1937). Харків, 2022. С. 171–173.

3. Сьомич М. І. Державний контроль за дотриманням законодавства в підприємствах харчової промисловості. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. № 3: веб-сайт. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1592> (дата звернення: 13.06.2024). DOI: 10.32702 / 2307-2156-2020.3.5

## ПРОЯВИ ДЕФІЦИТУ ВІТАМІНУ D СЕРЕД ОСІБ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

**Каук О.І., Крупеня В.І.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

За останні роки збільшилась кількість звернень людей похилого та старечого віку до лікарів загальної практики-сімейної медицини зі скаргами на м'язові болі та спазми, підвищену втомлюваність, регулярні болі в кістках та суглобах, подразнення шкіри, поганий сон, головний біль, зниження настрою, емоційну нестабільність, тривожність, печіння у горлі та у роті, втрату апетиту [1,2]. Зазвичай наявність різноманітних скарг у осіб похилого та старечого призводить до призначення великої кількості лабораторних та інструментальних методів дослідження або направлення цих пацієнтів до лікарів різних фахів (невролога, гастроентеролога, ортопеда, кардіолога, психіатра та інших). Хоча треба пам'ятати, що всі ці скарги можуть бути обумовлені недостатністю (дефіцитом) вітаміну D.

У людей похилого віку ймовірність розвитку дефіциту вітаміну D більш висока через кілька причин. У них потреба в вітаміні D вища, ніж у молодших людей. Вони зазвичай проводять значно менше часу на свіжому повітрі і таким чином не піддаються достатньою мірою дії сонячного світла [3, 4]. Особливо ця причина усугубилась протягом останніх 4-х років за рахунок спочатку карантинних обмежень з приводу пандемії COVID-19, а потім в зв'язку повномасштабними військовими діями та територією певних областей України.

Також вони можуть недостатньо піддаватися дії сонячного світла через те, що вони прив'язані до будинку, живуть у закладах довгострокового догляду або повинні перебувати тривалий час у лікарні [5].

Під впливом сонячного світла у їхній шкірі не утворюється достатньо вітаміну D. У їх раціоні харчування може бути так мало вітаміну D, що навіть прийом добавок, що містять вітамін D у низьких дозах (наприклад, 10 мікрограмів [400 одиниць] на добу), не запобігає дефіциту. Вони можуть страждати на певні захворювання або приймати ліки, які порушують переробку вітаміну D [6].

*Метою* нашого дослідження було виявлення розповсюдженості проявів дефіциту вітаміну D серед осіб похилого та старечого віку Харківської області.

*Обговорення результатів:* дослідження проводилось на базі Навчально-наукового медичного центру «Університетська клініка ХНМУ». Групу дослідження склали 148 осіб, з них 92 особи у віці від 65 до 75 років (69,6 % – чоловіки та 30,4 % – жінки) та 56 особи у віці від 76 до 92 років (85,7 % – жінки та 14,3 % – чоловіки). Всі пацієнти звернулися на консультацію до невролога з приводу наявності певних скарг: 91,9 % турбував постійний головний біль,

86,5 % скаржились на підвищену втомлюваність, 75,7 % відмічали м'язові спазми, переважно в литкових м'язах, зниження настрою відмічали 73,6 %, емоційну нестабільність – 66,9 %, підвищену тривожність – 64,7 %.

Методи дослідження включали ретельне соматичне та неврологічне дослідження, психологічне тестування та дослідження певних лабораторних показників: клінічний та біохімічний аналіз крові, вміст 25(OH)D – 25 гідроксікальциферолу в сироватці крові.

При аналізі показників вмісту 25(OH)D – 25 гідроксікальциферолу в сироватці крові були отримані наступні дані: 51,4 % пацієнтів мали рівень 25(OH)D – 25 гідроксікальциферолу в межах  $56 \pm 8,6$ , що відповідає недостатності вітаміну D, а 45,9 % пацієнтів мали рівень 25(OH)D – 25 гідроксікальциферолу в межах  $28 \pm 7,9$ , що відповідає дефіциту вітаміну D.

Хотілось би зазначити, що існувала певна кореляція вмісту 25(OH)D – 25 гідроксікальциферолу в залежності від віку: в групі осіб похилого віку (65–75 років) недостатність вітаміну D спостерігалась у 75 % пацієнтів, а прояви дефіциту – у 42,4 % пацієнтів. В той час як в групі старечого віку (76–92 років) недостатність вітаміну D спостерігалась у 32,1 % пацієнтів, а прояви дефіциту – у 69,6 % пацієнтів.

**Висновки.** В популяції осіб похилого та старечого віку дуже розповсюджений дефіцит (недостатність) вітаміну D, що обумовлено насамперед достатнім часом перебування під дію сонячного світла та особливостями харчування. Це треба враховувати при спостереженні за даною категорією людей та проводити своєчасну корекцію, як за рахунок зміни способу життя (більше часу проводити на свіжому повітрі, приймати дозовані сонячні інсоляції в безпечний час, вживати продукти харчування збагачені вітаміном D), так й проведення медикаментозної терапії.

#### **Література:**

1. Rockwood K, Stadnyk K, MacKnight C, McDowell I, Hebert R, Hogan DB. A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people. *Lancet*. 1999;353(9148):205-206. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)04402-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)04402-X)
2. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146-M156.
3. Skaaby T, Thuesen BH, Linneberg A. Vitamin D, Sarcopenia and Aging *Front Horm Res. Basel (Karger)*, 2018; 50: 177–188. <https://doi.org/10.1159/000486084>
4. Kühn J, Trotz P, Stangl GI. *Z Gerontol Geriat*. 2018; 51: 567. <https://doi.org/10.1007/s00391-018-1390-z>
5. Halfon M, Phan O, Teta D. Vitamin D: A Review on Its Effects on Muscle Strength, the Risk of Fall, and Frailty. *BioMed Research International*. 2015;2015Article ID 953241): 11. <https://doi.org/10.1155/2015/953241>
6. Kojima G, Iliffe S, Tanabe M. Vitamin D supplementation as a potential cause of U-shaped associations between vitamin D levels and negative health outcomes: a decision tree analysis for risk of frailty. *Geriatrics*. 2017; 17: 236. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0631-0>

## ВПЛИВ ЗМІН КЛІМАТУ ТА СТАНУ ЯКОСТІ ПОВІТРЯ У ПЕРІОД ПОВНОМАСШТАБНОГО ВТОРГНЕННЯ НА ПОШИРЕНІСТЬ АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У НАСЕЛЕННЯ

**Усенко С.Г., Ковальчук С.В., Тімченко К.С.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

*Вступ.* Поширеність алергічних захворювань у світі з кожним роком зростає, чому беззаперечно сприяє зміна клімату та стан якості повітря. За останні 60 років спостерігається зростання епідемічної поширеності алергічних розладів, яка, як очікується, досягне 4 мільярдів у 2050-х роках [3].

Відповідно до новітніх досліджень за час повномасштабного вторгнення визначені середньодобові концентрації озону, що перевищували чинний в Україні гігієнічний норматив майже в 3 рази [1]. Дослідники розглядають такий рівень як нехарактерно високий і пов'язують з веденням активним бойових дій та їх наслідками: ракетними обстрілами, пожежами, активним переміщенням осіб з зони бойових дій та великою потребою у відбудові інфраструктури [2].

Швидке збільшення концентрації CO<sub>2</sub>, метану та закису азоту в атмосфері вважають рушійним чинником зміни клімату у вигляді підвищення температури за рахунок споживання енергії кліматичною системою, що призводить до глобального потепління. У свою чергу, підвищення рівня глобальних і місцевих температур сприяє появі пилоквих рослин в місцях, що не є ендемічними для даних рослин, та подовженню часу й величини виділення пилку, що пояснюється прискореним і швидшим ростом, ранніми та довшими сезонами цвітіння та збільшенням кількості алергенних білків, що містяться в структурі. Дані зміни призводять до підвищення алергічних властивостей пилоквих рослин та зростання кількості цього типу захворювань [3, 4]. Для України великою проблемою сьогодні є збільшення поширеності роду амброзії, зокрема амброзії широколистої, що є інвазійним видом та становить загрозу не лише для фауни екосистеми нашої країни, але і погіршує життя частини населення, котра характеризується підвищеною сприйнятливістю до алергенних чинників. Зокрема, за даними картографування визначено, що велика кількість пилоквих рослин розміщені в східній частині Європи, зокрема в Україні, порівняно з країнами Північної та Південної Європи [3].

*Мета дослідження.* Дослідити наявність зв'язку між зміною кліматичних умов, станом якості повітря та поширеністю алергічних захворювань, зокрема, вперше виявлених у період від початку повномасштабного вторгнення.

*Матеріали та методи.* Проведено анонімне анкетування з використанням платформи Google Forms з статистичною обробкою результатів та формуванням висновків, здійснено огляд літератури та актуальних даних за темою дослідження.

*Результати та їх обговорення.* В опитуванні взяли участь 101 особа з різних міст України та світу. З них 64,4 % – жіночої статі, 35,6 % – чоловічої. Розподіл за віком: 18,8 % – 15–18 років, 37,6 % – 19–21 рік, 25,7 % – 22–25 років, 9,9 % – 26–29 років, 2 % – 30–35 років, 5,9 % – 36+ років. За територіальним розташуванням, 2 % респондентів проживають у Німеччині, 1 % – у Норвегії.

На території України: 30,7 % – у Харківській області, 11,8 % – у Волинській, 13,9 % – у Київській, 9,9 % – у Львівській, 8,9 % – у Полтавській, 5,9 % – у Дніпровській, 4 % – у Вінницькій, 4 % – в Одеській, 3 % – у Рівненській, 2 % – у Сумській, 1 % – у Івано-Франківській, 1 % – у Тернопільській, 1 % – у Донецькій.

Серед респондентів 57,4 % є здобувачами вищої освіти, 24,8 % мають вищу освіту, 13,9 % мають повну загальну середню освіту, 4 % мають професійно-технічну освіту. 46,5 % опитуваних відповіли, що стикаються у своїй роботі з провокуючими факторами та алергенами, з них: 32,7 % – з хімічними речовинами, 13,9 % – з харчовими алергенами, 12,9 % – з іонізуючим випромінюванням, 11,9 % – з парниковими газами. 77,2 % мали алергічні захворювання до повномасштабного вторгнення, серед яких алергічний риніт (60 %), харчова алергія (33,8 %), алергія на тварин (26,3 %), астма (23,8 %), atopічний дерматит (20 %). Серед типових алергічних симптомів, які проявлялись у хворих: почервоніння та свербіж очей (63,7 %), чхання, нежить (62,5 %), кашель (48,8 %), шкірні висипання (43,8 %), задишка, хрипи (23,8 %).

Також 58,4 % опитуваних спостерігали збільшення частоти епізодів алергічних захворювань у весняно-осінній період, з них 62,5 % пов'язували це загострення з поширенням пилку рослинами у період їх цвітіння. 37,6 % відмітили подовження епізодів загострень захворювань у весняно-осінній період після початку повномасштабного вторгнення, 14,9 % – незначне подовження цих епізодів. У 31,7 % респондентів алергічні захворювання з'явилися вперше після початку повномасштабного вторгнення, з них такі симптоми, як: кашель (57,7 %), почервоніння та свербіж очей (46,2 %), чхання, нежить (34,6 %), шкірні висипання (34,6 %), напади астми, хрипи (17,3 %). Треба відмітити, що 58,4 % опитаних змінювали місце проживання після початку повномасштабного вторгнення, з них 37,5 % відмітили погіршення епізодів алергічних захворювань та 31,9 % пов'язували це зі зміною місця проживання. 45,5 % мають на території місця проживання заводи або фабрики з виготовлення хімічних речовин, викидом шкідливих речовин у повітря. 60,4 % зазначили збільшення кількості звернень за спеціалізованою медичною допомогою зі скаргами на симптоми алергічних захворювань. 55,4 % помітили, що стали використовувати більше медикаментів для полегшення епізодів алергії після початку повномасштабного вторгнення.

*Висновок.* Внаслідок воєнних дій у значної частини населення України відмічається поява та загострення алергічних симптомів. Цьому сприяють фактори екзогенного походження, зокрема зміна клімату, збільшення кількості пилкових рослин та зміна структури пилка, забруднення повітря озonom, а також гіподинамія, стрес, нерациональне харчування, порушення режиму дня. Необхідно привертати увагу науковців та населення до даної проблеми та розробити заходи контролю складу повітря, зменшення кількості амброзії широколистої в густонаселених районах, забезпечити належну спеціалізовану медичну допомогу в усіх регіонах країни.

#### **Література:**

1. ВІЙНА В УКРАЇНІ: ЗАБРУДНЕННЯ АТМОСФЕРНОГО ПОВІТРЯ ОЗОНОМ ТА ЗМІНИ КЛІМАТУ: матеріали конференції до 140-річчя з дня народження О.М. Марзєєва (19-ті марзєєвські читання). Турос О.І.,

Петросян А.А., Маремуха Т.П., Брезіцька Н.В., Михіна Л.І., Кобзаренко І.В. Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України», м. Київ

2. ВПЛИВ РОСІЙСЬКОЇ ВІЙНИ В УКРАЇНІ НА КЛІМАТ. Ініціатива з обліку викидів парникових газів внаслідок війни / Ленард де Клерк, Микола Шлапак та ін. – 64с.

3. Climate change and allergic diseases: An overview. A. B. Singh and Pawan Kumar. PMID: 36310569 2022 Oct 13. doi: 10.3389/falgy.2022.964987

4. MAKING THE CONNECTION: CLIMATE CHANGES ALLERGIES AND ASTHMA. American Public Health Association and ecoAmerica

## **АНАЛІЗ ЧИННИКІВ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ТРИВАЛІСТЬ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ**

*Головня Н.Ю., Гришук С.М. (керівник роботи)*

*Житомирський медичний інститут*

*Житомирської обласної ради, м. Житомир*

*Актуальність проблеми.* На сьогодні демографічна ситуація в Україні досягла піку кризи, що проявляється не лише негативною тенденцією низького рівня народжуваності, високого рівня смертності, негативного природного приросту, але й низькою очікуваною тривалістю життя населення. Причиною цього є військові дії в нашій країні, а також відсутність чи недовість передумов для підвищення тривалості життя [1]. Діяльність системи громадського здоров'я має бути спрямована на захист і зміцнення здоров'я населення, запобігання захворюванням інфекційної та неінфекційної етіології, покращення якості та збільшення тривалості життя [2, 3]. Для формування ефективного плану щодо якісних демографічних зрушень доцільно дослідити фактори, що спричиняють скорочення тривалості життя населення [4].

*Мета дослідження:* визначити та проаналізувати вплив ендогенних та екзогенних чинників на тривалість життя населення.

*Матеріали та методи:* застосовано бібліосемантичний метод, що передбачав аналіз даних наукової літератури, метод системного аналізу та логічного узагальнення.

*Результати та їх обговорення.* Наразі середня тривалість життя у країнах Європейського Союзу сягає 80 років. За результатами аналізу даних Державної служби статистики з'ясовано, що в Україні до початку повномасштабного вторгнення росії середня тривалість життя серед чоловічого населення складала 66 років, а серед жіночого – 76 років. Загалом середня очікувана тривалість життя в Україні складає 72 роки [5].

У результаті дослідження чинників, що визначають тривалість життя, з'ясовано, що вони проявляють екзогенний (зовнішній) та ендогенний (внутрішній) вплив. Категорію «внутрішніх» факторів представляють вік, стать та спадковість. Особливістю цих факторів є те, що вони не піддаються коригуванню. Представниками факторів «зовнішнього» впливу є стан екології, економічний стан країни та власне матеріальне становище (рівень доходів),

соціальні фактори (доступ до базових послуг, зокрема медицини), поведінкові фактори (спосіб життя).

Згідно з оцінкою експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), рівень впливу зовнішніх та внутрішніх факторів на тривалість життя різний. Зокрема, внесок системи охорони здоров'я оцінюється лише в 10,0 %. Частка факторів зовнішнього середовища та спадковості в контексті впливу на тривалість та якість життя становить по 20,0 %. Тоді як фактором, який є керованим та має найвищий рівень впливу (50,0 %) на тривалість життя, є спосіб повсякденного життя людини, у т.ч. умови праці, повсякденні звички, моральне та психологічне навантаження, матеріально-побутові умови [6].

Проаналізуємо характер впливу ендегенних та екзогенних факторів на тривалість життя.

*Спадковий фактор.* Тривалість життя є залежною від генетичних чинників. Результати досліджень довголіття серед близнюків засвідчили, що успадкування тривалості життя в людини становить близько 30 %.

*Стать.* Жінки загалом живуть довше за чоловіків, іноді навіть на десятиліття. На це впливають не лише біологічні відмінності, але й низка факторів, зокрема чоловіки частіше працюють на фізично важких і небезпечних роботах, а також більш схильні до шкідливих залежностей.

*Вік.* Характерний розвиток асоційованих з віком захворювань, що скорочують тривалість життя, внаслідок передчасної смерті [7].

*Екологічний стан.* За оцінками ВООЗ, чверть усіх смертей у світі пов'язана з факторами навколишнього середовища (низька якість повітря та води, незадовільні санітарні умови, вплив токсичних хімічних речовин тощо). Загалом рівень забруднення атмосферного повітря вищий за середній збільшує загальний ризик смерті на 20 %. При цьому можливість померти від серцево-судинних захворювань збільшується на 17 % [8].

*Соціальні фактори.* Соціальний захист, житлові умови, родина та психологічний клімат у ній, організація дозвілля, релігійні ідеї, традиції орієнтують людину на формування, збереження власного здоров'я та формують розуміння відповідальності за його стан. Доступність, рівень та якість системи охорони здоров'я забезпечують своєчасну діагностику хвороб, проведення лікування, надання рекомендацій з формування здорового способу життя та ефективну профілактику захворювань, що у комплексі сприяє підвищенню тривалості життя. Водночас, відсутність адекватної системи медичної допомоги, навпаки, знижує тривалість життя [8].

*Стан економіки,* у т.ч. низький рівень доходів (матеріальне забезпечення), безробіття, знижують якість життя та відповідно скорочують кількість прожитих років.

*Спосіб життя.* На сьогодні визначальним фактором, який проявляє істотний зовнішній вплив на тривалість життя є спосіб життя, якого дотримується людина у повсякденному житті, зокрема це харчова поведінка, фізична активність, шкідливі звички, розпорядок дня, психологічна рівновага. Науково доведено, що нездоровий спосіб життя значно скорочує тривалість життя, водночас дотримання його стандартних рекомендацій його подовжує щонайменше на 17 років [9].

Основними проявами нездорового способу життя є тютюнопаління, зловживання алкоголем, гіподинамія, нерациональні харчові звички, які не лише

погіршують поточний стан здоров'я, але й спричинюють випадки передчасної смерті серед працездатного населення (близько 60,0 %) через розвиток та прогресування хронічних неінфекційних захворювань та середньому зменшують очікувану тривалість життя на 7,4–17,9 років [10].

Регулярне зловживання алкоголем скорочує тривалість життя на 5–7 років. За оцінками ВООЗ, високий рівень споживання алкоголю в Україні спричинює 12,0 % тягаря хвороб [11].

Наявність регулярної фізичної активності, правильний режим праці та відпочинку також подовжують тривалість життя та його якість [12]. Розпорядок дня має передбачати раціональний час для роботи, відпочинку та сну. Здоровий сон подовжує тривалість життя, а уміння протистояти стресу, психоемоційним напруженням безсумнівно сприяє довголіттю [2].

*Висновки та перспективи подальших досліджень.* Визначено, що збереженню здоров'я та подовженню тривалості життя сприяє здоровий спосіб життя, що включає раціональний розпорядок дня, рухову активність, підтримання врівноваженого нервово-психічного стану, раціональне харчування, відсутність шкідливих звичок. У перспективі плануємо дослідити сучасні тенденції тривалості життя в Україні та світі.

### **Література:**

1. Кенсичка І., Пальчук М. Компоненти здорового способу життя студенток вищих навчальних закладів. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*. 2016. Вип. № 2. С. 29–31.

2. Романова Н.Ф. Становлення та розвиток політики здорового способу життя. *Вісник Харківської державної академії культури*: збірник наукової праці / за ред. В.М. Шейка. м. Харків: ХДАК. Вип. 45. 2014. С. 282–284.

3. Буката А.О., Гришук С.М. Використання статистичних даних для розробки стратегій здорового способу життя. Матеріали VI науково-практичної конференції з міжнародною участю «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення». Харків. 2023. С. 203-205.

4. Ціборовський О.М. Здоров'я населення і фактори ризику, що впливають на його стан, як об'єкт управління (огляд літератури). *Україна. Здоров'я нації*. № 2. 2015. С. 13-21.

5. Середня тривалість життя в Україні. [Електронний ресурс]. URL: <https://suspilne.media/133692-aka-seredna-trivalist-zitta-v-ukraini-dani-derzstatu/>.

6. Шикунський С.В., Моначин І.Л. Сучасні дослідження проблеми здорового способу життя. *Актуальні задачі сучасних технологій*: збірник тез доповідей IX Міжнародної науково-технічної конференції молодих учених та студентів. 2020. С.184-185.

7. Любінець О. В. Медико-соціальне обґрунтування подовження середньої очікуваної тривалості життя населення України : дис. – спец. 14. 02. 03 «Соціальна медицина»/ О.В. Любінець.–Київ, 2011.–41 с, 2011.

8. Бойко Ю. О. Соціальні фактори сьогодення, які впливають на життя та здоров'я людини. *Безпека життя і діяльності людини: теорія та практика*: збірник наукових праць Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Полтава, 2019. С. 131-134.

9. Брюшков К.Ю. Здоровий спосіб життя – шлях до активного довголіття! *Проблеми формування здорового способу життя у молоді*: збірник

матеріалів XIV Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих учених та студентів з міжнародною участю. м. Одеса, 2021. С. 14–16.

10. Саповська А.М. Статистична оцінка рівня життя населення в Україні. *Прикладна статистика: проблеми теорії та практики*. № 13. 2013 р. С. 395.

11. Бойко Ю.С. Пропагування здорового способу життя серед молоді: методичні рекомендації. Умань: ФОП Жовтий О.О. 2014. 120 с.

12. Галазюк В., Коваль В., Кононенко Г. Фізична активність–найлегший шлях до довголіття та боротьби з гіподинамією. *Актуальні проблеми фізичного виховання різних верств населення*. 2020. С. 52. <https://journals.urau.ua/hdafk-tmfv/article/view/249443>.

## **ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я ТА ЇХНІЙ ВПЛИВ НА РОЗВИТОК ГІПЕРТЕНЗИВНИХ РОЗЛАДІВ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ**

***Лісова Є.М., Александрова К.В., Сокол К.М., Подпрядова А.А.***

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

*Вступ.* Гіпертензивні розлади, що виникають під час вагітності, такі як преєклампсія та гестаційна гіпертензія, становлять значну загрозу для здоров'я матері та плода. Розуміння детермінант здоров'я, що впливають на розвиток цих розладів, є ключовим для розробки ефективних профілактичних та лікувальних заходів. Детермінанти здоров'я охоплюють широкий діапазон факторів, включаючи генетичні, соціальні, екологічні та поведінкові аспекти. Врахування всіх цих факторів дозволяє краще зрозуміти механізми розвитку гіпертензивних розладів та формувати комплексний підхід до їх попередження і лікування.

*Мета.* Визначити основні детермінанти здоров'я, які впливають на розвиток гіпертензивних розладів під час вагітності. Проаналізувати вплив генетичних, соціальних, екологічних та поведінкових факторів на ризик виникнення гіпертензії у вагітних жінок. Оцінити взаємозв'язки між детермінантами та їх впливом на здоров'я матері та плоду.

*Матеріали і методи.* Проведено опитування 20 жінок, які перебувають на терміні гестаційного віку від 11 до 13 тижнів, віком від 21 до 42 років. Усі учасниці дали інформовану згоду на участь. Розроблено структуровану анкету, що охоплює питання про демографічні характеристики, медичну історію, наявність стресу, харчування та інші фактори, які можуть впливати на ризик розвитку гіпертензії під час вагітності.

*Результати дослідження.* Середній вік учасниць склав 29 років. 12 жінок (60,0 %) мали вищу освіту, 8 жінок (40,0 %) – середню спеціальну освіту. Серед 18 жінок (90,0 %) з середнім або високим соціально-економічним статусом, 5 (27,8 %) мали підвищення артеріального тиску (АТ). Серед 2 жінок (10,0 %) з низьким соціально-економічним статусом, 1 (50,0 %) мала преєклампсію.

Серед 14 жінок (70,0 %) з проживанням у містах з вищим рівнем забруднення повітря, 6 (42,9 %) мали підвищення кров'яного тиску. Серед 6 жінок (30,0 %) з проживанням у сільській місцевості, 2 (33,3 %) мали підвищення кров'яного тиску.

Проаналізовано поширеність супутніх захворювань: 5 жінок (25,0 %) мали хронічні захворювання, такі як цукровий діабет або хвороби нирок; 3 жінки (15,0 %) повідомили про гіпертензію в попередніх вагітностях; у 2 жінок (10,0 %) було зафіксовано підвищення АТ на момент опитування. Серед жінок з наявністю гіпертензії в попередніх вагітностях, всі (100,0 %) мали підвищення АТ під час теперішньої вагітності. Серед жінок без попередньої історії гіпертензії, 5 з 17 (29,4 %) мали підвищення АТ на момент опитування.

Оцінено спосіб життя: 10 жінок (50,0 %) здійснювали фізичну активність понад 3 години на тиждень, 6 жінок (30 %) – від 1 до 3 годин, 4 жінки (20,0 %) – менше 1 години. На питання щодо наявності шкідливих звичок 17 жінок (85,0 %) відповіли, що їх не мають. Натомість 3 (15,0 %) жінки палять сигарети, з них у 2 (66,7 %) з них розвинулась гестаційна гіпертензія. 13 жінок (65,0 %) дотримувалися здорового харчування з низьким вмістом солі і високим вмістом фруктів і овочів; тому лише у 2 (15,4 %) з них виник підвищений АТ. Досліджувався рівень стресу: 8 жінок (40,0 %) оцінюють рівень стресу як високий, 6 жінок (30,0 %) – як середній, 6 жінок (30 %) – як низький. Основними джерелами стресу були: війна (7; 35,0 %), робота (6; 30,0 %), фінансові проблеми (5; 25,0 %), особисті відносини (2; 10 %). Серед з високим рівнем стресу, 6 (75,0 %) мали підвищення АТ; серед жінок з середнім рівнем стресу – 2 (33,3 %); серед жінок з низьким рівнем стресу жодна не мала підвищення АТ.

На запитання про самоконтроль АТ, 12 жінок (60 %) відповіли, що регулярно контролюють рівень АТ; з них у 4 (33,3 %) було зафіксовано підвищення АТ під час вагітності. Не контролюють свій рівень АТ на момент опитування 8 жінок (40 %), тому 4 (50,0 %) з них мали підвищення АТ.

*Обговорення результатів дослідження.* Проведене дослідження підтвердило, що гіпертензивні розлади під час вагітності мають багатофакторну природу, і на їх розвиток впливають як генетичні, так і соціальні, екологічні та поведінкові детермінанти. Жінки з історією гіпертензії у попередніх вагітностях мають значно вищий ризик повторного підвищення артеріального тиску в наступних вагітностях. Соціально-економічний статус відіграє значну роль у розвитку гіпертензивних розладів. Жінки з низьким рівнем доходу та освіти частіше мають підвищений тиск, що вказує на необхідність уваги до соціальних нерівностей у сфері охорони здоров'я. Проживання в умовах високого рівня забруднення повітря підвищує ризик виникнення гіпертензії під час вагітності, що свідчить про значний вплив екологічних чинників на здоров'я матері та плода. Регулярна фізична активність та здорове харчування знижують ризик підвищення артеріального тиску, тоді як паління сигарет та низька фізична активність значно збільшують цей ризик. Крім того, самоконтроль артеріального тиску є важливим чинником у профілактиці гіпертензії, оскільки жінки, які контролюють рівень тиску, рідше стикаються з його підвищенням. Високий рівень стресу, спричинений війною, роботою чи фінансовими проблемами, прямо корелює з підвищенням артеріального тиску. Це підкреслює важливість підтримки емоційного та психічного здоров'я під час вагітності.

*Висновки.* Отже, комплексний підхід до профілактики та лікування гіпертензивних розладів під час вагітності враховує вплив детермінантів здоров'я. Оцінка кожного з них допоможе покращити результати вагітності та здоров'я матері та плода. Профілактичні програми повинні акцентувати увагу

на освітніх заходах щодо здорового способу життя, стрес-менеджменту та своєчасного контролю артеріального тиску, що допоможе знизити частоту ускладнень.

#### **Література:**

1. Amana Jilo, Nurye Sirage, Dube Jara, Zewdu Dagne, Determinants of hypertensive disorders during pregnancy among women admitted to Bule Hora University Teaching Hospital, West Guji Zone, Southern Ethiopia, International Journal of Africa Nursing Sciences, Volume 20, 2024, 100677, ISSN 2214-1391, <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2024.100677>.

2. Harris M, Henke C, Hearst M, Campbell K. Future Directions: Analyzing Health Disparities Related to Maternal Hypertensive Disorders. J Pregnancy. 2020 Aug 1; 2020:7864816. doi: 10.1155/2020/7864816. PMID: 32802511; PMCID: PMC7416270.

## **МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ КОСМЕТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕДУР У ФОРМУВАННІ САМООЦІНКИ ТА ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ**

**Макарук Ю.Г., Трегуб П.О.** (керівник роботи)  
*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

*Вступ.* У сучасному суспільстві зовнішній вигляд є важливим чинником у формуванні не лише соціальної ідентичності, але й психологічного благополуччя людини. Особливо це стосується молодих людей, які активно прагнуть відповідати стандартам краси, що нав'язані медіа та соціальними мережами. Молодь стає вразливою до соціального тиску, що стимулює їх до косметологічних втручань, таких як ін'єкції ботоксу, філери, пілінги та лазерна корекція. Проте вплив цих процедур на психологічний стан молоді та їхню самооцінку залишається маловивченим. Ці втручання не лише змінюють зовнішність, але й безпосередньо впливають на психологічний комфорт та соціальну адаптацію.

Опис досліджуваної проблеми. Соціальні та медичні аспекти косметологічних процедур охоплюють комплекс взаємопов'язаних процесів. На перший план виходить психологічний аспект: косметологічні втручання часто стають способом боротьби із низькою самооцінкою, що розвивається внаслідок несприйняття власної зовнішності. Проблема полягає у впливі суспільних стандартів краси на молоді, яка піддається тиску ідеалізованих образів. Однак багато молодих людей, звертаючись до косметологічних послуг, стикаються із розчаруванням через невідповідність очікувань від процедури та реальних результатів. Це призводить до різкого падіння самооцінки і навіть до поглиблення психологічних проблем.

*Мета дослідження.* Метою даного дослідження є аналіз медико-соціальних особливостей косметологічних процедур у формуванні самооцінки та психологічного благополуччя молодих людей. Дослідження спрямоване на визначення позитивних та негативних аспектів косметологічних втручань, а також на виявлення чинників, які сприяють підвищенню або погіршенню психологічного стану молоді після процедури.

### *Ключові знахідки:*

#### *1. Вплив косметологічних процедур на самооцінку:*

Молодь, яка звертається до косметологічних процедур, прагне не лише поліпшити свій зовнішній вигляд, а й підвищити самооцінку, зменшити тривожність та покращити соціальні взаємини.

Після успішних процедур більшість пацієнтів відзначає підвищення впевненості в собі, збільшення соціальної активності та зменшення занепокоєння щодо своєї зовнішності.

#### *2. Психологічні наслідки косметологічних втручань:*

Короткочасне підвищення самооцінки може бути стійким лише за умов наявності позитивного соціального фідбеку. Однак процедури, що не виправдали очікувань або мали побічні ефекти, можуть призвести до поглиблення тривожності та депресивних станів.

У певних випадках косметологічні втручання можуть викликати психологічну залежність. Молоді люди починають прагнути до подальших процедур у пошуках ідеалу, що часто призводить до зниження самооцінки у довгостроковій перспективі.

#### *3. Соціальний вплив та роль медіа:*

Соціальні медіа формують уявлення про «ідеальну» зовнішність, що створює додатковий тиск на молодь. Це призводить до того, що косметологія стає інструментом для досягнення відповідності цим стандартам.

Результати дослідження показують, що молодь після косметологічних процедур очікує підвищення соціальної привабливості та покращення взаємин з оточенням, проте в реальності цей ефект не завжди є тривалим або стійким.

#### *Результати дослідження*

*1. Косметологічні процедури можуть мати позитивний вплив на самооцінку у короткостроковій перспективі:*

Підвищення самооцінки і зростання впевненості у собі після процедури відзначають приблизно 70 % пацієнтів, які задоволені результатом втручання.

Успішне покращення зовнішності сприяє зниженню рівня соціальної тривожності та збільшенню соціальної активності, зокрема у професійному та особистому житті.

#### *2. Негативні наслідки та ризики:*

Приблизно 30 % пацієнтів, які не отримали очікуваного результату, відзначають погіршення психологічного стану, що в деяких випадках призводить до розвитку депресивних або тривожних розладів.

Важливо зазначити, що косметологічні втручання, які проводяться без попередньої психологічної підготовки та консультування, можуть мати негативні наслідки для пацієнта, особливо якщо спочатку не була врахована його психоемоційна готовність до змін у зовнішності.

#### *3. Гендерні відмінності у використанні косметологічних процедур:*

Більшість клієнтів косметологів – це жінки, проте останніми роками зростає кількість чоловіків, які також звертаються до косметологічних послуг для покращення зовнішності та підвищення самооцінки.

Гендерні відмінності у впливі процедур на самооцінку також мають місце: жінки більше орієнтовані на естетичний результат, тоді як чоловіки – на підвищення соціального статусу та впевненості у професійних колах.

## **Висновки**

Косметологічні процедури мають значний вплив на самооцінку та психологічне благополуччя молодих людей, допомагаючи підвищити впевненість у собі й зменшити тривожність. Проте цей ефект часто є тимчасовим і не завжди веде до стійкого покращення внутрішнього стану. Невдалі процедури або невідповідність очікуванням можуть погіршити психологічне благополуччя, викликати тривогу або депресивні стани. Водночас існує ризик розвитку естетичної залежності, коли людина постійно прагне нових втручань для досягнення ідеалізованого образу. Для досягнення стійких позитивних результатів важливо, щоб косметологічні втручання супроводжувалися психологічною підтримкою, що забезпечить тривале покращення як зовнішнього вигляду, так і внутрішнього комфорту.

## **Література:**

1. Кеш, Т. Ф. Психологія фізичного вигляду: естетика, атрибути та образи. У Т. F. Cash & Т. Pruzinsky (Eds.), *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. Нью-Йорк: Guilford Press, 2002, стор. 171–179.
2. Sarwer, D. V., Csergand, С. Е. Зображення тіла та косметичні медичні процедури. *Body Image*, 2004. Вип. 1(1), С. 99–111.
3. Von Soest, Т., Kvaalem, I.L., Skolleborg, К.С., Roald, Н.Е. Психологічні фактори, що передбачають мотивацію до косметичної хірургії. Пластична та реконструктивна хірургія, 2009. Вип. 124 (1), стор. 304–312.

## **ВПЛИВ ДЕТЕРМІНАНТІВ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ НА ЗДОРОВ'Я ІНДИВІДУУМУ**

**Сіренко П.О.<sup>1,2</sup>, Жіденс Я.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

<sup>2</sup>*Латвійська академія спортивної освіти, Рижський університет  
Страдіня, м. Рига, Латвія*

*Вступ.* Підвищення інтенсивності зовнішнього впливу на організм сучасної людини примушує нас зіштовхуватись з проблемою термінового та довготривалого визначення основних детермінантів рухової активності [1]. Детермінантів, що регламентують відповідь гуморальних та морфологічних систем організму на ендогенну складову. Такими є окремі детермінанти рухової активності а саме комплексні програми оздоровчої фізичної терапії, та тих, які спрямовані на оптимізацію працездатності людей активного способу життя та спортсменів.

Із загальною кількістю ми відокремимо декілька, що обумовлюють здоров'я індивідууму, фізичну працездатність, зміст та структуру навантаження за певних умов зовнішньої протидії. Людина з активним життєвим поглядом або спортсмен внаслідок розвитку дистанційних візуальних технологій намагається застосовувати певні фізичні складові впливу на свій організм без достатньої раціоналізації у їх побудові [2]. Організація процесу фізичної активності не завжди базується на обґрунтованих фізіологічних показниках [3]. У зв'язку із обмеженням даних щодо рухової активності та недостатнім рівнем її організації, зростає відсоток людей із підвищеним відсотком поверхневого

жиру, недостатньо розвиненою структурою скелетних м'язів та рівнем гнучкості. Ці фактори не лише знижують якість повсякденного життя але й підвищують рівень травматизму, зменшують ефективність виконання змагальних дій в спорті [4].

*Мета дослідження* – виявити ефективність впливу на здоров'я індивідууму окремих детермінантів рухової активності.

*Матеріал та методи дослідження.* Дослідження передбачало визначення впливу детермінантів рухової активності на здоров'я досвідчених спортсменів в структурі загально підготовчого етапу підготовчого періоду.

У дослідженні взяли участь досвідчені спортсмени ациклічного виду спорту (n=19, вік 20 – 36 років, стаж занять спортом – від 10 і більше років).

Під час клінічного річного медичного контролю (1 раз на рік) в структуру діагностики серцево-судинної системи нами були додане визначення аеробного, анаеробного порогів, максимального пульсу. Використовували діагностичну систему для визначення пульсових меж аеробної продуктивності, показники визначені у ЧСС на хвилину. Під час етапного медичного контролю (1 раз на місяць) були визначені об'єм грудної клітини (фаза максимального вдику та видиху), фізіологічні поперечники: гомілка (нижня, найбільш «широка», верхня третина та стегно (верхня середня та нижня третини). Використовували діагностичну рулетку Hubdirect, Англія, показники визначені у сантиметрах. Під час оперативного медичного контролю (щодня протягом базового мезоциклу підготовчого періоду) було визначено вагу, артеріальний тиск та відсоток підшкірного жиру. Використовували електронну підлогову вагу Omron, Японія з можливістю вимірювання відсотку жиру на підставі даних біоелектричного імпедансу та напівмеханічний тонометр Omron, Японія.

На підставі отриманих даних етапного та оперативного контролю були впроваджені педагогічні методи та засоби тренувального впливу на організм спортсменів протягом базового мезоциклу загальнопідготовчого етапу підготовчого періоду. Даний фрагмент періодизації був обраний, оскільки саме протягом даного проміжку часу передбачалася середня інтенсивність навантаження (застосовувалася здебільшого в зоні аеробної та силової спрямованості), у відповідності добовій мобільності фізично активної людини.

Був проведений аналіз, систематизація впроваджених методик у відповідності до персоналізованого впливу на здоров'я. Основними детермінантами впливу розглядали педагогічні методики аеробної та силової спрямованості впроваджені для розвитку загальної, силової витривалості, нормалізацію відсотку поверхневого жиру, розвитку морфологічної структури та гнучкості м'язів поясу нижніх кінцівок (ПНК).

Отримані підсумкові матеріали були опрацьовані відомими методами математичної статистики та внесені до електронної бази даних.

*Результати.* Нами було виявлено позитивний ефект впливу на здоров'я індивідууму окремих детермінантів рухової активності, спрямованих на нормалізацію відсотку поверхневого жиру, розвитку морфологічної структури та гнучкості м'язів ПНК.

### *Висновки.*

Детермінанти рухової активності у спрямованості загальної витривалості та структурі підготовчого періоду є оптимальними для покращення стану серцево-судинної системи.

Детермінанти в структурі силової витривалості та аеробної спрямованості або під час загальнопідготовчого етапу підготовчого періоду містять найбільший вплив на покращення здорового стану скелетної мускулатури (збільшення фізіологічного поперечнику) та зниження відсотку підшкірного жиру.

Оптимальною умовою для застосування диференційованих детермінантів для покращення здоров'я та здатності організму протидіяти зовнішньому впливу є персоналізація навантажень в залежності від індивідуальних фізіологічних особливостей серцево-судинної та м'язової систем.

### **Література:**

1. Сіренко П.О. Розвиток рухових якостей у кваліфікованих футболістів: Методичні рекомендації. Харків : *Нове слово*, 2012. 82с.

2. Павло Сіренко. Контроль ефективності застосування педагогічних інновацій в навчально-тренувальному процесі досвідчених футболістів. Інновації в сучасній освіті: методологія, технологія, дидактичні та виховні аспекти. Монографія / за заг. ред. В. В. Іванишин. Кам'янець-Подільський. Заклад вищої освіти «Подільський державний університет». Рига, Латвія : “Baltija Publishing”, 2023. С. 306–314. <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-300-2-353>.

3. Сіренко П.О., Стороженко І.П., Жіденс Я. Особливості статистичної обробки ІЕМГ даних перекриття міофіламентів у кінематичних ланках поясу нижніх кінцівок. 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. 69–70 с. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10292542>

4. Сіренко П.О. Методичні аспекти застосування спеціальних та профілактичних вправ для м'язів нижніх кінцівок. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія № 15. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт): Зб. наук. праць / За ред. О. В. Тимошенко. – Київ: Видавничий часопис Національного педагогічного університету імені Михайла Драгоманова, 2023 – Випуск 5 К(165) 23. – р. 114–119; [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2023.5K\(165\).25](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2023.5K(165).25)

## АНАЛІЗ РІВНЯ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ТА РОЗРОБКА РЕКОМЕНДАЦІЙ ЩОДО ЇЇ ОПТИМІЗАЦІЇ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

*Шуть Є.Р., Богачова О.С.*

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Фізична активність є фундаментальною складовою здорового розвитку молоді та відіграє визначальну роль у формуванні здоров'я нації [1, 2]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), недостатня фізична активність є четвертим за значимістю фактором ризику смертності у світі, а в умовах сучасних викликів, включаючи пандемію COVID-19, зростаючу діджиталізацію суспільства та особливо воєнний стан в Україні, проблема недостатньої фізичної активності серед молоді набуває критичного значення [3–5]. Військова агресія проти України створила безпрецедентні виклики для системи освіти та охорони здоров'я. Вимушене дистанційне навчання, обмеження пересування через комендантську годину, відсутність доступу до спортивної інфраструктури через її пошкодження або використання для гуманітарних потреб, психологічне навантаження через постійну загрозу ракетних обстрілів – усе це значно впливає на можливості підтримання належного рівня фізичної активності серед студентської молоді [6, 7].

Сучасні дослідження демонструють, що регулярна фізична активність знижує ризик розвитку серцево-судинних захворювань на 30–40 %, цукрового діабету 2 типу на 20–30 %, та деяких видів онкологічних захворювань на 20–30 % [8, 9]. Особливо важливим є формування здорових звичок у молодому віці, оскільки саме в цей період закладаються основи майбутнього здоров'я [10, 11].

Метою дослідження було проведення комплексної оцінки рівня фізичної активності студентської молоді в умовах воєнного стану, визначення ключових детермінант, що впливають на рівень фізичної активності з урахуванням безпекової ситуації, ідентифікація основних бар'єрів, що перешкоджають регулярній фізичній активності в умовах війни, та розробка науково обґрунтованих рекомендацій щодо оптимізації рівня фізичної активності з урахуванням актуальних обмежень.

Дослідження проводилось з використанням комплексного методологічного підходу, що включав систематичний аналіз національних та міжнародних наукових джерел за період 2019–2024 років у базах даних PubMed, Scopus та Web of Science, з особливим фокусом на дослідження фізичної активності в умовах кризових ситуацій [9, 12]. Також було проведено крос-секційне дослідження серед студентської молоді (n=18) з використанням опитувальника, розробленого на платформі Google Forms, з подальшою статистичною обробкою даних. Додатково проводився аналіз даних щодо доступності спортивної інфраструктури в умовах воєнного стану [13].

У дослідженні взяли участь 18 респондентів, серед яких 83,3 % (n=15) склали жінки та 16,7 % (n=3) – чоловіки. За віковою структурою 83,3 % (n=15) респондентів були віком 18-19 років, а 16,7 % (n=3) – 20-21 рік. Аналіз щоденної фізичної активності показав, що 44,4 % (n=8) респондентів приділяють фізичній активності менше 30 хвилин на день, 33,3 % (n=6) – 30-60 хвилин, 11,1 % (n=2) – 60-90 хвилин, і лише

11,1 % (n=2) – більше 90 хвилин. За даними дослідження, рівень фізичної активності значно знизився порівняно з довоєнним періодом [7, 14].

Дослідження виявило специфічні бар'єри воєнного часу, серед яких безпекові обмеження відзначили 95,0 % респондентів, психологічне навантаження – 89,0 %, відсутність доступу до спортивної інфраструктури – 78,0 %, та обмеження часу через комендантську годину – 72,0 % респондентів.

Основними факторами зниження фізичної активності стали: обмеження пересування через комендантську годину, відсутність доступу до спортивних закладів, психологічне навантаження та стрес, необхідність швидкого реагування на повітряні тривоги. Безпекові обмеження створили суттєві перешкоди для занять спортом на відкритому повітрі через загрозу обстрілів, а також обмежили доступ до спортивних споруд через їх використання для гуманітарних потреб. Освітні виклики включають збільшення часу перед екраном через онлайн-навчання, відсутність традиційних фізкультурних занять та складність організації групових спортивних активностей.

В умовах, що склалися, респонденти адаптували свою фізичну активність до нових реалій. Популярності набули домашні тренування, включаючи онлайн-фітнес програми, вправи з власною вагою, йогу та стретчинг. Також практикуються безпечні активності у приміщеннях, такі як заняття на домашніх тренажерах та танцювальні відеоуроки. Модифіковані outdoor активності включають швидку ходьбу у безпечний час та заняття у дворі будинку з швидким доступом до укриття.

У ході дослідження також встановлено, що серед опитаної нами молоді: 16 осіб (88,9 %) хочуть збільшити кількість фізичної активності у своєму житті, а 2 особи (11,1 %) – не впевнені в цьому. Думка респондентів щодо ролі фізичної активності у житті не розділилася, так як всі 18 осіб (100,0 %) вважають її важливою для життя та здоров'я.

На основі отриманих результатів були розроблені рекомендації з урахуванням воєнного стану.

На індивідуальному рівні рекомендується: розробка персональних програм домашніх тренувань, використання мобільних додатків для відстеження активності, впровадження технік управління стресом разом з фізичною активністю та створення безпечного простору для занять вдома.

На інституційному рівні важливою є адаптація навчальних програм з фізичного виховання до онлайн-формату, створення віртуальних спортивних спільнот, розробка методичних рекомендацій щодо безпечної фізичної активності та організація онлайн-змагань та челенджів.

На рівні громадського здоров'я необхідна розробка програм підтримки психічного здоров'я через фізичну активність, створення інформаційних матеріалів щодо безпечної фізичної активності та впровадження програм підтримки домашньої фізичної активності.

Воєнний стан в Україні створив безпрецедентні виклики для підтримання належного рівня фізичної активності серед студентської молоді. Дослідження виявило значне зниження рівня фізичної активності та появу нових специфічних бар'єрів. Розроблені рекомендації враховують актуальні безпекові обмеження та пропонують адаптовані підходи до підтримання фізичної активності в умовах війни. Подальші дослідження мають бути

спрямовані на розробку та оцінку ефективності інноваційних підходів до підтримки фізичної активності в умовах тривалих кризових ситуацій.

#### **Література:**

1. Апанасенко Г. Л. Здоров'я і фізична активність: основи валеології. Київ : Наукова думка, 2017. 256 с.
2. Базилук Б. О. Фізична культура і спорт у вихованні молоді. Київ : Спорт і наука, 2016. 180 с.
3. World Health Organization. Physical activity fact sheet. WHO Global Health Observatory. 2023. URL: [<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>] (date of access: 16.10.2024).
4. Міністерство охорони здоров'я України. Рекомендації щодо фізичної активності в умовах воєнного стану. 2024. URL: [<https://moz.gov.ua/uk/perevagizichnoi-aktivnosti-obiraemo-aktivnij-ta-zdorovij-sposib-zhittja#!>] (дата звернення: 16.10.2024).
5. Український інститут психічного здоров'я. Вплив війни на фізичну активність та психічне здоров'я молоді. 2023. URL: [<https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/pidtrymka-mentalnoho-zdorovya-v-chasy-viyny>] (дата звернення: 16.10.2024).
6. Національна служба здоров'я України. Аналіз доступності спортивної інфраструктури в умовах воєнного стану. 2024. URL: [тут має бути URL] (дата звернення: 16.10.2024).
7. Круцевич Т. Ю. Особливості організації фізичного виховання студентів в умовах дистанційного навчання під час війни. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2023. № 2. С. 45–52.
8. Powell K. E. et al. The Scientific Foundation for the Physical Activity Guidelines. *Journal of Physical Activity and Health*. 2023. Vol. 20, No. 2. P. 145–156.
9. Guthold R. et al. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2024. Vol. 8, No. 1. P. 23–35.
10. Гаврилюк А. М. Основи фізичної культури: методологія і практичне застосування. Львів : Світ, 2019. 224 с.
11. Свищ О. А. Фізична активність та її вплив на здоров'я дітей. Наукові записки. Серія педагогічна. 2018. № 4. С. 112–118.
12. Thompson, W.R. (2024). "Worldwide Survey of Fitness Trends for 2024." *ACSM's Health & Fitness Journal*, 28(1), 11–20.
13. Національна служба здоров'я України. (2024). "Аналіз доступності спортивної інфраструктури в умовах воєнного стану."
14. Марченко, О.Ю. (2024). "Адаптація програм фізичного виховання до умов воєнного стану." Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту, 1, 15–22.

## ПРОБЛЕМИ ЗАЛЕЖНОСТІ У СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ

**Кивлюк О.В., Орлова А.Є., Григоров М.М., Нестеренко В.Г.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Залежність – стан, коли особа стає фізичною або психологічною залежною від певної речовини, поведінки або дії. Вона характеризується неможливістю контролювати вживання або залежну діяльність, прагненням до постійного вживання та виникненням негативних наслідків при спробах її обмежити або припинити.

Залежність може виникати від різних чинників, включаючи фізіологічні особливості, психологічний стан, соціальні умови тощо. Це може бути залежність від речовин (наркотики, алкоголь), від певних видів поведінки (азартні ігри, використання Інтернету) або від певних дій (робота, спорт).

Залежність може мати серйозні наслідки для фізичного, психічного та соціального здоров'я людини, а також для її оточення. Тому важливо розрізняти здоровий і шкідливий типи залежності та звертатися за професійною допомогою у випадках, коли залежність стає проблемою.

У сучасному суспільстві проблема залежності стала однією з найбільш актуальних та загрозливих. Залежність може виявлятися у різних формах, включаючи наркотики, алкоголь, ігрову та інтернет-залежність, а також залежність від їжі, шопінгу та інших засобів втечі від реальності.

Ця проблема має серйозні наслідки для індивідів, сімей та суспільства в цілому. Вона може призводити до погіршення фізичного та психічного здоров'я, соціальної відчуженості, руйнування міжособистісних відносин, а також до економічних та правових проблем.

*Види залежності:*

1. Наркотична залежність (наркоманія) – це стан, коли особа психологічно та фізично стає залежною від наркотичних засобів, або психотропних речовин.

2. Алкогольна залежність (алкоголізм) – це стан, коли особа в результаті надмірного систематичного вживання алкогольних напоїв стає залежною від споживання алкоголю, внаслідок чого виникає психологічна та фізична залежність

3. Ігрова залежність (ігроманія) – це стан, коли особа стає залежною від азартних, комп'ютерних або відеоігор, витрачаючи на них надмірну кількість часу та ігноруючи інші аспекти життя.

4. Інтернет-залежність – це стан, коли особа стає залежною від використання Інтернету, витрачаючи на нього багато часу та відчуваючи неможливість відмовитися від цієї діяльності.

*Фактори, що призводять до залежності*

Дослідження показують, що у людей може бути спадкова схильність до залежності. Особливі гени можуть зробити деяких людей більш схильними до розвитку залежності від речовин або певних видів поведінки.

Деякі речовини, наприклад, наркотики або алкоголь, також можуть впливати на нейротрансмітери у мозку, спричиняючи виникнення залежності. Наприклад, деякі наркотичні речовини можуть спричиняти високий рівень дофаміну, що призводить до відчуття задоволення, а отже бажання вживати

наркотики знову і знову, поступово збільшуючи дозу і зменшуючи інтервали між вживанням.

Негативне середовище, де поширене вживання наркотиків або алкоголю, у якому особа виростає або проживає, може мати великий вплив на ризик розвитку залежності. Емоційний стрес або травматичні події у житті можуть призвести до використання психотропних речовин або певних видів поведінки як способу втечі або самозаспокоєння. Люди з низькою самооцінкою можуть шукати виправдання для своєї поведінки у вживанні алкоголю, наркотичних або психотропних речовин або в інших варіаціях. Так само як і особи, які не вміють ефективно впоратися зі стресом, можуть шукати «втечі» в залежності, як спосіб подолати труднощі.

У підлітковому віці відбуваються істотні зміни в мозку та особистості, що можуть збільшити схильність до експериментування з різними речовинами. Соціальний тиск та бажання прийняття серед ровесників також можуть грати важливу роль. Залежність у підлітковому віці може призвести до серйозних наслідків для фізичного, психічного та соціального розвитку. Вона може впливати на навчання, розвиток соціальних навичок, а також на формування психічного здоров'я.

Молодь може стикатися зі стресом, соціальним тиском, впливом засобів масової інформації та іншими факторами, які сприяють розвитку залежності. Додатково, доступність алкоголю та наркотиків для молоді може бути високою. Залежність у молоді може перешкоджати формуванню кар'єри, стосункам із сім'єю та друзями, а також загрожувати їхньому фізичному та психічному здоров'ю.

Старше покоління може стикатися зі стресом на роботі, проблемами в особистому житті, а також з іншими факторами, які можуть стимулювати вживання речовин або розвиток залежності від певних видів поведінки. Залежність у людей середнього віку може мати серйозні наслідки для робочої продуктивності, стосунків із сім'єю та друзями, фізичного здоров'я та психічного благополуччя.

#### *Ситуація в Україні*

Проблема залежності в Україні є актуальною та важливою, оскільки вона має значний вплив на соціальне та економічне благополуччя країни. Наркотична та алкогольна залежності, а також інші види залежності, такі як ігрова та інтернет-залежність, є серйозними проблемами, з якими стикається українське суспільство.

Однією з головних причин поширення залежності в Україні є складна економічна та соціальна ситуація. Високий рівень безробіття, низькі доходи, відсутність доступу до якісної медичної та психологічної допомоги створюють сприятливе середовище для виникнення та поширення залежностей.

Держава займається розв'язанням проблеми залежності шляхом законодавчих актів, фінансування програм превенції та лікування, а також сприянням розвитку соціальних та медичних служб. Однак, багато заходів залишаються недостатніми через обмежені бюджетні ресурси та неефективність системи.

Крім того, громадські та неприбуткові організації в Україні також активно залучені до розв'язання проблеми залежності, надаючи підтримку та

послуги для осіб, що страждають від залежностей, та розвиваючи освітні та інформаційні програми.

#### *Вплив на особистість та суспільство*

Залежність може мати значний вплив як на особистість, так і на суспільство в цілому. Залежність може призводити до серйозних проблем з фізичним і психічним здоров'ям, включаючи психічні розлади, зниження імунітету, хронічний стрес тощо. Залежність може призвести до зміни цінностей і пріоритетів особистості, коли залежність стає головним або єдином важливим аспектом їхнього життя. У осіб, які страждають від залежності, можуть бути відчуття соціальної ізоляції, втрати друзів та підтримки сім'ї.

Залежність може призводити до економічних втрат для суспільства, у зв'язку зі збільшеним попитом на медичну допомогу, зменшенням продуктивності праці, втратою доходів тощо. Залежність часто пов'язана зі злочинністю, так як особи можуть вчиняти правопорушення, щоб забезпечити собі ресурси для вживання речовин або для задоволення інших залежностей. Особи, які страждають від залежності, часто стикаються зі стигматизацією та дискримінацією у суспільстві, що може поглибити їхні проблеми та обмежити доступ до допомоги та підтримки.

Загальний вплив залежності на особистість та суспільство може бути надзвичайно негативним, тому важливо вживати заходів для запобігання та лікування залежності, а також для створення підтримуючого та здорового соціального середовища.

#### *Способи превенції та розв'язання проблем залежностей*

##### *Превентивні заходи*

1. Проведення освітніх програм та інформаційних кампаній про ризики та наслідки залежності, як для індивідуума, так і для суспільства в цілому.

2. Забезпечення доступу до соціальної підтримки та послуг для осіб, що перебувають у вразливих групах або під впливом стресових ситуацій.

##### *Лікування та реабілітація*

1. Надання доступу до медичної допомоги та лікування осіб, що страждають від залежності, включаючи програми замісної терапії та психотерапії.

2. Розробка та впровадження програм реабілітації, які допомагають особам, що подолали залежність, повернутися до повноцінного життя та інтегруватися в суспільство.

##### *Підтримка та підтримуючі групи*

1. Створення та підтримка груп самопомогі, таких як Анонімні Алкоголіки або Наркомани Анонімні, які надають підтримку та спільноту для осіб, що прагнуть позбутися залежності.

2. Забезпечення доступу до психологічної підтримки та консультування для осіб, які стикаються з проблемами залежності, а також для їхніх родин та близьких.

У подоланні проблеми залежностей держава та урядові структури відіграють ключову роль. Вони відповідають за розроблення та впровадження стратегій превенції, лікування та реабілітації осіб, що страждають від залежності. Держава має на меті створення ефективних програм та законодавчих механізмів, спрямованих на обмеження доступу до речовин, вживання яких призводить до залежності, підвищення обізнаності

громадськості про наслідки залежності та забезпечення доступу до якісної медичної допомоги для осіб, які потребують лікування.

Родина також відіграє значущу роль у подоланні проблеми залежності. Підтримка та розуміння родини може стати важливим фактором для осіб, які стикаються з залежністю, сприяючи їхньому відновленню та відновленню здоров'я. Освітні програми, які надають інформацію про ризики та наслідки залежності, є також важливими для формування свідомого та відповідального ставлення до цієї проблеми серед молодого покоління.

Громадські та неприбуткові організації відіграють важливу роль у подоланні проблеми залежності, надаючи підтримку, консультування та реабілітаційні послуги для осіб, які страждають від залежності, а також їхнім сім'ям. Вони також здійснюють роботу з популяризації знань про залежність та її наслідки, організуючи освітні та інформаційні заходи для громадськості.

#### *Кроки до вирішення проблеми*

1. Запровадження ефективних освітніх та інформаційних програм про ризики та наслідки залежності.

2. Забезпечення доступу до медичної допомоги та програм лікування для осіб, які страждають від залежності.

3. Створення умов для психологічної підтримки та психотерапевтичної роботи з особами, що перебувають у вразливих групах.

4. Розвиток та підтримка програм реабілітації для осіб, які виходять зі залежності.

5. Сприяння співробітництву між урядовими структурами, громадськими організаціями та сім'єю у боротьбі з проблемою залежності.

#### **Література:**

1. Коломієць О., Демиденко Т., Соціальна профілактика залежності підлітків від мережевих ігор. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія “Педагогіка. Соціальна робота”. 2023. № 1 (52). С. 72–77

2. Лютий В., Нехімічні адикції як предмет соціальної роботи. *Вісник Луганського Національного університету імені Тараса Шевченка (педагогічні науки)*. 2013. № 11 (270). С. 158–166.

3. Чаплак Я., Чуйко Г., Зварич І. Теоретичні аспекти проблеми інтернет-залежності: актуальний стан. *Соціальна психологія. Юридична психологія*. 2023. № 45. С. 270–277. URL: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.45.44> (дата звернення: 06.05.2024).

4. Штейн Н., Психологічні механізми формування адиктивної особистості. *Вісник Національного університету оборони України. Питання психології*. 2012. № 4 (29). С. 280–285. URL: <https://dspace.univd.edu.ua/server/api/core/bitstreams/b61c1303-ecae-483d-857f-fd758c01fabe/content> (дата звернення: 06.05.2024).

5. Goldstein R., Volkow N., Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. *Nat Rev Neurosci*. 2011. № 12(11). P. 652–669.

6. Herting J., Guest A., Components of satisfaction with local areas in the metropolis. *Social Q*. 1985. № 26(1). P. 99–116.

7. Lander L, Howsare J, Byrne M. The impact of substance use disorders on families and children: from theory to practice. *Soc Work Public Health*. 2013. № 28(0). P. 94–205.

## THE INFLUENCE OF THE MEASLES ON THE COURSE OF PREGNANCY AND THE DEVELOPMENT OF THE FETAL

**Orel O.V., Yaremenko A.V.**

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv*

Measles, caused by a virus of the genus Morbillivirus, is an infectious disease that can have a significant impact on the course of pregnancy and fetal development. Research shows that infection of a pregnant woman with the measles virus leads to an increased risk of complications for both the mother and the fetus. Pregnant women infected with the measles virus have an increased frequency of pregnancy complications. In particular, there is an increase in the risk of premature births, miscarriages and stillbirths. The mechanisms underlying these complications are related to the body's systemic inflammatory response to viral infection and the possible direct effect of the virus on the placenta. Epidemiological studies show an increase in the frequency of such complications: an increase in the risk of spontaneous abortion up to 15–20 % compared to uninfected pregnant women, premature birth up to 25–30 %, a 2–3 times increase in the risk of stillbirth [1, 2].

The measles virus has a significant impact on the development of the fetus: intrauterine development delay is observed in 30–40 % of cases of infection during pregnancy, up to 5–10 % increase in the occurrence of congenital malformations, especially when infected in the first trimester. It is able to overcome the placental barrier, which leads to: congenital measles infection, increase in severe forms of measles in newborns. Transient immunosuppression increases susceptibility to secondary infections [2].

One of the most serious complications of measles in pregnant women is the development of pneumonia. Pregnancy itself is a risk factor for the development of respiratory complications, and the measles virus significantly increases this risk. Pneumonia associated with measles can lead to acute respiratory failure, which is life-threatening for both the mother and the fetus. According to various studies, 15–20 % of infected pregnant women develop pneumonia. In addition, the risk of developing hepatitis increases in pregnant women infected with the measles virus. Viral hepatitis during pregnancy can lead to impaired liver function, which negatively affects the metabolism and detoxification of the mother's body, and can also affect the development of the fetus [3].

Regarding the effect on the fetus, infection with the measles virus during pregnancy can lead to the development of congenital measles. At the same time, the virus penetrates the placenta and infects the fetus, which can lead to serious developmental defects. Research shows that measles during pregnancy is associated with an increased risk of birth defects, including heart defects, hearing and vision impairment. Measles virus can also cause structural and functional changes in the placenta, such as impaired placental blood circulation and placental insufficiency.

Measles infection during pregnancy poses a serious threat to the health of the mother and fetus. The complex effects of the virus on pregnancy and fetal development emphasize the importance of preventive measures, including vaccination before pregnancy and careful monitoring of pregnant women. In addition, measles infection can cause a delay in intrauterine development of the fetus. This is due to both the direct effect of the virus on the fetus and the general deterioration of the

mother's health as a result of the infection. Fetal growth retardation can have long-term consequences for the health of the child after birth [4].

Prevention of measles during pregnancy is critically important. The main method of prevention is vaccination. It is recommended that women check their measles immune status before planning to become pregnant. Measles vaccination is safe and effective, but live vaccine is not recommended during pregnancy.

In the case of measles in a pregnant woman, the treatment is mainly symptomatic and supportive. An important component of therapy is the appointment of vitamin A, which, as research has shown, reduces the risk of serious complications of measles. Careful monitoring of the condition of the fetus is also carried out for early detection of possible complications.

In some cases, administration of immunoglobulin may be recommended. This is especially relevant for pregnant women who have been in contact with a measles patient and do not have confirmed immunity. Immunoglobulin can provide temporary passive immunity and reduce the risk of developing the disease or its complications.

Thus, measles during pregnancy poses a serious threat to both the mother and the fetus. Careful prevention, including vaccination before pregnancy, and prompt medical attention if the disease is suspected are key factors in minimizing the risks associated with this infection during pregnancy.

#### **References:**

1. Congera P, Maraolo AE, Parente S, Schiano Moriello N, Bianco V, Tosone G. Measles in pregnant women: A systematic review of clinical outcomes and a meta-analysis of antibodies seroprevalence. *J Infect.* 2020 Feb;80(2):152-160. doi: 10.1016/j.jinf.2019.12.012. Epub 2019 Dec 28. PMID: 31891729.

2. Ragusa R, Platania A, Cuccia M, Zappalà G, Giorgianni G, D'Agati P, Bellia MA, Marranzano M. Measles and Pregnancy: Immunity and Immunization-What Can Be Learned from Observing Complications during an Epidemic Year. *J Pregnancy.* 2020 Aug 1;2020:6532868. doi: 10.1155/2020/6532868. PMID: 32802510; PMCID: PMC7416282.

3. Lyu T, Liang C, Liu J, Hung P, Zhang J, Campbell B, Ghumman N, Olatosi B, Hikmet N, Zhang M, Yi H, Li X; of the National COVID Cohort Collaborative Consortium. Risk for stillbirth among pregnant individuals with SARS-CoV-2 infection varied by gestational age. *Am J Obstet Gynecol.* 2023 Sep;229(3):288.e1-288.e13. doi: 10.1016/j.ajog.2023.02.022. Epub 2023 Feb 28. PMID: 36858096; PMCID: PMC9970919.

4. Anselem O, Tsatsaris V, Lopez E, Krivine A, Le Ray C, Loulergue P, Floret D, Goffinet F, Launay O. Rougeole et grossesse [Measles and pregnancy]. *Presse Med.* 2011 Nov;40(11):1001-7. French. doi: 10.1016/j.lpm.2011.07.002. Epub 2011 Aug 31. PMID: 21885237.

## PSYCHOSOCIAL FACTORS INFLUENCING VACCINATION DECISIONS AMONG PREGNANT WOMEN

**Orel O.V., Yaremenko A.V.**

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv*

Vaccination of pregnant women is an important strategy to protect the mother and fetus from infectious diseases. However, vaccination coverage among pregnant women remains insufficient in many countries. Understanding the psychosocial factors that influence vaccination decisions is key to developing effective strategies to increase immunization rates.

Deciding to vaccinate during pregnancy is a complex process influenced by many factors, including medical, social, and psychological. The latter, psychosocial factors, play a particularly important role, as they shape a woman's attitude to vaccination and her perception of risks and benefits [1].

The main psychosocial factors influencing the decision to vaccinate:

- **Trust in health professionals:** A high level of trust in doctors and other health professionals significantly increases the likelihood that a woman will agree to vaccination. This is due to the fact that doctors are an authoritative source of information about vaccination.

- **Information sources:** Internet, social networks, friends, relatives – all these are sources of information about vaccination. However, not all information is reliable, and the spread of fake news can negatively affect a woman's decision.

- **Personal Beliefs:** Personal beliefs about vaccination, based on personal experiences, health beliefs and beliefs, also play an important role.

- **Fear of side effects:** Many women fear the side effects of vaccination, especially during pregnancy. This fear can be reinforced by inaccurate information or personal experience.

- **Social pressure:** The opinion of relatives, friends, partner, as well as social groups to which a woman belongs can significantly influence her decision.

- **Level of education:** Higher levels of education are generally associated with greater awareness of the importance of vaccination and less exposure to misinformation.

- **Cultural characteristics:** Cultural norms and values can influence attitudes towards vaccination.

- **Previous vaccination experience:** A positive vaccination experience in the past contributes to the decision to vaccinate during pregnancy.[2,3]

How to improve vaccination decision-making among pregnant women:

- **Provision of reliable information:** It is important to provide women with reliable information about vaccination, its benefits for mother and child, as well as possible side effects.

- **Individual approach:** Every woman is individual, so it is important to approach each patient individually, taking into account her characteristics and concerns.

- **Cooperation with the doctor:** The doctor must trust the patient and create an atmosphere in which she can ask all her questions.

- **Engaging social media:** Social media can be an effective tool for spreading reliable information about vaccination and changing attitudes about it.

- Work with the public: It is important to conduct information campaigns aimed at raising awareness of the importance of vaccination among pregnant women.

Deciding to vaccinate during pregnancy is a complex process that depends on many factors. Understanding the psychosocial aspects of this process allows for the development of more effective strategies to increase vaccination coverage among pregnant women.

#### **References:**

1. Clarke RM, Paterson P, Sirota M. Determinants of satisfaction with information and additional information-seeking behaviour for the pertussis vaccination given during pregnancy. *Vaccine*. 2019 May 6;37(20):2712-2720. doi: 10.1016/j.vaccine.2019.04.008. Epub 2019 Apr 8. PMID: 30975566.

2. Carvalho de Sousa R, Lima da Silva MJ, Fialho do Nascimento MR, da Cruz Silveira M, Fernandes FP, Quaresma TC, Aguiar da Silva Figueira S, Silva Ferreira MG, Santos de Souza AE, Pires Moraes W, Silva de Oliveira SM, Valentim LA. Influences on COVID-19 Vaccine Adherence among Pregnant Women: The Role of Internet Access and Pre-Vaccination Emotions. *Int J Environ Res Public Health*. 2024 May 31;21(6):719. doi: 10.3390/ijerph21060719. PMID: 38928965; PMCID: PMC11203530.

3. Dasgupta T, Horgan G, Peterson L, Mistry HD, Balls E, Wilson M, Smith V, Boulding H, Sheen KS, Van Citters A, Nelson EC, Duncan EL, Dadelszen PV; RESILIENT Study Group; Rayment-Jones H, Silverio SA, Magee LA. Women's experiences of maternity care in the United Kingdom during the COVID-19 pandemic: A follow-up systematic review and qualitative evidence synthesis. *Women Birth*. 2024 May;37(3):101588. doi: 10.1016/j.wombi.2024.02.004. Epub 2024 Mar 1. PMID: 38431430.

## **PROBLEMS OF SOCIAL WELFARE IN THE CONDITIONS OF MARTIAL LAW**

***Hordiienko V.V., Orel O.V.***

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv*

Social well-being has always been the focus of both researchers and ordinary citizens, as this phenomenon is the basis for the development of a harmonious and successful society. It increases the standard of living of citizens, stability and security in the country, and reduces social inequality. Problems of social well-being in the conditions of martial law in Ukraine have become one of the most important and acute challenges affecting society in various aspects.

Jim Harter and Tom Rath considered well-being as the interaction of five elements, namely: love for what we do every day, good relationships with others, satisfactory financial situation, good health and pride in our contribution to society. According to these criteria, it is possible to assess the level of well-being and the problems that arise on the way to improving the lives of the country's citizens.

The first element is occupational well-being, the problem today is that military action destroys the economic infrastructure, there is a massive loss of jobs, people are forced to change their professional activities. Citizens who have kept their jobs work under conditions of constant stress, anxiety for their relatives, and fear for the future.

There is also a problem with the lack of opportunities for career growth due to the economic crisis.

The problem of social well-being, as the second element for creating harmony within society, has the greatest social value, but military actions cause disharmony of the citizen both with himself and with others. First of all, the breakdown of social ties, when the feeling of loneliness and social isolation among people increases due to evacuation, migration or loss of relatives. A social institution is taking place, characterized by the destruction of educational institutions, medical institutions, and state bodies. It also leads to lower living standards. Most people, especially the military, suffer from post-traumatic stress disorder, depression, emotional exhaustion, and other mental illnesses that are now rampant. According to experts, about 40–50 % of the population of Ukraine will need the help of psychologists. All these factors make it difficult to restore normal social relations. Currently, one of the tasks of state policy is to maintain and improve the psychological health of a person [1, 2].

Financial well-being has also undergone significant changes. First of all, due to the military actions, many enterprises have completely closed or stopped their activities, which is accompanied by an increase in the level of unemployment. Also, the emergence of inflation in the country, which is characterized by rising prices for light, water, food, and fuel. Lack of financial stability provokes excessive stress and anxiety about the future.

Physical well-being, which in the classic version is characterized by the presence of health to perform everyday tasks, but it also has a number of problems. The main one is injuries and wounds, which can lead to long-term treatment and, in the future, to rehabilitation. Physical exhaustion caused by poor sleep, unbalanced nutrition, constant stress and tension, which causes a decrease in immune protection and increases the risk of disease [3].

The problem of well-being in the habitat is that a person does not feel safe where he is. Destruction of infrastructures, forced displacement, environmental threats, scarcity of resources (medicines, personal hygiene products), social isolation due to inability to leave and limited communication. All these factors negatively affect the formation of an environment with a harmoniously developed society.

In peacetime, approximately 66 % of citizens were successful in at least one of these aspects, and only 7 % were successful in all five, but with difficulties in at least one of the components, an imbalance occurs in a person's life, which will harm well-being. During the period of martial law, these indicators are correspondingly even lower.

Analyzing the given information on well-being in each of the aspects, we can come to the conclusion that the standard of living of citizens directly depends on the problems that arose under martial law. A decrease in social and other aspects of well-being will be directly reflected in all areas of the state itself with negative consequences in the future.

#### **References:**

1. Огнєв В.А. . Громадське здоров'я. Т. 2. Харків : ХНМУ, 2023. С. 21–23 .
2. Харгер Дж., Пат Т. Все чудово! П'ять елементів благополуччя. – М.: Альпіна Паблішер, 2015.
3. Зеленьська О.В. про програму ментального здоров'я: Виявилось, що «сильні не ходять до психологів». URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3703135-zelenska-pro-programu-mentalnogo-zdorova-viavilosa-so-silni-nehodat-do-psihologiv.html>

## THE INFLUENCE OF SOCIO-ECONOMIC FACTORS ON THE HEALTH STATE OF THE POPULATION OF UKRAINE

**Yaremenko A.V., Orel O.V.**

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv*

The state of health of the population is one of the key indicators of the development of society and the effectiveness of state policy. In Ukraine, as in many other countries, the health of citizens largely depends on socio-economic factors. Let's consider the main socio-economic determinants of health and their impact on the state of health of the population of Ukraine.

**Economic status and standard of living of the population:** the economic situation in the country has a direct impact on the health of the population. Low income limits access to quality food, adequate living conditions and medical services. In Ukraine, a large part of the population lives below the poverty line, which negatively affects their health.

**Education and awareness:** the level of education is closely related to the state of health. People with a higher level of education, as a rule, are more aware of a healthy lifestyle, better understand health risks and more often seek preventive medical care. In Ukraine, despite the high level of literacy, there is a problem of insufficient medical literacy of the population. This leads to neglect of preventive measures and untimely seeking medical help.

**Availability and quality of medical services:** the reform of the health care system in Ukraine is aimed at improving the availability and quality of medical services. However, there are still significant regional differences in access to health care, especially between urban and rural areas. High prices for medicines and informal payments in medical institutions create additional barriers to receiving the necessary medical care, especially for low-income groups of the population.

**Working conditions and occupational risks:** working conditions have a significant impact on the health of workers. In Ukraine, there are still industries with a high level of occupational diseases, in particular, the coal industry. Inadequate compliance with occupational health and safety regulations at the workplace leads to injuries and occupational diseases.

**Environmental situation:** environmental factors have a significant impact on the health of the population. In Ukraine, there are regions with a high level of air, water and soil pollution, which leads to an increase in the incidence of respiratory, cardiovascular and oncological diseases.

**Lifestyle and bad habits:** The prevalence of bad habits, such as smoking and excessive alcohol consumption, remains high in Ukraine. This is due to both cultural traditions and socio-economic factors such as stress and low living standards. Insufficient physical activity and unhealthy diet are also common problems, especially among the urban population.

**Social support and social connections:** Social isolation and low levels of social support negatively affect physical and mental health. In Ukraine, especially among the elderly, the problem of social isolation is becoming more and more urgent.

**Gender aspects:** Gender inequalities in access to resources, education and health services also affect health. In Ukraine, there is a significant difference in life

expectancy between men and women, which is partly explained by socio-economic factors.

*Conclusions.* Socio-economic factors have a significant impact on the state of health of the population of Ukraine. Low income, lack of access to quality health services, unfavorable working conditions and environmental problems are key determinants of health.

To improve the state of health of the population of Ukraine, a comprehensive approach is needed, which includes not only the reform of the health care system, but also the solution of broader socio-economic problems. This includes:

1. Raising the standard of living and reducing economic inequality.
2. Improving the availability and quality of education, including medical literacy.
3. Ensuring equal access to quality medical services.
4. Improvement of working conditions and strengthening of labor protection.
5. Solving environmental problems and improving the quality of the environment.
6. Promotion of a healthy lifestyle and fight against bad habits.
7. Development of social support systems, especially for vulnerable population groups.

Only through a comprehensive approach to solving socio-economic problems can a significant improvement in the state of health of the population of Ukraine and an increase in the quality of life of citizens be achieved.

#### **References:**

1. Rynhach N.O. (2023). Hromadske zdorovia yak chynnyk natsionalnoi bezpeky. Kyiv: NADU.
2. Hruzieva T.S. (2023). Nerivnist v okhoroni zdorovia: sotsialno-ekonomichni determinanty ta shliakhy podolannia v Ukraini. Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy, 2 (96), 35–42.
3. Mezentseva N.I., Batychenko S.P., Mezentsev K.V. (2022). Zakhvoriuvanist i zdorovia naselennia v Ukraini: suspilno-heohrafichni vymir. Kyiv: DP "Print Servis".
4. Levchuk N.M. (2022). Zdorovia i tryvalist zhyttia v Ukraini u konteksti sotsialnoi nerivnosti. Demohrafiia ta sotsialna ekonomika, 1(39), 74–87.
5. Shchorichna dopovid pro stan zdorovia naselennia, sanitarno-epidemicynu situatsiiu ta rezultaty diialnosti systemy okhorony zdorovia Ukrainy. (2023). Kyiv: MOZ Ukrainy.
6. Tarasiuk V.S., Kuchanska H.B. (2023). Okhorona pratsi v likuvalno-profilaktychnykh zakladakh. Zdorovia pratsivnykiv. Kyiv: Medytsyna.
7. Kolodii A.V. (2023). Vplyv bidnosti na stan zdorovia naselennia Ukrainy. Sotsialno-ekonomichni problemy suchasnoho periodu Ukrainy, 3 (141), 92–98.

## Секція 7. ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### ПОПУЛЯРИЗАЦІЯ СЕРЕД СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ОСВІТНЬОЇ ПРОГРАМИ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ D4 «ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ»

**Мельниченко О.А., Шапкін А.С., Рисована Л.М., Мужецька А.Ю.**  
*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

У сучасних умовах глобальних змін, стрімкого розвитку технологій та інтенсифікації суспільних процесів, публічне управління та адміністрування стає все більш важливою складовою, що впливає на національну економіку та територію країни. Представники публічної влади використовують набуті необхідні знання й навички для управління публічними інституціями, розробки політик і впровадження стратегій розвитку на усіх рівнях (від локального до глобального), тим самим відіграють ключову роль у формуванні політичних, економічних і соціальних рішень, які мають безпосередній вплив на життя громадян. Належне публічне управління та адміністрування також сприяє зміцненню демократії, забезпеченню соціальної справедливості й розвитку громадянського суспільства. Проте здебільшого має місце порівняно низька ефективність/результативність публічного управління розбудовою територій та розвитком галузей/сфер національної економіки (у т.ч. вітчизняної сфери охорони здоров'я). Причин такої невтішної ситуації чимало, але однією з них убачається допоки недостатнє залучення до цього процесу добре підготовленої молоді. Підготовка таких фахівців є копітким і тривалим процесом, й має починатися з добору вмотивованих й амбітних осіб. Щоб упорядкувати цей процес необхідно посилити заходи з популяризації серед молоді освітньої програми за спеціальністю D4 «Публічне управління та адміністрування» (далі – D4 «ПУА»). В ХНМУ вже понад десять років успішно розвивається освітньо-професійна програма «Управління у сфері охорони здоров'я» за цією спеціальністю (далі – ОПП), а з тим – накопичено чималий позитивний досвід у цій царині. Означене, зрештою, й обумовлює актуальність даного дослідження.

Передусім зазначимо, що усі охочі студенти-медики можуть вільно на сайті ХНМУ ознайомитися з метою та основними характеристиками ОПП, тим самим формуючи спочатку індивідуальну освітню траєкторію (передусім за рахунок свободи обрання освітніх компонентів на вибір), а потім – персональну траєкторію професійного розвитку (у т.ч. з орієнтацією на участь у публічному управлінні розвитком охорони здоров'я). Покращанню поінформованості здобувачів також має сприяти висвітлення на сайті ХНМУ та в соціальних мережах інформації про події прямо та/чи дотично пов'язані з ОПП (кар'єрні успіхи випускників, участь здобувачів вищої освіти у наукових комунікативних заходах і волонтерських проєктах, проведення «гостьових лекторів» з числа провідних науковців у сфері публічного управління з інших закладів вищої освіти, керівників органів публічного управління у сфері охорони здоров'я, керівників комунальних і приватних лікарень, а також представників ЗСУ та іноземних університетів...).

У межах навчального процесу викладачі інформували студентів-медиків про особливості ОПП, тим самим почасті формуючи первинний інтерес до неї. Для багатьох студентів перевагою може стати продовження навчання за суміжною спеціальністю у том ж ЗВО.

Питання вдосконалення ОПП, покращення якості освітнього процесу (у т.ч. завдяки підвищенню практико-орієнтованості змісту освітніх компонентів, узгодження тем кваліфікаційних (магістерських) робіт з проблематикою баз практики (органів публічного управління, закладів охорони здоров'я)), аналізу результатів опитувань здобувачів вищої освіти є предметом дискусії на засідання проєктної групи, куди запрошуються представники студентства, а потім вони ініціюють обговорення відповідних питань на засіданні Студентської ради ХНМУ.

Отож, важливим елементом розбудови територій та розвитку галузей/сфер національної економіки є залучення студентів-медиків до опанування спеціальністю D4 «Публічне управління та адміністрування», які хочуть і можуть отримати сучасні знання та набути навички, спроможні забезпечити подальший збалансований розвиток вітчизняної сфери охорони здоров'я.

## **ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

***Гой Н.В., Пулипів М.С.***

*Прикарпатський національний університет ім. В. Стефаника,  
м. Івано-Франківськ*

Постійна зміна умов у сфері публічного управління персоналом у закладах охорони здоров'я створює необхідність у висококваліфікованих та досвідчених фахівцях, які б не тільки володіли медичною експертизою, а й мали здатність впроваджувати ефективні управлінські механізми в медичній сфері. Підвищення рівня професійної компетентності управлінців у закладах охорони здоров'я стає дедалі більш важливим, оскільки вони відповідають за ефективність, якість надання медичних послуг та ресурсне забезпечення закладу. У зв'язку зі змінами в соціально-економічному оточенні, викликами війни та технологічними інноваціями, управлінський персонал в медичних закладах потребує постійного розвитку та вдосконалення у вміннях й навичках, які б дозволили адаптуватися та ефективно управляти змінами. Наукові дослідження та поглиблений аналіз проблем розвитку управлінського потенціалу менеджерів у сфері охорони здоров'я відіграє важливу роль задля забезпечення сталого функціонування та подальшого успіху діяльності закладів охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я є однією з найважливіших частин соціальної сфери. Результати діяльності цієї системи впливають на стан здоров'я населення, що, в свою чергу, визначає можливості економічного, соціального, наукового й культурного розвитку суспільства. Досягнення ефективності системи охорони здоров'я в значній мірі залежать від ресурсного забезпечення, особливо від наявності й якості персоналу та його розвитку. Фаховість

працівників та розвиток управлінських кадрів, їх професійні навички, умови праці, розподіл, мотивація, оплата праці, соціальне забезпечення, технологічне й матеріально-технічне забезпечення трудового процесу визначають якість надання медичної допомоги населенню. Керівники закладів охорони здоров'я відіграють важливу роль у проведенні реформ в публічній сфері.

На сьогоднішній день в Україні існує гостра потреба в професійних менеджерах в галузі охорони здоров'я, які здатні приймати незалежні, швидкі, правильні та стратегічні управлінські рішення. Тому, дуже важливо розглядати питання формування ефективної системи підготовки та розвитку управлінців медичної галузі [1]. Перш за все, така система має мати високоякісну освітню базу, враховуючи найкращі практики провідних країн світу та специфіку української медичної сфери в сучасних умовах [2].

Важливо відзначити, що в останні три десятиліття в розвинених країнах зростає роль управлінського персоналу, економістів та адміністративних працівників у галузі охорони здоров'я [3]. У багатьох з цих країн закладами охорони здоров'я управляють професійні менеджери, які не мають медичної освіти. З переходом до децентралізованого управління медичними закладами потреба в таких спеціалістах та можливостях фахового розвитку буде зростати. Формування нового покоління управлінців, сучасних менеджерів, повинно бути одним із ключових напрямів реформування системи охорони здоров'я в Україні [4]. Управлінський персонал, насамперед, повинен забезпечувати сталий розвиток будь-якого закладу та його ефективну діяльність в сучасних умовах. Розвиток управлінського персоналу дає можливість удосконалювати рівень компетентності фахівців організації, а тому є одним із важливих напрямів стратегії розвитку в публічній сфері. На цій ідеї ґрунтується план створення систематичного ресурсного фундаменту і розвинутої компетентності так, щоб їх взаємодія призводила до досягнення успіху, який, у свою чергу, є ключем до досягнення цілей установи чи організації [4].

Серед факторів, які сприяють розвитку управлінського персоналу закладу охорони здоров'я можна виокремити наступні:

1) розуміння стану внутрішнього середовища, а також вміння аналізувати зовнішнє середовище та передбачати його вплив на діяльність закладу;

2) здатність мотивувати працівників, будувати команди та бути командним гравцем;

3) наявність стратегічного мислення, вміння розробляти стратегію розвитку закладу, в тому числі формувати візію, місію та цілі розвитку організації;

4) спроможність організувати та створювати середовище задля надання якісних медичних послуг населенню;

5) вміння розробляти програми розвитку персоналу та оцінювати їх результати;

6) здатність критично мислити та аналізувати управлінську інформацію;

7) здатність до креативного мислення та вміння генерувати й втілювати ідеї, що сприятимуть розвитку закладу охорони здоров'я;

8) наявність інноваційного мислення, спроможність до впровадження сучасних медичних технологій.

Таким чином, у сучасних умовах розвитку медичної сфери управлінський розвиток має дуже важливе значення через те, що від нього залежить здатність закладу охорони здоров'я надавати якісні медичні послуги та організувати й оптимізувати роботу усіх функціональних підрозділів, щоб відповідати сучасним вимогам та викликам у галузі охорони здоров'я. Надійне лідерство, яке розвивається на основі розуміння і вдосконалення якостей, навичок та здібностей, є ключовим фактором для ефективного управління організацією в цій сфері та забезпечення якісної медичної допомоги населенню.

#### **Література:**

1. Боришкевич І. І., Гой Н. В., Жук О. І. Теоретичні основи управлінського потенціалу керівника у сфері охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2024. № 1. С. 67–72.
2. Федоришина Л.М., Гарват О.А. Розвиток персоналу в системі корпоративного управління. *Інноваційна економіка*. 2022. № 1 (90). С. 52–59.
3. Боришкевич І. І., Гой Н. В., Жук О. І. Теоретичні засади управління розвитком персоналу компанії. *Актуальні проблеми розвитку економіки регіону*. Вип 20. Т. С. 31–40.
4. Третяк О. П. Роль менеджменту персоналу у формуванні та використанні трудового потенціалу медичних закладів. *Бізнес-інформ*. 2021. № 11. С. 331–336.

## **РОЗВИТОК СПРОМОЖНОСТІ МЕНЕДЖЕРІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАЛЕЖНО РЕАГУВАТИ НА ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ – АКТУАЛЬНА ВИМОГА ДЛЯ ВІТЧИЗНЯНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ**

**Мельниченко О.А., Макарова В.І.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Нинішня медична реформа в Україні докорінно змінила вимоги до менеджерів закладів охорони здоров'я. І якщо спочатку ті змушені були пристосовуватися до нових «правил гри» на ринку медичних послуг (передусім щодо співпраці з НСЗУ), а потім реагувати на виклики, пов'язані з пандемією COVID-19 і повномасштабною воєнною агресією РФ. Але далеко не всі менеджери спромоглися успішно перейти від «бюджетного фінансування» до «заробляння грошей», а також організувати діяльність ЗОЗ в умовах епідеміологічних обмежень, масштабної міграції пацієнтів і персоналу, перебування під фактичними/потенційними обстрілами тощо. Причиною такої невтішної ситуації є інертність як власне менеджерів, так і системи медичної освіти, яка не запропонувала їм сучасний методологічний інструментарій реагування на виклики сьогодення у сфері охорони здоров'я.

В ХНМУ більше десяти років доволі успішно функціонує ОПП «Управління у сфері охорони здоров'я», яка орієнтована у т.ч. на підготовку менеджерів ЗОЗ. Значна увагу приділяється не лише тому, щоб здобувачі вищої освіти отримали актуальні знання та навички, а і мали чітке розуміння щодо їх практичного застосування. Зокрема, у межах профільних освітніх компонентів значна увага приділяється специфіці медичної реформи, особливостям

цифровізації сфери охорони здоров'я, публічного реагування на виклики в умовах надзвичайного та воєнного стану тощо.

Зважаючи на запити стейкхолдерів, наразі актуалізується питання організації при ЗВО сертифікованої короткострокової програми «Менеджмент ЗОЗ в умовах надзвичайного та воєнного стану», у межах якої можна буде отримати актуальні знання та навички щодо належного реагування на виклики сьогодення у сфері охорони здоров'я. До викладання слід також залучати найбільш успішних практиків.

Отож, запорукою успіху є плідна співпраця ЗВО і ЗОЗ стосовно обміну кращими практиками та розробкою механізмів реагування на ймовірні виклики.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ**

**Кравченко М.В.**

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

Повномасштабне вторгнення значно загостило та ускладнило питання і проблеми людей з інвалідністю, що вимагає посиленої уваги держави та суспільства до перегляду підходів до публічної політики у цій сфері.

Чисельність людей з особливими потребами станом на початок 2022 р. складала 2,726 млн. осіб, у тому числі 162,2 тис. дітей з інвалідністю [1]. Унаслідок воєнних дій і постійних обстрілів цивільних об'єктів з боку російського агресора значно зросла кількість людей, які отримали поранення та інвалідність, збільшилась кількість людей, які отримали ампутацію кінцівок, як серед мирних мешканців, у т.ч. дітей, так і захисників України. Нині до осіб з інвалідністю належать: учасники АТО та/або ООС, особи з інвалідністю внаслідок війни, особи з інвалідністю від загального захворювання, особи з інвалідністю з дитинства, діти з інвалідністю, особи з інвалідністю внаслідок аварії на ЧАЕС, діти до 18 років з вадами слуху, зору, опорно-рухового апарату, особи з інвалідністю внаслідок нещасного випадку невиробничого характеру, особи похилого віку та інші.

Публічна політика у зазначеній сфері в складних умовах сьогодення зосереджена на: екстреному/кризовому наданні соціальних послуг у зв'язку з обставинами, що загрожують життю та/або здоров'ю отримувача соціальних послуг; спрощенні процедури отримання допоміжних засобів реабілітації; удосконаленні електронного кабінету особи з інвалідністю та електронної системи даних про осіб з інвалідністю, яка здійснюватиме моніторинг, щоб з'ясувати наскільки якісно отримуються реабілітаційні та соціальні послуги; перегляді підходів до встановлення інвалідності – від медичної до соціальної моделі інвалідності відповідно до Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я; розробці освітніх програм для підготовки протезистів відповідно до міжнародних стандартів; розгляді можливості щодо стимулювання компаній-виробників протезно-ортопедичних виробів розмішувати у післявоєнний період виробничі потужності в Україні; підготовці реформи для розвитку інклюзивного ринку праці, що включатиме

систему мотивації роботодавців, у тому числі за рахунок фінансової підтримки облаштування робочих місць та супроводу осіб із інвалідністю під час роботи, створенні суспільного середовища рівних можливостей, подоланні дискримінації та інтеграції їх у суспільне життя.

Зокрема, прийнято Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо надання соціальних послуг у разі введення надзвичайного або воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях», яким врегульовано питання щодо надання соціальних послуг екстренно/кризово (консультування, надання притулку, догляд, підтримане проживання, короткотермінове проживання, натуральна допомога, транспортні послуги тощо) у разі наявності загрози життю чи здоров'ю особи [2].

Спрощенню доступу до соціальної підтримки для людей з інвалідністю покликана сприяти Єдина інформаційна система соціальної сфери, основна мета якої дозволяє дистанційно, у тому числі з використанням застосунку "Дія", реєструватися та отримувати соціальні послуги, а також використовувати смартфон для оформлення соціальних послуг, що значно скорочує всі види бюрократії. Через цю систему люди з інвалідністю в Україні також можуть отримувати пряму підтримку від міжнародних організацій та донорів.

Значне збільшення кількості людей, які отримали ампутацію кінцівок, обумовило запровадження програми з реабілітації та безоплатного протезування цивільних громадян та учасників бойових дій, осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю, а також виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні та інші засоби реабілітації на безоплатне отримання допоміжних засобів реабілітації [3]. Законодавчо уточнено коло осіб, які мають право на зазначений вид державної допомоги. Зокрема, такими є «особи, у період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях під час служби, трудової та іншої діяльності, проживання на відповідній території отримали поранення, контузію, каліцтво або захворювання внаслідок військової агресії РФ проти України, перебуваючи безпосередньо в районах проведення воєнних дій та у період здійснення воєнних дій або в районах, що піддавалися бомбардуванням, авіаударам та іншим збройним нападам, у частині забезпечення їх допоміжними засобами реабілітації, медичними виробами, реабілітаційними послугами на підставі висновків лікарсько-консультативних комісій закладів охорони здоров'я чи рішень військово-лікарських комісій незалежно від встановлення їм інвалідності, у тому числі за кордоном, у порядку та на умовах, визначених Кабінетом Міністрів України» [4].

На базі вітчизняних підприємств формується нова система протезування за сучасними технологіями з використанням якісних складових кращих світових виробників. Спрощено спосіб подачі заяви на протезування у паперовій або електронній формі: до структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної держадміністрації, виконавчого органу сільської, селищної, міської, районної у місті (в разі її утворення) ради; до уповноваженої посадової особи з питань соціального захисту виконавчого органу сільської, селищної, міської ради; до центру надання адміністративних послуг; через електронний кабінет особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю у банку даних; через Єдиний державний вебпортал електронних послуг; до територіального відділення Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю.

Забезпечення допоміжними (технічними) засобами реабілітації постраждалих внаслідок воєнної агресії РФ здійснюється Фондом соціального захисту осіб з інвалідністю та його територіальних відділень, які активно співпрацюють з медично-реабілітаційними закладами, державними та місцевими органами влади, громадськими об'єднаннями, волонтерами, соціальними працівниками. Зокрема, майже 400 громадських об'єднань осіб з інвалідністю, в яких нараховується більше 1 млн. осіб, де більше 800 тис. – це особи з інвалідністю [5].

Вважаємо, що мають відбутися принципові зміни на рівні суспільної свідомості. Як показують соціологічні опитування, громадяни мають пройти процес усвідомлення масштабу проблеми інвалідизації українського суспільства через війну та набути позитивний досвід солідарності та взаємодії з людьми з інвалідністю. Результати опитування свідчать, що громадяни декларують високий ступінь схвалення соціальної інтеграції людей з інвалідністю та особистого комфорту у комунікації з ними, при цьому показник соціальної стигматизації говорить про інше. Особи з інвалідністю говорять про те, що вони вважають себе нещасливими, а люди відчують до них жалість. Респонденти з інвалідністю зазначають, що головна їхня потреба бути «видимими», прийнятими та нормалізованими інклюзивним суспільством. Вони хочуть бути суб'єктами змін у цьому напрямку, готові говорити про свої проблеми, залучатися в покращення публічного простору, роблячи його доступним та справедливим, прагнуть, щоб суспільство змінювало ставлення до них [6].

Підсумовуючи, зазначимо, що під час війни особи з інвалідністю з окремої категорії, здебільшого «прихованої» для соціуму, переходять у повноцінних членів суспільства, яких стає набагато більше і їх неможливо не помічати. Це і військові, і цивільне населення, яке вижило, але з порушенням здоров'я. Саме вони стають агентами змін і активістами по вдосконаленню політики, тому важливо гарантувати права особам з інвалідністю, виявляти їхні потреби та пріоритети та дотримуватись принципу "нічого для нас без нас". Роль і значення органів державної влади, місцевого самоврядування та громадянського суспільства – максимально допомогти, забезпечувати стійкість системи і процесів, запропонувати практичні інструменти та інноваційні рішення, здійснювати координацію і згуртованість, шукати нові можливості та рішення. Вважаємо, що такий підхід дасть синергетичний ефект від поєднання зусиль усіх учасників задля досягнення спільних цілей.

#### **Література:**

1. Офіційний сайт Державної служби статистики України  
<https://www.ukrstat.gov.ua/>

2. Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо надання соціальних послуг у разі введення надзвичайного або воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях» від 14.04.2022 № 2193-IX  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2193-20#Text>

3. Закон України «Про затвердження Порядку забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані такі засоби, їх переліку» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/321-2012-%D0%BF#Text>

4. Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення допоміжними засобами реабілітації осіб, постраждалих внаслідок військової агресії російської федерації проти України» від 1 квітня 2022 року № 2168-IX <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-20#Text>

5. Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю <https://www.ispf.gov.ua/>

6. Національне соціологічне дослідження про сприйняття людей з інвалідністю в Україні.

[https://ratinggroup.ua/research/ukraine/yak\\_naspravdi\\_ukrainske\\_suspilstvo\\_stavits\\_ua\\_do\\_lyudey\\_z\\_invalidnistyu.html](https://ratinggroup.ua/research/ukraine/yak_naspravdi_ukrainske_suspilstvo_stavits_ua_do_lyudey_z_invalidnistyu.html)

## **ОРГАНІЗАЦІЙНИ АСПЕКТИ МЕДИКО-ПРАВОВОГО СУПРОВОДУ СУДОВО-СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ**

***Брехлічук П.П.***

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород*

Судово-стоматологічна експертиза є важливою складовою сучасної судово-медичної практики, що набуває все більшої актуальності через зростання кількості кримінальних справ, пов'язаних із насильством, травмами ротової порожнини, ідентифікацією осіб у надзвичайних ситуаціях, бойовими травмами, а також професійними помилками стоматологів. В умовах інтенсифікації міграційних процесів, природних катастроф та воєнних конфліктів, судово-стоматологічна експертиза стає ключовим інструментом для вирішення проблем ідентифікації осіб, коли інші методи (наприклад, дактилоскопія або генетичний аналіз) не можуть бути використані через знищення тканин [1].

На сьогодні зростає необхідність удосконалення нормативно-правової бази та методології проведення судово-стоматологічної експертизи, адже новітні технології в стоматології, такі як 3D-моделювання та цифрова діагностика, дозволяють значно підвищити точність висновків і зменшити ймовірність експертних помилок. У контексті розвитку правової системи України актуальність питання судово-стоматологічної експертизи зумовлюється потребою у професійних експертних висновках, що ймовірно впливають на хід судових процесів і забезпечують справедливість під час прийняття судових рішень [2].

Додатково, з огляду на розвиток медичного права та підвищення вимог до контролю якості медичних послуг, особливо актуальним є питання розслідування медичних помилок у стоматології, у зв'язку з чим судово-стоматологічна експертиза є важливим інструментом для встановлення об'єктивних фактів у випадках професійної недбалості, що може впливати на репутацію фахівців і захист прав пацієнтів [3].

Актуальність вивчення організаційних аспектів медико-правового супроводу судово-стоматологічної експертизи є надзвичайно високою в сучасних умовах розвитку правової системи та системи охорони здоров'я, що пояснюється наступними важливими чинниками – зростанням ролі судової експертизи у кримінальних та цивільних справах, необхідністю забезпечення правомірності дій експертів, удосконаленням організаційних, медичних та інформаційних

технологій в стоматологічній практиці, певною кількістю випадків лікарських помилок і недбалості та впровадженням міжнародних стандартів і рекомендацій, розроблених Міжнародною асоціацією судових стоматологів та іншими фаховими організаціями, що сприяє підвищенню рівня судової медицини та інтеграції України у світовий медико-правовий простір [4, 5].

Метою і основним завданням дослідження було визначання та аналіз ключових організаційних аспектів медико-правового супроводу судово-стоматологічної експертизи та оцінка їх значення для забезпечення правомірності, об'єктивності та ефективності проведення експертних досліджень у межах судової системи України.

Теоретичні основи судово-стоматологічної експертизи охоплюють наукові підходи до ідентифікації осіб, аналізу стоматологічних травм і професійних помилок, а також встановлення причинно-наслідкових зв'язків між діями або бездіяльністю стоматолога та наслідками для пацієнта.

Організаційна структура судово-стоматологічної експертизи є багаторівневою системою, яка складається з різних етапів процесу проведення експертизи, а також взаємодії між установами та фахівцями, залученими до цього процесу. Організація судово-стоматологічної експертизи залежить від національної правової системи, спеціалізації експертів, а також вимог до проведення досліджень та складання експертних висновків. Основними учасниками організаційної структури судово-стоматологічної експертизи є судово-медичні експерти, судово-медичні установи правоохоронні органи та юридичні представники сторін, налагодження взаємодія між якими забезпечує високу ефективність судово-стоматологічної експертизи.

Процедурні аспекти проведення судово-стоматологічної експертизи охоплюють низку етапів, які спрямовані на забезпечення повного, об'єктивного та законного виконання експертного дослідження та складаються з наступних основних етапів – призначення експертизи, вибору експерта або експертної установи, підготовки матеріалів для дослідження, проведення експертизи (судово-стоматологічної ідентифікації, оцінки травми зубів, щелеп або м'яких тканин ротової порожнини та оцінки якості стоматологічної допомоги, правильність застосованих методів та технічних засобів), складання експертного висновку з представленням (за необхідності) експерта в суді і зберігання та облік матеріалів експертизи.

Медико-правовий супровід судово-стоматологічної експертизи, основними завданнями якого є дотримання норм чинного законодавства, підвищення рівня довіри до судово-стоматологічної експертизи та забезпечення права на справедливий суд, визначається як система заходів, спрямованих на забезпечення законності проведення експертизи, захист прав учасників та формування обґрунтованих і науково-обґрунтованих висновків. Судово-стоматологічна експертиза в Україні регулюється Законом України «Про судову експертизу» [6], Кримінальним процесуальним кодексом України [7] та низкою наказів Міністерства охорони здоров'я України, які встановлюють стандарти та процедури проведення медичних експертиз, в тому числі і стоматологічних [8–12].

Під час проведення судово-стоматологічної експертизи важливим є забезпечення дотримання прав пацієнтів та експертів з дотриманням етичних норм та їх професійної відповідальності.

Серед основних викликів, що стоять перед медико-правовим супроводом судово-стоматологічної експертизи, найбільш актуальними є необхідність оновлення діючого законодавства та певні проблеми з доступом до інформації

Перспективи розвитку медико-правового супроводу передбачають інтеграцію нових технологій, що можуть підвищити точність досліджень та розробку міжнародних стандартів і рекомендацій, що дозволять покращити практику судово-стоматологічної експертизи.

Таким чином, медико-правовий супровід судово-стоматологічної експертизи є важливим інструментом забезпечення правопорядку, захисту прав пацієнтів та експертів, а також підвищення ефективності судової системи України.

Організаційна структура судово-стоматологічної експертизи базується на тісній співпраці різних інституцій та фахівців, які беруть участь у проведенні досліджень і наданні висновків. Вона охоплює всі етапи – від призначення експертизи до подання результатів у суді. Важливою складовою є впровадження новітніх технологій та дотримання нормативних вимог, що забезпечує точність, об'єктивність та правомірність отриманих результатів.

Проведення судово-стоматологічної експертизи є складним процесом, що включає дотримання ряду процедурних етапів. Важливим є не лише технічна сторона дослідження, але й правова обґрунтованість усіх дій, починаючи від призначення експертизи і до складання її висновків. Організаційні та процедурні аспекти мають забезпечувати відповідність експертизи законодавчим нормам, що гарантує її правомірність та ефективність у судових процесах.

Медико-правовий супровід судово-стоматологічної експертизи є важливою складовою правового процесу, що сприяє забезпеченню об'єктивності, точності та справедливості в дослідженнях. Підвищення рівня якості судово-стоматологічної експертизи в Україні базується на дотриманні нормативних актів, захисті прав учасників процесу та також на впровадженні інноваційних технологій.

### **Література:**

1. Михайличенко Б.В., Біляков А.М., Франчук В.В. (2024), Судова стоматологія : підручник, Київ: ВСВ "Медицина". 263 с.
2. Костенко Є.Я., Гончарук-Хомін М.Ю. (2018). Судова стоматологія: навчальний посібник. Ужгород: "Говерла". 40 с.
3. Krishan K., Kanchan T., Garg A.K. (2021). Dental evidence in forensic identification – An overview, methodology and present status. *The Open Dentistry Journal*, 9, 250–256.
4. Білецька Г.А. (2020). Особливості проведення судово-стоматологічної експертизи в Україні. *Судово-медична експертиза*, 1, 56–62.
5. Avon S.L. (2019). Forensic odontology: the roles and responsibilities of the dentist. *Journal of the Canadian Dental Association*, 70(7), 453–458.
6. Закон України "Про судову експертизу" від 25.02.1994 № 4038-ХІІ (зі змінами та доповненнями). [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4038-12#Text> (дата звернення 02.10.2024).

7. Кримінальний процесуальний кодекс України від 13.04.2012 № 4651-VI. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4651-17#Text> (дата звернення 02.10.2024).

8. Наказ МОЗ України від 11.03.2013 р. № 240 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо проведення судово-стоматологічної експертизи». [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/nakazi> (дата звернення 30.09.2024).

9. Наказ МОЗ України від 05.01.2016 р. № 6 «Про затвердження Порядку проведення судово-медичних експертиз». [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/nakazi> (дата звернення 30.09.2024).

10. Наказ МОЗ України 25.05.2018 р. № 313 від «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги при травмах обличчя та ротової порожнини». [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/nakazi> (дата звернення 30.09.2024).

11. Наказ МОЗ України № від 19.09.2019 р. 619 «Про затвердження Правил організації судово-медичної експертизи в Україні». [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/nakazi> (дата звернення 30.09.2024).

12. Наказ МОЗ України від 18.05.2020 р. № 278 «Про затвердження змін до деяких наказів МОЗ України в частині проведення судово-медичних експертиз». [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/nakazi> (дата звернення 30.09.2024).

## **САМОЗБЕРЕЖУВАЛЬНА ПОВЕДІНКА І ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я У КОНТЕКСТІ ТАЙМ-МЕНЕДЖМЕНТУ**

**Хижняк Л.М.**

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, м. Харків*

Серед Цілей Сталого Розвитку системоутворюючою, тобто такою, що визначає саме існування суспільства і успішність реалізації інших цілей, є Ціль 3 – «Міцне здоров'я і благополуччя». Її досягнення потребує нових соціальних технологій, у тому числі часового менеджменту і самоменеджменту, часової компетентності для самозбереження і розвитку індивідів, груп, спільнот різного рівня.

Затребуваність практик самозбереження людини, у тому числі в сфері здоров'я, зумовлена трансформаційними процесами у сучасному суспільстві і є відповіддю на виклики часу, інституційні зміни і підвищення ролі здоров'я в системі життєвих цінностей.

Науковці виділяють такі ознаки самозбережувальної поведінки: «мотивація до збереження і покращення якості життя, дотримання правил особистої гігієни (здоровий спосіб життя), схильність брати на себе відповідальність за свої вчинки (інтернальний локус контролю), самореалізація (саморозуміння і прийняття себе), життєстійкість» [1, с. 94]. Наразі актуалізована темпоральність у самозбереженні, що є науковою і практичною проблемою в суспільстві ризику з високою турбулентністю соціальних відносин.

Соціальну темпоральність як часова характеристика соціальних змін розкрито у [2]; сутність, чинники, специфіку здоров'язбережувальної поведінки студентської молоді визначено у [3]; роль часової компетентності як чинника успішності та благополуччя людини з'ясовано у [4]; також ідентифіковано деякі міфи про тайм-менеджмент [5]; узагальнено численні розробки методів тайм-менеджменту [6; 7]. Однак ці напрацювання потребують адаптації використання у сфері здоров'язбережувальної поведінки і громадського здоров'я.

Існує багатозначність поняття здоров'я: індивідуальне, соціальне, політичне, державне, приватне, економічне, наукове, цифрове та промислове тощо. Політика громадського здоров'я спирається на ціннісно-соціальну модель здоров'я і покликана створити нові інструменти для громадян, серед яких – використання часу як особливого життєвого ресурсу, якому притаманні насамперед такі риси: обмеженість, невідновність, незворотність, потенційна конвертованість у дії по досягненню важливих життєвих цінностей, планів.

Тайм-менеджмент умовно складає тріада: індивідуальний (особистісний) тайм-менеджмент, менеджмент робочого часу, менеджмент вільного часу.

Методи особистісного тайм-менеджменту сприяють економії часового ресурсу, дозволяють особистості мінімізувати часові витрати і загалом стати хазяїном свого життєвого часу, опанувати його для досягнення мети та реалізації життєвих планів, знаходити можливості для профілактичних медичних обстежень, рухливої активності (занять спортом), освіти і самоосвіти, задоволення духовних (культурних) потреб, отримання задоволення від життя.

Сприйняття та освоєння часу на особистісному рівні присвячена низка методів тайм-менеджменту. У більшості з них за основу планувальників часу береться пріоритизація завдань. Серед існуючих на даний момент методів варто звернути увагу на методи зі здоров'язбережувальним акцентом, серед яких: Матриця Ейзенхауера (розставляє пріоритети використання часу за критеріями терміновості і важливості, що знижує рівень стресу); Метод «90 на 30» (пропонується виділяти півтори години на роботу та пів години на відпочинок для попередження втоми і збереження працездатності); Техніка «10-10-10» (сегментація рішень за їх необхідністю на малі, середні та великі за день і їхню значущістю через 10 хвилин, 10 місяців, 10 років); Метод 1-3-5 (на добу планувати виконувати дев'ять справ: на одну найважливішу витратити максимум часу, три справи виконати протягом дня обов'язково і п'ять – по можливості); Метод «Огідної жаби» (найважчі справи виконувати по одній зранку) та ін. Численні методи і техніки тайм-менеджменту, що є у розпорядженні особистості, розширюють її можливості керувати часом, допомагають ефективно використовувати часовий ресурс при виконанні робочих, особистих чи навчальних завдань і мати вільний час для саморозвитку.

Досягнення балансу у системі «робота – життя» за допомогою інструментів тайм-менеджменту – шлях подолання негативних наслідків трудоголізму як залежності, коли особистість втрачає відчуття межі між робочим і вільним часом і контроль за самопочуттям, усувається від виконання інших соціальних ролей, крім трудових занять. Управління вільним часом передбачає використання часу не тільки для сенсорних задоволень, а й для так

званого серйозного дозвілля у виді соціального служіння (наприклад, волонтерської діяльності).

Для всього цього необхідна часова компетентність особистості як «почуття часу», що дозволяє раціонально планувати і використовувати час, визначати й усувати його зайві і непередбачувані витрати. Тайм-менеджмент перетворився на життєву філософію ділових людей, є чинником їхньої успішності в різних видах діяльності. Обстеження використання часу стають підґрунтям для формування та оцінювання заходів у сферах економіки, політики, культури, роботи і дозвілля на основі врахування принципів громадського здоров'я.

Висновки. Збереження й укріплення здоров'я є турботою особистості. При цьому особистість стає суб'єктом самозбереження і самотворення здоров'я тоді, коли адекватно сприймає як соціальний час (особливо вимоги та можливості, які він надає), так і власний біологічний та психологічний час. Підтримка власного соціального здоров'я (фізичного, психічного, соціального і загалом ментального) у контексті особистісного тайм-менеджменту передбачає самореалізацію на таких рівнях: когнітивний рівень включає знання про методи та інструменти тайм-менеджменту; емоційний рівень надає особистості емоційну стійкість і почуття впевненості у керуванні власним часом; мотиваційно-поведінковий рівень фіксує відповідальну поведінку щодо здоров'я і здорового способу життя.

Взаємодія індивідів і спільнот (організацій) із цифровим світом (використання комп'ютерів, телефонів, планшетів, різних цифрових пристроїв) викликає необхідність дослідження часу у різних практиках повсякдення, виконання робочих завдань, участі в громадському житті тощо. Тобто світ стоїть на порозі розробки і впровадження нових методів управління, що базуються на збереженні різних форм здоров'я людей, життєдіяльність яких проходить у реальному, віртуальному і змішаному комунікативному просторі.

#### **Література:**

1. Пилявець Н. І. Дослідження психологічних особливостей самозбережувальної поведінки студентської молоді. *Габітус*. 2023. Випуск 51. С. 93–97.

2. Жарко Я. Ю. Соціальна темпоральність як часова характеристика соціальних змін: дефініція та параметральні складники. *Габітус*. 2023. Вип. 48. С. 11-15.

3. Руденок А. І. Войчишин О. О. Психологічні чинники та умови формування здоров'язбережувальної поведінки сучасної молоді. *Наукові записки. Серія: Психологія*. 2024. Випуск 1(3). С. 132–138.

4. Полещук Л. В. Психологічна структура часової компетентності в контексті успішності та благополуччя людини. *Габітус*. 2023. Вип. 48. С. 136-140.

5. Домбровська Ю. Встигнути все: міфи про тайм-менеджмент. 2023. <https://journal.maudau.com.ua/svidomi-trendu/mify-pro-taim-menegment/> (дата звернення: 1.10.2024).

6. Кириченко І. В. Класичні підходи до тайм-менеджменту в сучасних реаліях / І. В. Кириченко, М. Г. Шленьова. *Науковий огляд*. 2022. Том 1, № 81. С. 18-29. <https://naukajournal.org/index.php/naukajournal/article/view/2446> (дата звернення: 1.10.2024).

7. Шулежко В. Тайм-менеджмент. Методи управління часовим ресурсом. 2022.  
[https://lb.ua/society/2022/02/22/506318\\_taymnedzhhment\\_metodi\\_upravlinnya.html](https://lb.ua/society/2022/02/22/506318_taymnedzhhment_metodi_upravlinnya.html) (дата звернення: 1.10.2024).

## **СТРАТЕГІЇ РОЗВИТКУ ТА ВДОСКОНАЛЕННЯ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

**Ленська О.В., Трач О.О., Власов А.В.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

*Актуальність* теми дослідження обумовлена важливою роллю сфери охорони здоров'я у соціально-економічному розвитку країни та підвищенні загального рівня благополуччя населення. Оскільки надання якісних медичних послуг вимагає значних матеріальних і фінансових ресурсів, питання ефективного фінансування охорони здоров'я стає ключовим для розвитку цієї сфери. В умовах обмежених бюджетних ресурсів та недосконалих механізмів державного регулювання постає необхідність перегляду фінансових підходів, забезпечення їх раціонального розподілу та створення багатоканальних механізмів залучення коштів. Економічна криза, викликана війною, посилила ці проблеми, що робить дослідження шляхів підвищення ефективності фінансування особливо актуальним для України.

*Мета роботи:* провести аналіз сучасного стану фінансового забезпечення та виявити напрями оптимізації механізмів державного регулювання в сфері фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні.

*Методи дослідження:* у роботі використано ряд загальнонаукових методів (таких як теоретичний аналіз літератури, аналіз, синтез, систематизація, узагальнення теоретичних та емпіричних знань у сфері державного регулювання фінансового забезпечення охорони здоров'я); описові та графічні методи для наочного представлення результатів аналізу та методи моделювання та прогнозування для оцінки ефективності запропонованих заходів.

Триваючий процес реформування системи охорони здоров'я в Україні викликає значний інтерес дослідників, оскільки уряд країни виділяє значну частину ВВП на фінансування медичних послуг. Водночас рівень ВВП на душу населення залишається низьким порівняно з країнами Європи, що створює значні виклики [1]. Більшість країн із порівнянними витратами на охорону здоров'я досягли позитивних результатів щодо тривалості життя та рівня смертності, що свідчить про важливу роль державного регулювання фінансування. Однак проведені реформи не досягли очікуваної ефективності. Одноканальна система фінансування, яка не враховує відмінності у вартості медичного обладнання та кваліфікації лікарів, обмежує можливості медичних закладів розвиватися та впроваджувати нові технології. Це потребує глибшого перегляду фінансових підходів і залучення альтернативних джерел фінансування [2].

Галузь охорони здоров'я відіграє важливу роль у забезпеченні якості життя, що безпосередньо впливає на економічний стан країни. Однак, сучасна

система фінансового забезпечення охорони здоров'я, що включає бюджетні кошти, страхові фонди та приватні джерела фінансування, стикається з численними викликами. Однією з основних проблем є недостатність державного фінансування, що зумовлює заміщення безкоштовних медичних послуг платними [3]. Економічна криза та нестабільність значно ускладнюють процес фінансування, що знижує рівень доступу до медичних послуг. Недостатнє фінансування також впливає на впровадження інновацій та модернізацію медичних установ. Впровадження реформ, зокрема децентралізації, сприяло нерівномірному розподілу фінансових ресурсів між регіонами, що підсилює регіональні відмінності [4]. Запровадження нових методів фінансування амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги відбувається на тлі недосконалих механізмів ціноутворення та розподілу ресурсів. Наразі, відсутність точного розрахунку витрат на медичні послуги у різних регіонах перешкоджає проведенню ефективного конкурентного фінансування та належної оцінки клініко-економічної ефективності наданих послуг [5].

Таким чином, зміни у системі фінансування охорони здоров'я не призвели до формування мотивації для підвищення ефективності використання ресурсів, що потребує подальшого вдосконалення механізмів регулювання та фінансової підтримки галузі.

Висновки:

1. Основним завданням реформ є забезпечення збалансованості державних гарантій медичної допомоги та їх фінансового забезпечення. Важливо чітко визначити перелік безкоштовних послуг і ліків, забезпечити фінансування та оптимізувати управління відомчими медичними установами, щоб уникнути неефективного використання ресурсів. Державі необхідно посилити контроль за зростанням платних послуг, щоб запобігти дискримінації малозабезпечених громадян, а також уникнути подальшої комерціалізації медицини, яка може призвести до самоліккування.

2. Важливим елементом реформи є вдосконалення обов'язкового соціального медичного страхування та розвиток добровільного медичного страхування, яке повинно доповнювати, а не дублювати державні послуги. Потрібно впровадити критерії якості медичних послуг і забезпечити ефективне планування та управління медичними ресурсами. Державі слід зосередитися на підвищенні ефективності використання бюджетних коштів, особливо в галузі первинної медико-санітарної допомоги, а також на розвитку централізованих медичних служб для оптимізації витрат.

3. Удосконалення системи фінансування охорони здоров'я вимагає комплексного підходу, включаючи розвиток інформаційних систем, модернізацію медичних закладів та покращення якості лікарських засобів. Важливою складовою є забезпечення прозорості та раціонального використання ресурсів, що дозволить підвищити ефективність функціонування всієї системи охорони здоров'я.

4. Для вдосконалення системи охорони здоров'я України необхідно запровадити кілька ключових заходів. Перш за все, важливо підвищити відповідальність лікарів за професійні помилки шляхом обмеження оплати за їх недоліки та передачі контролю за якістю наданих послуг незалежним експертам. Попередження захворювань на ранніх стадіях через безкоштовні

обстеження може значно зменшити витрати на лікування та підвищити ефективність системи. Не менш важливим є стимулювання населення до здорового способу життя та формування відповідального ставлення до власного здоров'я через програми заохочення.

5. Необхідно запровадити багатоканальне фінансування системи охорони здоров'я, поєднуючи державні, страхові та приватні ресурси для підвищення стійкості та ефективності фінансування. Важливо вдосконалити механізми контролю за якістю медичних послуг та підвищити відповідальність лікарів, залучивши незалежних експертів. Стимулювання здорового способу життя та профілактичні обстеження можуть значно зменшити витрати на лікування серйозних захворювань. Для збільшення фінансових ресурсів галузі слід реформувати систему стягнення внесків, враховуючи всі види доходів, що забезпечить стабільне фінансування охорони здоров'я. Законодавче регулювання має запобігти неформальним платежам у системі охорони здоров'я, забезпечивши доступність гарантованих безкоштовних послуг.

#### **Література:**

1. Мальований М.І. Стан та проблеми державного фінансування охорони здоров'я в Україні. Проблеми економіки. 2019. № 4. С. 116–124.

2. Барзилович А. Д. Фінансовий механізм державного регулювання розвитку охорони здоров'я України. URL : [https://doi.org/10.32689/2618-0065-2020-3\(5\)-34-47](https://doi.org/10.32689/2618-0065-2020-3(5)-34-47)

3. Філіпова Н.В. Аналіз системи фінансування охорони здоров'я в Україні. Проблеми і перспективи економіки та управління. 2021. № 1 (25). С. 151–158.

4. Камінська Т.М. Децентралізація як умова ефективного фінансування лікувальних закладів. Вектори розвитку фінансового потенціалу суб'єктів господарювання: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (Харків, 1–5 лютого 2014 р.). Харків, 2017. С. 235–239.

5. Смірнова Т.М. Формування державної політики з охорони здоров'я в Україні. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я в Україні. 2019. № 2(60). С. 5–9.

## **ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ЦИФРОВОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**Стоян А.О., Мельниченко О.А.** (керівник роботи)  
*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Наразі цифровізація документів охопила весь світ, і Україну також. Цифрові паспорти у додатку «Дія», облікова документація та безліч інших ресурсів було цифровізовано задля полегшення життя населення. Нині світова охорона здоров'я переживає цифрову революцію та запроваджує ще більше новітніх інтернет-ресурсів для лікування пацієнта. Не стоїть обабіч і вітчизняна сфера охорони здоров'я, де своє гідне місце зайняла така цифрова технологія як система eHealth. Вона є не тільки зручною у використанні, а і доступною кожному пацієнту. Проте особливо корисною ця система є для лікарів, оскільки

вміщує медичні дані про пацієнта, формує електронну чергу, електронне направлення... До того ж, якщо у пацієнта були втрачені усі медичні документи, інформація про нього буде зберігатись у базі даних eHealth. Ба більше, перспективи створення глобальної інтернет-платформи лікарів, пацієнтів та електронного документообігу є більш необхідними для зручного та швидкого обслуговування пацієнтів, що, зрештою, й обумовлює актуальність даного дослідження.

Цифрове управління – це процес, інтеграція, стратегія та впровадження нових моделей управління задля виведення системи охорони здоров'я України на новий рівень. Воно складається з центральної бази даних (ЦБД) та електронних медичних систем (МІС) [2]. Цей вид управління має бути спрямований на додаткову та своєчасну діагностику захворювань, надання послуг першочергово або на вимогу, поглиблення медичних обстежень. Цифрове управління має відповідну нормативно-правову базу, кадрові ресурси, стандарти та положення, залучає інвестиції у нові проєкти, об'єднує різні сегменти сфери охорони здоров'я.

Основними перевагами цифрової системи управління [1] є такі: швидкий та автоматичний обмін інформацією між лікарем і пацієнтом; формування загальної бази даних та індивідуальної електронної карти, в якій будуть наявні попередні діагнози, анамнез, результати лікування пацієнта, висновки лікаря, лабораторні дослідження, інформація про алергічні захворювання та протипоказання до використання препаратів. Дистанційний підхід системи для пацієнта також має переваги, оскільки запис до лікаря є зручним і постійно можливим, можна перевірити розклад і вибрати зручну дату та час, пацієнту більше не потрібно стояти у черзі в лікарні (яка є електронно-сформованою), а також ознайомитись з переліком можливих діагностичних досліджень.

До недоліків використання цифрового управління у сфері охорони здоров'я належать такі: великий обсяг електронних записів, що може призводити до перевантаження системи та не буде забезпечуватись безперервність роботи; недостатнє покриття інтернету і тому швидкість та якість електронних послуг може суттєво погіршуватись; дані електронних медичних карток пацієнтів можуть бути «зламани» хакерами та скомпроментовані, відмови лікарів від використання електронної бази даних і неефективне використання цифрових ресурсів закладами медичної допомоги. Тому, актуальним є вирішення проблеми оптимізації цифрового управління та постійне запровадження нових інформаційних технологій, створення нових інформаційних систем, які будуть під'єднані до основної системи eHealth та будуть працювати разом з нею.

Отож, запровадження цифрового управління у сфері охорони здоров'я України має свої переваги та недоліки, врахування яких має стати вагомим підґрунтям для подальшого організаційно-технологічного забезпечення медичної реформи, як запоруки збалансованого розвитку цієї важливої сфери національної економіки.

#### **Література:**

1. Онлайн медицина: переваги eHealth-системи. EMCI. URL: <https://emci.ua/novyny/onlajn-medycyna-perevahy-ehealth-systemy/> (дата звернення 06.10.2024).

## **ІНСТРУМЕНТИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ КОМУНАЛЬНИХ НЕКОМЕРЦІЙНИХ ПІДПРИЄМСТВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

***Дворніцька М.Р.***

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

В умовах реформування медичної галузі, економічних змін і необхідності підвищення якості та доступності медичних послуг особливої актуальності набувають питання дослідження інструментів публічного управління розвитком комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я. Комунальні некомерційні підприємства (далі – КНП) є основними інституціями, які забезпечують надання медичних послуг на місцевому рівні, а ефективне управління їх діяльністю безпосередньо впливає на рівень здоров'я населення.

Реформи децентралізації та впровадження нових моделей фінансування, зокрема через Національну службу здоров'я України (НСЗУ), актуалізують необхідність розробки сучасних інструментів публічного управління, які дозволять оптимізувати ресурси, підвищити ефективність роботи медичних закладів та покращити якість медичних послуг, що є стратегічно важливим для забезпечення стійкості та стабільності системи охорони здоров'я. Крім того, в умовах розвитку цифрової держави, інтеграція інноваційних рішень, зокрема електронного управління охороною здоров'я (eHealth), підвищує актуальність дослідження впливу публічного управління на розвиток КНП.

Дослідження цієї теми дозволить виявити ефективні інструменти публічного управління, які сприяють сталому розвитку комунальних некомерційних підприємств у сфері охорони здоров'я, що особливо важливо для підвищення загального рівня здоров'я населення, доступності медичних послуг і стабільності медичної системи в умовах економічних та соціальних змін.

Питання публічного управління охороною здоров'я були предметом досліджень багатьох науковців, серед яких варто відзначити М. Белінську, Д. Карамішева, О. Мельниченка, М. Музику, Ж. Овчарову, Л. Самілика, Я. Радиша, О. Хамходера та інших. Вагомий внесок у вивчення предмета охорони здоров'я здійснено рядом зарубіжних дослідників, зокрема: Jakovljevic M., Camilleri C., Rancic N., Grima S., Jurisevic M., Grech K., Buttigieg S. С. Однак сьогодні в умовах реформування системи охорони здоров'я потребують адаптації інструменти публічного управління розвитком КНП сфери охорони здоров'я.

Здоров'я кожного громадянина України є однією з ключових умов існування держави та важливим чинником суспільної єдності, який повинен залишатися в центрі уваги будь-якої публічної інституції. На жаль, інструменти, що забезпечують належний рівень охорони здоров'я, мають суттєві недоліки,

які особливо проявляються під час кризових ситуацій, таких як військові конфлікти. Саме тому важливо регулярно оцінювати розвиток системи публічного управління, аналізувати помилки і працювати над її вдосконаленням, щоб забезпечити гнучкість та ефективність навіть у надзвичайних умовах.

В цілому публічне управління розвитком комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я може бути визначено як комплекс заходів і дій з боку державних і місцевих органів влади, спрямованих на забезпечення ефективного функціонування, модернізацію та розвиток медичних установ, що належать до комунальної власності та не мають на меті отримання прибутку. Це управління включає в себе стратегічне планування, нормативно-правове регулювання, фінансове забезпечення, контроль якості медичних послуг та стимулювання інновацій, з метою надання доступної та якісної медичної допомоги населенню. Основна мета такого управління полягає в оптимізації ресурсів, підвищенні ефективності надання медичних послуг, дотриманні соціальної справедливості та забезпеченні сталого розвитку системи охорони здоров'я в інтересах громади.

На основі систематизації наукових досліджень у сфері державного регулювання діяльності медичних закладів, можемо виокремити такі інструменти публічного управління розвитком комунальних некомерційних підприємств (КНП) сфери охорони здоров'я:

1. Нормативно-правові, які включають закони та підзаконні акти, що визначають правові рамки діяльності КНП, включаючи їх створення, організацію роботи, фінансування та взаємодію з іншими організаціями. Серед основних нормативних актів варто відзначити: Конституцію України [1], Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [2], Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [5], Закон України «Про місцеві державні адміністрації» [10], Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» [9], Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності» [8], Положення про Національну службу здоров'я України [3], Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики [7] тощо.

2. Фінансові інструменти, які об'єднують: бюджетне фінансування з метою підтримки КНП з місцевих або державного бюджету для реалізації програм щодо забезпечення надання соціально значущих медичних послуг; грантове фінансування через залучення додаткових фінансових ресурсів через гранти, програми міжнародних організацій або фондів для розвитку інфраструктури та впровадження нових технологій; медичне страхування шляхом залучення фінансування через обов'язкове чи добровільне медичне страхування; регулювання тарифів НСЗУ через встановлення тарифів на медичні послуги для забезпечення їх соціальної доступності.

3. Адміністративно-організаційні інструменти, які включають моніторинг і контроль якості послуг шляхом ліцензування медичної практики та акредитації діяльності медичних установ відповідно до визначених вимог; управління людськими ресурсами шляхом забезпечення належного рівня кваліфікації медичного персоналу через навчання, підвищення кваліфікації та інші форми професійного розвитку, вимоги до якого визначені у Положенні про

систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я, затверженому постановою КМУ від 28.03.2018 р. № 302 [4].

4. Економічні інструменти реалізуються шляхом забезпечення самоокупності та самофінансування КНП та надання їм можливостей самостійного управління фінансовими ресурсами та генерації додаткових доходів через платні послуги чи інші форми комерційної діяльності.

5. Соціально-комунікаційні інструменти реалізуються через громадське обговорення та залучення громадян участі в управлінні КНП [6], отримання відгуків пацієнтів; забезпечення прозорості і відкритості діяльності за рахунок регулярної публікація фінансових звітів, проведення аудиту, щорічного звітування керівництва КНП про діяльність перед громадськістю та колективом підприємства.

6. Інноваційні та цифрові інструменти впроваджуються через імплементацію електронної системи охорони здоров'я (eHealth), використання інформаційних технологій для ведення медичних записів, управління медичними послугами, комунікації між лікарями та пацієнтами; запровадження та легалізація телемедицини, що дозволяють надавати медичні консультації та послуги пацієнтам віддалено.

Отже, необхідність комплексного використання інструментів публічного управління для розвитку комунальних некомерційних підприємств у сфері охорони здоров'я зумовлена потребою в підвищенні ефективності, доступності та якості медичних послуг. Комплексний підхід включає фінансове забезпечення, нормативно-правове регулювання, використання економічних, соціально-комунікаційних та інноваційних інструментів. Це дозволяє забезпечити стійкий розвиток медичних закладів, оптимізувати ресурси, підвищити прозорість і контроль за наданням послуг, що особливо важливо в умовах сучасних викликів і реформ у галузі охорони здоров'я.

#### **Література:**

1. Конституція України : Закон України від 28.06.1996 р. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. Ст. 141.

2. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. *Відомості Верховної Ради України*. 1993. № 4. Ст. 19. 16.

3. Положення про Національну службу здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017. *Офіційний вісник України*. 2018. № 15. Ст. 29.

4. Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я, затвержене постановою КМУ від 28.03.2018 р. № 302. *Офіційний вісник України*. 30.07.2021. № 58, стор. 213, стаття 3606.

5. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. від 02.02.2018 р., № 5, стор. 5, стаття 31

6. Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики : Постанова Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2010 р. № 996. *Офіційний вісник України* 2010. № 84. Ст. 36.

7. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики : Постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 р. *Офіційний вісник України*. 2016. № 30. Ст.

8. Про ліцензування видів господарської діяльності : Закон України від 02.03.2015 р. *Відомості Верховної Ради України*. 2015. № 23. Ст. 1234.

9. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21.05.1997 р. *Офіційний вісник України*. 1999. № 25. Ст. 20. 15.

10. Про місцеві державні адміністрації: Закон України від 09.04.1999 р. *Офіційний вісник України*. 1999. № 20. Ст. 190.

## Секція 8. МЕДИЧНА ОСВІТА, НАУКА ТА ПРАКТИКА

### ПРОЄКТНИЙ ПІДХІД В ПІДГОТОВЦІ МАГІСТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

**Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І.**

*Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро*

Цілями і програмними результатами підготовки магістрів з громадського здоров'я, визначеними відповідним стандартом вищої освіти України, є не лише отримання необхідних знань, але й засвоєння практичних навичок щодо вирішення актуальних проблем охорони здоров'я [1]. Зокрема до числа основних програмних результатів відносяться «розробка заходів з профілактики захворювань та сприяння їх реалізації; розробка та впроваджувати стратегій, політики та окремих заходів у сфері промоції здоров'я» тощо.

Одним з найбільш ефективних способів засвоєння практичних навичок є проєктний підхід – освітня технологія, яка дозволяє студентам працювати над вирішенням конкретної проблеми, активно застосовуючи на практиці набуті знання [2].

В рамках вивчення громадського здоров'я можуть бути реалізовані проєкти по різних напрямках: дослідження та аналіз (епідеміологічні дослідження, Оцінка ефективності програм громадського здоров'я), розробка стратегій та комплексів заходів (наприклад – розробка комплексних програм профілактики, стратегій комунікацій тощо), організація взаємодії з громадами (наприклад – з органами місцевого самоврядування, громадськими організаціями тощо).

Проєктний підхід планується широко застосовувати на кафедрі соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Дніпровського державного медичного університету при підготовці магістрів громадського здоров'я. Для роботи над проєктом передбачається розподіл студентів на малі групи (3-4 особи), кожна з яких протягом семестру (краще на другому році навчання) розробляє проєкт з наступним його публічним захистом.

Підготовка проєкту складатиметься з таких основних фаз або етапів:

1. Визначення або постановка проблеми;
2. Мета проєкту;
3. Завдання проєкту;
4. Етапи реалізації проєкту (підготовчий, розробка програми, реалізація програми, оцінка її ефективності);
5. Очікувані результати.

Доведено, що проєктний підхід до освітнього процесу характеризується низкою переваг[3]:

- Підвищення ефективності навчання – цілеспрямована робота над проєктами дозволяє студентам засвоювати матеріал глибше та освоювати практичні навички.
- Розвиток навичок командної роботи – робота над проєктами в команді навчає студентів взаємодіяти один з одним, спільно вирішувати проблеми та досягати спільних цілей.

- Формування проектного мислення – проектний підхід навчас студентів мислити системно, аналізувати інформацію, планувати свою діяльність та досягати поставлених цілей.

- Підвищення мотивації до навчання – робота над цікавими та актуальними проектами підвищує мотивацію студентів до навчання та робить освітній процес більш привабливим.

Таким чином, використання проектного підходу дозволить підвищити якість підготовки магістрів громадського здоров'я, сформувати у студентів необхідні навички та компетенції, спрямовані на покращення галузі охорони громадського здоров'я, а також сприяти розвитку у студентів креативності та інноваційного мислення, підвищенню адаптивності до змін та формуванню у студентів відповідальності за результат своєї роботи.

#### **Література:**

1. Стандарт вищої освіти України за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» галузі знань 22 «Охорона здоров'я» для другого (магістерського) рівня вищої освіти: Наказ від 12.12.2018 р. № 1383.

URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/12/21/229-gromadske-zdorovyia-magistr.pdf>

2. Kokotsaki D., Menzies V., Wiggins A. Project-based learning: A review of the literature. *Improving Schools*. 2016. Vol. 19, no. 3. P. 267–277. URL: <https://doi.org/10.1177/1365480216659733> (date of access: 15.08.2024).

3. Evenddy S.S. Gailea N. Syafrizal S. Exploring the Benefits and Challenges of Project-Based Learning in Higher Education. *PPSDP International Journal of Education*. 2023. Vol. 2, no. 2. P. 458–469. URL: <https://doi.org/10.59175/pijed.v2i2.148>.

## **ОПТИМІЗАЦІЯ ФОРМУВАННЯ НАВИЧОК ОРАТОРСЬКОГО МОВЛЕННЯ У ВИКЛАДАННІ ОК «ДІЛОВА ІНОЗЕМНА МОВА»**

***Корнейко І.В., Петрова О.Б., Овсяннікова Г.В.***

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

У сучасному світі здатність спілкуватися іноземною мовою, зокрема англійською, є важливою професійною компетентністю, оскільки навички іншомовного спілкування становлять необхідну умову здійснення наукового і спеціального обміну інформацією між професіоналами різних країн, а також фахової діяльності, що зумовлює включення до списку освітніх компонентів у вищій освіті ОК «Ділова іноземна (англійська) мова», опанування якого передбачає засвоєння здобувачами освіти англійськомовних комунікативних навичок у діловій сфері.

Метою нашої роботи є висвітлити досвід викладачів кафедри іноземних мов ХНМУ використання жанрового підходу до навчання здобувачів освіти поширених професійних жанрів.

Уміння презентувати свою роботу, проект, дослідження в усній формі є базовим для багатьох сфер діяльності, пов'язаних з охороною здоров'я, отже до тематичного плану практичних занять ми залучили тему «Усна презентація» (Oral presentation). Формування мовленнєвих навичок ґрунтується на використанні

жанрового підходу у викладанні іноземної мови. Традиційно в лінгвістиці жанр визначається як клас комунікативних подій, учасники яких мають однакову комунікативну мету, що визнається експертами дискурсивної спільноти, і є основою жанру. Ця основа включає схематичну структуру дискурсу, а також впливає на вибір змісту та стилю та обмежує їх [1, с. 58] Лінгвістичне поняття жанру дозволяє зрозуміти, як використовується мова в певному соціальному середовищі, та пропонувати ефективні рішення проблем, що виникають у викладанні мови і прикладній лінгвістиці [2, с. 14–15]. Ці положення теорії жанрів досі є релевантними для викладання іноземної мови та вивчення професійного мовлення [3–5].

Опанування певними жанрами відбувається у декілька етапів: 1) знайомство з жанром як сталою комунікативною подією та логічною структурою певного жанру, 2) опрацювання у вправах певних мовних (лексико-граматичних) особливостей жанру у зв'язку із логічною структурою, 3) практика використання мовних особливостей жанру, 4) закріплення продуктивних навичок.

Жанр «Усна презентація» складається з чотирьох основних кроків: I. Вступ, II. Основна частина, III. Завершальна частина, IV. Відповіді на запитання. Кожен з них поділяється на етапи: 1) Вітання, Самопрезентація, Тема, План, Пропозиції щодо відповіді на запитання; 2) Доповідь за пунктами плану з дотриманням послідовності, маркування переходів, привернення уваги, фіналізації кожного пункту плану; 3) Висновок; 4) Питання/відповіді.

Для кожного етапу пропонується набір сталих мовних одиниць, які можуть бути використані здобувачем, а також приклади їх використання. Цей матеріал подається у вигляді схеми, що полегшує сприйняття та засвоєння логічної структури. Нижче наведено фрагмент даної схеми, який ілюструє логічну структуру (етапи) кроку «Вступ» та мовний матеріал, який рекомендовано використати.

<b>I. INTRODUCTION</b>	
Greeting	Hello!
Self-introduction	My name is... I am ...; my name is ... I work in... For those who don't know me, my name is ... I work in ... Hello everybody. Before we begin, let me introduce myself briefly. My name ... Hello! I see some new faces, so I'll introduce myself first. I am ...
Presentation topic	Today I am going to talk about [topic] to give a presentation about [topic] to share about [topic] – <b>less formal</b> Today I'll be talking about [topic] I'd like to talk to you today about [topic] Today am going to be talking about ...
Presentation organization	The presentation will be in 3 parts. First, I am going to talk about [subtopic 1]. Second, ... Third, .... My presentation will cover [subtopic 1], [subtopic 2], [subtopic 3]. I'll begin by outlining ... and then I'll go on to highlight .... Finally, I'll briefly discuss why ... First of all, I'll explain... I'll continue by giving example.... To finish, I'll be asking you to ... I'll begin by... and then I'll ..., finally, I'll .... First of all, I'll ... I'll continue by ... To finish I'll...
Dealing with questions	Please, feel free to ask questions during the presentation. to send your questions in the chat. Please, hold your questions until the end of the presentation.

На наступному етапі, у разі необхідності, з огляду на рівень підготовки здобувачів, мовленнєвий матеріал закріплюється у традиційних тренувальних вправах: заповнення пропусків, виправлення помилок, суміщення початку та закінчення фрази, складання фрази з набору слів, тощо. Така робота дозволяє відпрацювати безпомилкове використання окремих мовних одиниць.

З метою формування навичок мовленнєвого оформлення усної презентації здобувачам пропонується невеликий текст у письмовій формі, який вони мають переробити для усної презентації. Це передбачає, зокрема, такі види роботи: розбити на частини, скласти план, написати завершальну частину.

На даному етапі здобувачі набувають навичок структурування усного повідомлення, запам'ятовують послідовність дій та практикують використання мовного матеріалу, який вони опанували на попередньому етапі. Така робота виконується індивідуально, в групах або парах. Продуктивні мовленнєві навички закріплюються з використанням методу проєктів, коли здобувачі самостійно готують усні презентації, проілюстровані слайдами PowerPoint, на обрану або задану тему та у діловій грі «Усна презентація».

Наш досвід показує, що такий підхід до засвоєння матеріалу викликає зацікавленість здобувачів освіти та добре ними сприймається, оскільки допомагає опанувати практичні аспекти.

На завершення відзначимо, що застосування жанрового підходу на заняттях з ділової іноземної мови полегшує сприйняття, є ілюстративним, дозволяє опрацьовувати на практиці функціональні аспекти її використання, оптимізуючи процес опанування англійської мови, і в такий спосіб мотивує здобувачів освіти до засвоєння і вживання навчального матеріалу.

#### **Література:**

1. Swales J.M. *Genre Analysis: English in academic and research settings*. Cambridge University Press. 1990. 260 p.
2. Bhatia, V. K. *Applied genre analysis: a multi-perspective model*. *Ibérica*. 2002. No. 4, P. 3–19.
3. Flowerdew, L. Application of Swalesian genre analysis to academic writing pedagogy: A corpus perspective. *LEARN Journal: Language Education and Acquisition Research Network*. 2022. Vol. 15 (1). P. 1–9.
4. Alharbi H. A Comparative Genre-Based Analysis of Move-Step Structure of RAIs in Two Different Publication Contexts. *Sultan English Language Teaching*. 2021. Vol. 14 (3). P. 12–24.
5. Sarvat H. A Genre Analysis of Political Text. *Psychology And Education*. 2021. Vol. 58 (5). P. 800–810.

## НОВІ СТАНДАРТИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ В УКРАЇНІ

**Сердюк О.І., Просоленко Н.В., Парфьонова І.І.**

*Навчально-науковий інститут післядипломної освіти ХНМУ, м. Харків*

Стандарти післядипломної медичної освіти з європейської специфікацією – це розвиток широких компетентностей також як і підвищення відповідальності за самоосвіту протягом всього життя і готовність до безперервного професійного розвитку. Це є базовий стандарт.

МОЗ України вперше в історії української медичної освіти вводить лікарську резидентуру. Це новий етап післядипломної освіти для лікарів [1].

Перша спеціальність, з якої стартує в вересні 2024 року резидентура – нейрохірургія.

Безумовно, це важливий крок щодо інтеграції української медичної освіти в європейський освітній медичний простір. Після введення резидентури вже не будуть проводити курси спеціалізації для отримання сертифіката лікаря – нейрохірурга.

Що стосується підготовки за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я», вона проводиться через трьох місячну спеціалізацію, але це, на жаль, не відповідає європейським стандартам.

У минулому вже був досвід апробації європейських стандартів для спеціалістів з «Організації та управління охороною здоров'я».

У рамках співпраці Проєкту технічної допомоги «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні», що фінансувалася ЄС в 2009 р. та Харківської медичної академії післядипломної освіти проводилась апробація 18-місячної освітньої програми «Організація та управління охороною здоров'я» в рамках циклів спеціалізації та передатестаційних циклів для спеціалістів з «Організації та управління охороною здоров'я» [2].

Була розроблена і підготовлена Програма післядипломної підготовки керівників медичних закладів за спеціальністю «Управління охороною здоров'я» за європейськими стандартами.

Вважаємо за потрібне, повернутися до цієї Програми підготовки керівних кадрів на кафедрах соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я медичних університетів, так як це відповідає європейським стандартам медичної освіти.

### **Література:**

1. Про затвердження Положення про лікарську резидентуру та внесення зміни до Переліку циклів спеціалізації та тематичного удосконалення за лікарськими та фармацевтичними (провізорськими) спеціальностями. Офіційний вебпортал парламенту України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1052-24#Text> (дата звернення: 26.09.2024).

2. Про реалізацію проєкту "Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні". Офіційний вебпортал парламенту України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0694282-07#Text> (дата звернення: 26.09.2024).

## **ПІДГОТОВКА ФАХІВЦІВ З ОПП «ПРОТЕЗУВАННЯ-ОРТЕЗУВАННЯ» ДРУГОГО (МАГІСТЕРСЬКОГО) РІВНЯ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

*Литвиненко М.І., Нестеренко В.Г., Лещина І.В.,  
Марченко І.А., Григорук В.В., Рисована Л.М.  
Харківський національний медичний університет, м. Харків*

З 2024 року в Харківському національному медичному університеті здійснюється підготовка протезистів-ортезистів за спеціальністю 224 «Технології медичної діагностики та лікування» спеціалізація 224.02 «Протезування-ортезування». Освітня програма розроблена за підтримки МОЗ України, Міжнародного комітету Червоного Хреста та БФ «Protez Hub».

Підготовка фахівців такого рівня є необхідною та актуальною сьогодні. Внаслідок військових дій змінилася структура травматизму в країні у бік високоенергетичної травми за рахунок мінно-вибухових та вогнепальних поранень і пошкоджень. Через російський напад тисячі військових та цивільних потребують протезів. Вони потребують належних послуг високої якості, а сфера громадського здоров'я потребує для цього фахівців, які б мали компетентності, що дозволяли би їм реалізовувати мультидисциплінарний підхід в лікуванні та реабілітації таких пацієнтів з метою відновлення достатнього рівня їх функціонування та якості життя.

В умовах розбудови системи громадського здоров'я на теренах України система ортезування-протезування займає один з головних напрямків з урахуванням потреб та запитів сьогодення. Фахівці громадського здоров'я ефективно впроваджують систему поширення знань серед населення щодо профілактичних та реабілітаційних спроможностей медичних закладів. Значний запит на системи протезування-ортезування зумовив попит на спеціалістів високого рівня підготовки, що в свою чергу спонукало до створення програми підготовки спеціалістів за цим напрямом.

Ми прагнемо до розробки якісної, актуальної для української системи громадського здоров'я програми з урахуванням міжнародних стандартів й досвіду міжнародних колег, в умовах формування державного запиту на відповідних фахівців тощо.

## **ДОЦІЛЬНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ ДОСВІДУ ЗАХІДНИХ ПАРТЕНРІВ З ПРИВОДУ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ ПІДХОДІВ В СИСТЕМУ ОХОРОНИ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ**

*Некрасова Н.О.  
Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Збереження ментального здоров'я населення України на тлі повномасштабного військового вторгнення є актуальним та значущим. Враховуючи постійний вплив травматичних подій не тільки на тих, хто безпосередньо стикається з ними, а й на їхні сім'ї та спільноти, що призводить до стану постійної напруги, страху та невизначеності, пов'язаного з військовою агресією. Негативний вплив вищезгаданих умов впливає на психічне здоров'я,

що призводить до збільшення ризику виникнення психічних розладів, таких як, депресія, тривожність, адаптаційні порушення та інші.

На цьому тлі необхідність застосування досвіду [1] західних колег у систему охорони психічного здоров'я не викликає сумнівів. Доцільність впровадження досвіду західних партнерів з приводу збереження ментального здоров'я обумовлено кількома причинами:

1. Доступ до сучасних методів психотерапії: Західні країни мають багатий досвід у розвитку сучасних методів лікування психічних розладів, таких як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), методи лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [3], травматерапія та інші.

2. Досвід роботи з травмою війни: Західні психотерапевти, зокрема ті, хто працював з ветеранами та жертвами конфліктів, мають напрацьовані методи підтримки людей, які пережили бойові дії, втрату близьких, насильство чи вимушене переселення. Їхній досвід може бути надзвичайно корисним для українських спеціалістів, які працюють із подібними викликами в умовах війни.

3. Адаптація до українського контексту: Попри різницю культур, багато західних терапевтичних підходів можуть бути адаптовані до українських реалій. Психологи можуть модифікувати міжнародні стандарти та підходи, враховуючи культурні особливості, історію та специфіку українського менталітету.

4. Професійна підтримка українських психологів: Впровадження західного досвіду дозволяє українським психологам і психотерапевтам підвищувати свою кваліфікацію через навчання у колег із країн із довготривалими традиціями психологічної допомоги. Це допомагає зменшити професійне вигорання та підвищити загальну ефективність роботи в умовах кризових ситуацій.

5. Зменшення стигматизації психічного здоров'я: У багатьох західних країнах існує менша стигматизація психологічної допомоги, що може позитивно вплинути на українське суспільство. Важливо популяризувати важливість звернення за допомогою та нормалізувати психологічні консультації, як частину реабілітації після військових травм.

Імплементація цих стратегій може допомогти знизити поширення ризикових чинників та розвиток психічних проблем. Необхідність інтеграції охорони здоров'я до загального медичного контексту може покращити виявлення психічних захворювань, забезпечити комплексний підхід до лікування та зменшити стигматизацію. Використання сучасних технологій у цьому напрямі, таких, як телемедицина для дистанційної консультації, мобільні програми для самомоніторингу [2] та інші інновації будуть своєчасними та ефективними для фокусування на наукових дослідженнях та ефективних методиках.

#### **Література:**

1. Hoge, Charles W., Carl A. Castro, Stephen C. Messer, et al. "Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems, and Barriers to Care." *The New England Journal of Medicine* 351 (July 1, 2004): 13-22. doi:10.1056/NEJMoa040603.

2. McCaig MSW, Mari; Kubany PhD ABPP, Edward S. *Healing the Trauma of Domestic Violence: A Workbook for Women* ISBN 13: 9781572243699

3. National Institute of Clinical Excellence (NICE). *Post-traumatic Stress Disorder - The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline*. London: Gaskell and the British Psychological Society, 2005. [Google Scholar]

## MOTIVATION OF MEDICAL STUDENTS TO STUDY IN HIGHER EDUCATION

**Chornenka Z.A.**

*Bukovinian State Medical University, Chernivtsi*

A student's attitude to studying at a university largely depends on the factors of the choice of profession and directly his relationship to the learning process itself. With professional motivation, students' cognitive activity has a holistic and stable quality. If a student is interested in learning, it will awaken in him positive emotions and a desire to work. The motivation for future success will determine love and admiration for one's work, the learning process. Motivated students will show immediacy, initiative and, accordingly, will create a creative cognitive atmosphere around them. They will demonstrate a desire for successful and productive educational and professional activities. Therefore, motivation for self-affirmation, the desire to prove one's own real and potential achievements will contribute to the success of such students' studies.

The long-awaited admission to study your favorite profession, the new "adult" status of a student and student life – inspire to study. The problem of educational motivation has acquired special importance in the present time in the conditions of a full-scale war in Ukraine [1], when a significant increase in the share of independent work of students is expected. In fact, the motivation to study was lame even in peacetime, and now the situation has only become more complicated. Some students do not understand at all how to study offline and why to study and complete tasks when shelling of cities continues, destruction, death, fear everywhere, and the future is even more uncertain [2] inactivity and low involvement is justified by high psychological stress and inability to work due to experiences.

It is known that a high level of students' abilities significantly affects the success of studies, but it cannot compensate for low educational motivation or its absence [3].

We involved in the study 88 students (47 1st-year students and 41 5th-year students) of the Faculty of Dentistry of the BSMU. By design, psychodiagnostic testing methods were used in the study to determine the general motives of educational activity in the modification of A. O. Rean and V. O. Yakunin [4, 5, 6]. The basis of these methods is the definition of internal and external motivation, which allows clarifying the motivational complex of learning. Students were asked to rate the listed motivations for educational activity on a five-point scale: receiving a scholarship, the desire to avoid possible troubles, the need to achieve social prestige and respect from others, satisfaction with the learning process and its results, the possibility of realization in professional activity.

Analysis of the received answers made it possible to compare the frequency with which students indicated what motivates them to study. Thus, for first-year students, two reasons were the most important – obtaining deep knowledge and excellent study. In contrast to the first year, the students of the fifth year were dominated by 3 motives: the opportunity to become a high-class specialist in their field, to combine work and study, and to receive a decent salary. The ability to have intellectual satisfaction from learning and to get high scores on exams according to "school habit" contribute the least to the motivation of 5th-year students, but more

than 2 times motivate 1st-year students. It should be noted that most respondents of the 5th year have a good understanding of the prospects of their future profession and their success directly depends on the knowledge that can be acquired.

The results of the survey showed that students of both the first and fifth years were dominated by internal motivation to study. Among the main motives of this complex, the majority of students chose the opportunity to become a highly qualified specialist, ensure the success of the future profession and acquire deep and solid knowledge. The fact that fifth-year students (29.3 %) were almost twice as eager to ensure success in their future profession as compared to first-year students (17 %) turned out to be interesting. In addition, 19.5 % of fifth-year students chose "not to start studying the following subjects" as a valid motive, while among first-year students – only 9.8 %. Motives included in the Extrinsic Motivation group were not predominant for students. However, some of them were quite pronounced. In particular, for many students, the motive of obtaining a diploma turned out to be important.

Conclusion. A peculiarity of the educational motivation of students of the dental faculty is the formed internal motivation to study, which prevails over the external and, without a doubt, it should be supported by the professional orientation of the educational process, high intellectual level and pedagogical skill of the teachers of the higher educational institution.

List of used sources:

1. Decree of the President of Ukraine «On the introduction of martial law in Ukraine» No. 2102-IX dated February 24, 2022 / Verkhovna Rada of Ukraine. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/64/2022#n2>

2. Recommendations of the Ministry of Education and Culture regarding the organization of the educational process / Ministry of Education and Science. URL: <http://vpu40.ptu.org.ua/>

3. Venher, O.P., Husieva, T.P., Mysula, Yu.I., & Sas, L.M. (2018). Motivation of achievement as an important factor of successful professional development of medical students. *Medical Education*, 4, 31–35 [in Ukrainian].

4. Baranova, I.V. (2014). Multilevel way to teaching of medical subjects for foreign students on the clinical prole departments. *Medical Education*, 3, 18–22 [in Ukrainian].

5. Khrebtii, H.I. (2015). Innovative technologies aimed at the development of clinical thinking among students of higher medical educational institutions of Ukraine. *Bukovyna Medical Journal*, 9, 2, 252–255 [in Ukrainian].

6. Yehorova, Ye.V., Ihnatovych, O.M., Korobchenko, V.V., & Litvinova, N.I. (2014). Psychodiagnostic support of vocational guidance in the system of pedagogical education. Kirovohrad: Imeks –LTD [in Ukrainian].

## Секція 9. СТУДЕНТСЬКА НАУКА

### БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПЕРЕСАДКИ ГЕМОПОЕТИЧНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН

**Паненко М.В., Бездітко Т.В.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Незважаючи на стрімкий розвиток медицини, серцево-судинні захворювання продовжують займати 1 місце в світі за рівнем смертності. Пересадка гемопоетичних стовбурових клітин (ГСК) є однією з найефективніших операцій при ряді гематологічних та імунологічних захворювань (наприклад, лейкоз, мієлома, лімфома, загальний варіабельний імунodefіцит та ін.), оскільки стовбурові клітини спричиняють неабиякий терапевтичний ефект і можуть диференціюватися у всі типи клітин крові. Однак на сьогоднішній день ї досі обговорюється питання щодо біоетичних аспектів пересадки гемопоетичних стовбурових клітин.

Основними проблемами для донорства є відсутність необхідних знань, що сприяє формуванню неправильного уявлення про процедуру. Особисті релігійні або етичні переконання можуть створювати бар'єр для потенційних донорів. Пересадка ГСК є особливою процедурою, адже вона стоїть на межі між донорством крові та донорством органів [4]. В той самий час, пересадка ГСК є набагато складнішою і важчою операцією, внаслідок якої можна отримати набагато більше ускладнень, ніж після донорства крові. Одним із ключових принципів біоетики є наявність інформованої згоди/договору, який надає повну і зрозумілу інформацію стосовно втручання та вміщує в собі перелік можливих ризиків та ускладнень. Особливо гостро питання біоетики постає під час вибору джерела гемопоетичних стовбурових клітин: кісткового мозку, пуповинної або периферичної крові. Оскільки забір ГСК з кісткового мозку є інвазивною процедурою, що може нести за собою ризики для донора, наявність інформованої згоди/договору має забезпечувати ознайомлення донора з можливими ускладненнями після проведення операції. Використання пуповинної крові дітей порушує питання про права дитини на збереження власного біологічного матеріалу. В цьому випадку ключову роль відіграє згода батьків, оскільки отримати згоду дитини-донора на момент її народження неможливо. Питання про етичність використання пуповинної крові новонароджених залишається відкритим до сьогодні.

Важливим етичним питанням є доступність таких процедур для усіх верств населення. Оскільки трансплантація ГСК є достатньо дорогавартісною процедурою, постає питання про рівність надання медичної допомоги для усіх верств населення, незалежно від їхнього фінансового статусу [1, 2]. За словами Національної служби здоров'я України, з 2024 року трансплантація гемопоетичних стовбурових клітин в Україні буде безоплатною, оскільки до програми медичних гарантій включено пакет "Лікування дорослих та дітей методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин" [3].

Отже, пересадка гемопоетичних стовбурових клітин є важливою процедурою, яка може зберегти життя, проте водночас порушує багато

біоетичних питань. Успішний розвиток цієї галузі в медицині потребує не лише потужної науково-медичної бази, а й врегулювання етично-правових аспектів для донорів та реципієнтів.

#### **Література:**

1. von Schwarz, E.R. (2024). Religious Views on Stem Cells. In: Ethics of Modern Stem Cell Research and Therapy. Springer, Cham.
2. Anifandis, G., Sutovsky, P., Turek, P. J., Chavez, S. L., Kunej, T., Messini, C. I., Krawetz, S. A. (2022). Bioethics in human embryology: the double-edged sword of embryo research. *Systems Biology in Reproductive Medicine*, 68(3), 169–179
3. [https://nszu.gov.ua/novini/transplantaciya-stovburovih-klitin-u-pmg-1123?fbclid=IwAR2Soac4gxnFdNIMEYzdhv3CoLqOUR5LniuUWICQ2J\\_Lr2LW4yPOBNu\\_DJA](https://nszu.gov.ua/novini/transplantaciya-stovburovih-klitin-u-pmg-1123?fbclid=IwAR2Soac4gxnFdNIMEYzdhv3CoLqOUR5LniuUWICQ2J_Lr2LW4yPOBNu_DJA)
4. Blumenthal-Barby, J., Aas, S., Brudney, D., Flanigan, J., Liao, S. M., London, A., Savulescu, J. (2021). The Place of Philosophy in Bioethics Today. *The American Journal of Bioethics*, 22 (12), 10–21.

## **ПРОЯВИ ПАНІЧНИХ АТАК У ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ**

**Присяжнюк В.С., Дика Б.М.**

*Житомирський медичний інститут, м.Житомир*

*Актуальність теми.* Панічні атаки частіше проявляються раптовими нападами інтенсивного страху або дискомфорту, що тривають від кількох хвилин до години. Також характерні для даного стану вегетативні та когнітивні симптоми. При панічному нападі люди схильні відчувати постійну тривогу і занепокоєння. Триває напад близько 20-30 хвилин, але може затягнутися на понад годину [3]. Панічний розлад на сьогодні один із найбільш поширених розладів. Близько 2,7 % людей у світі протягом життя відчували ознаки панічного нападу. Жінки вдвічі частіше, ніж чоловіки, схильні до цього розладу [1].

*Мета дослідження.* Визначити причини, симптоми та методи діагностики і допомоги при панічних атаках.

*Матеріали і методи.* Панічні атаки викликаються неврологічними порушеннями, хоча точні причини ще не встановлені. Відомо, що їх можуть спричиняти такі фактори як психічні захворювання, серцеві проблеми, зокрема пролапс мітрального клапана або гіпертиреоз, реакція на ліки або гормональну терапію, депресії через особисті втрати або професійні труднощі, генетична схильність, вагітність, пологи, менопауза [2, 4].

Симптоми панічної атаки швидко досягають піку та проявляються у вигляді паралізуючого страху смерті, божевілля, неконтрольованих дій, деперсоналізації, рухової скутості, відчуття неминучого лиха.

Соматичні симптоми нагадують вегетативний криз, з'являються задишка і біль в ділянці серця. Часті супутні ознаки такі як пітливість, озноб, нудота, запаморочення, жар або холод, тремор, біль у грудях і животі [3, 6].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, приблизно 264 млн людей у всьому світі, що складає 3,6 % населення планети, мають панічні розлади [4, 5].

За результатами нашого онлайн-опитування було встановлено, що значна кількість здобувачів освіти стикаються із симптомами панічних атак. Багато з цих симптомів схожі на прояви небезпечних для життя станів, таких як інфаркт міокарда або легенева емболія, де тривога може бути головним симптомом. Близько 25 % пацієнтів, які звертаються до відділень невідкладної допомоги з болем у грудях, мають панічний розлад. Однак не всі, хто відчуває панічні атаки, страждають на панічний розлад. Для нашого опитування було використано шкалу HADS, яка показала, що серед 110 респондентів 62 % студентів мали ознаки депресії, а 38 % – тривожності. Шкала складена з 14 тверджень, що обслуговують 2 підшкали: підшкала а – «тривога»: непарні пункти та підшкала D – «депресія».

Для діагностики панічної атаки спочатку враховують скарги пацієнта, а також оцінюють наявність перелічених вище симптомів. Також використовують такі методи обстеження як комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, ультразвукове дослідження, кардіологічне обстеження, психологічне тестування [4]. Було встановлено, що серед чинників панічної атаки є біогенні, фізіологічні та психогенні аспекти. Панічні атаки супроводжуються високою інтенсивністю симптомів і значним рівнем тривожності, що підкреслює необхідність їх адекватного лікування та управління.

*Висновок.* Панічні атаки є поширеними серед здобувачів освіти та часто є причиною розвитку психічних розладів. Негайна допомога має вирішальне значення для покращення стану пацієнтів.

#### **Література:**

1. Іванова Т. Тривога як психологічний феномен. Вісник Львівського університету. Серія «Психологічні науки». 2020. Вип. 6. С. 72–78.
2. Мовчан М. М. Страх: його рівні і фобія у філософському вимірі. Гілея: науковий вісник. 2017. № 123. С. 207–210.
3. Ніколаєва В.В. Про внесок розвитку патопсихології. Журнал клінічної та спеціальної психології. 2012. N1. С. 9–17.
4. Чабан О. С., Хаустова О. О. Тривога у пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями. *НейроNews*. 2020. Вип. 3, № 114, 38–44 с.
5. Duman R. S. Pathophysiology of depression: the concept of synaptic plasticity. *European psychiatry*, 2020. 306–310 p.
6. Copeland J. R. M. Depression in Europe: geographical distribution among elder people / Copeland J. R. M., Beekman A. T. F., Dewey M. E. – *Br. J. Psychiat* 1999. 174 p.

## **СКРИНІНГ РІВНЯ СТРЕСУ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ В**

***Боровець О.Р., Ганич О.Т.***

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород*

Хронічний гепатит В посідає одне із провідних місць у структурі загальної захворюваності органів травлення, яке має чітку тенденцію до збільшення частоти, важкості та омолодження [1]. Це захворювання

в подальшому може трансформуватися у наступний етап ураження печінки – цироз, що робить його суттєвим фактором ранньої інвалідазації пацієнтів, а також їх смертності [2].

Останнім часом ми спостерігаємо стрімке зростання захворюваності та поширеності гепатитів (щорічний ріст поширеності та захворюваності на хронічні гепатити на 6-7 %), у тому числі невірусного і змішаного генезу [3].

Ось чому варто провести скринінг на рівень стресу у пацієнтів із хронічним вірусним гепатитом В.

Дослідження проведено за допомогою сервісу Google форма шляхом анонімного анкетування, яке містить 15 запитань з опитувальника на рівень стресу. Респондентами виступили 50 пацієнтів гастроентерологічного відділення Центральної міської лікарні м. Ужгород.

Було отримано наступні результати: структура розподілу опитаних була наступна: 58,0 % – жінки, 42,0 % – чоловіки; 20 % – до 18 років, 64,0 % – від 18 до 23 років, 16,0 % – більше 23 років; 55,0 % – жителі міст, 10 % – селищ міського типу, 35,0 % – жителі сіл.

Щодо психологічних аспектів відповіді розділились наступним чином: у 20 % – повторюються тривожні спогади або сни, у 17 % – є дія або відчуття, ніби подія відбувається знову (спогади або відчуття, що це знову переживається), у 31 % – є сильний фізичний / або емоційний стрес, коли вони стикаються з речами, які нагадують їм про цю подію, 16 % – уникає думок, почуттів або розмов про це, 45 % – уникає занять, місць або людей, які нагадують їм про це, у 22 % – є негативні уявлення про себе, інших і світ, а також про причини або наслідки події, у 27 % – є почуття відстороненості від інших людей, у 57 % – негативні уявлення про майбутнє, у 41 % – стійкий негативний емоційний стан, у 60 % – є проблеми зі сном, у 55 % – є дратівливість або спалахи гніву, у 37 % – є безрозсудна або саморуйнівна поведінка, у 32 % – є проблеми з концентрацією, у 18 % – є відчуття «напоготові», у 25 % – є надмірне занепокоєння.

Згідно результатів самотестування на скринінг стресу: у 45 % респондентів дистрес відсутній, у 26 % – рівень стресу низький, у 18 % психічний стан на межі, 11 % – потрібна термінова консультація психіатра / психолога / психотерапевта.

Отже, факт стресу у пацієнтів із хронічним вірусним гепатитом В є поширеним і частим станом згідно результатів. Це значною мірою пов'язано з великим навантаженням та іншими факторами із життя (війна, проблеми на роботі та зі здоров'ям). Саме тому рекомендовано внести зміни у лікарняних налаштуваннях медичних закладів (консультації з психіатром / психологом / психотерапевтом).

### **Література:**

1. Андрейчин М.А., Копча В.С. Епідеміологія: підруч. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 382 с.

2. Інфекційні хвороби в загальній практиці та сімейній медицині / За ред. М.А. Андрейчина. – Тернопіль: ТДМУ, 2007. – 500 с.

3. Крамарьов С.О., Виговська О.В., Закордонєць Л.В., Воронов А.А. Інфекції та імунопрофілактика // Сучасні інфекції. – 2009. – № 3–4. – С. 12–17.

## ОБІЗНАНІСТЬ МОЛОДІ ЩОДО РОЗВИТКУ ЕМФІЗЕМИ ЛЕГЕНЬ ВНАСЛІДОК ПАЛІННЯ

**Удовиченко А.О., Кушнарєнко С.І., Козирєв С.Д., Трезуб П.О.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

*Актуальність.* Паління є причиною багатьох функціональних порушень здоров'я та захворювань. Наразі молодь сильно зловживає цією шкідливою звичкою, навіть, розуміючи усі негативні наслідки. Паління виснажує нервові клітини: людина стає неуважною, повільніше міркує і швидко втомлюється. Одним із наслідків даної шкідливої звички є емфізема – серйозне захворювання легень, що характеризується пошкодженням тканин, які стають менш ефективними у функціонуванні, що може призвести до проблем з диханням і навіть до інвалідності чи смерті. Хвороба зазвичай розвивається протягом довгого періоду, проте паління значно пришвидшує її розвиток.

*Мета.* Дослідити рівень обізнаності молоді щодо розвитку емфіземи легень внаслідок паління.

*Матеріали та методи.* До проведення дослідження було задіяно 66 респондентів віком від 18 до 35 років. Для досягнення мети дослідження було розроблено опитувальник, який був розповсюджений за допомогою Google forms в соціальних мережах.

*Результати та обговорення.* Молодь, яка починає палити є особливо вразливою перед розвитком емфіземи. Їх легені та організм ще не повністю сформовані, але вони вже піддаються впливу шкідливих речовин, які містяться в тютюновому димі. Для багатьох молодих людей паління стає звичкою, яка може супроводжувати їх усе життя, а це збільшує ризик розвитку емфіземи та інших захворювань легень.

Результати опитування свідчать про те, що 50 (75,8 %) респондентів не палять, тоді як 16 (24,2 %) мають цю шкідливу звичку. Серед них 2 людей користуються виключно електронними девайсами, водночас 1 серед опитаних зазначив, що палить один чи два рази на тиждень, ще один, що споживає до 3 тютюнових виробів на день, 3 – 3–5 виробів, 2 – 5–7 виробів, 3 – 10–15 виробів, 2 – одну пачку в день.

За результатами опитування 51 (77,3 %) людині відоме таке захворювання як емфізема легень і вони обізнані про те, що паління є одним з факторів ризику розвитку даної патології, на відміну від інших 15 (22,7 %). Для емфіземи характерні такі симптоми як: виражена задишка, ціаноз, бочкоподібність грудної клітки, коробковий перкуторний звук та згладженість і вибухання надключичних ямок [1]. Проте третина респондентів вважають, що до проявів даного захворювання належить ще й спадання легенів, посилене дихання, втрата маси тіла і збільшення меж серцевої тупості, що свідчить про їх низький рівень обізнаності. Серед респондентів 4 (6,1 %) оцінюють свій рівень знань як високий, 29 (43,9 %) – середній і в той же час половина опитаних зазначають, що мало обізнані в цьому питанні.

Профілактика емфіземи легень включає припинення паління, уникнення шкідливих хімікатів та забрудненого повітря, здоровий спосіб життя, збалансовану дієту, регулярну фізичну активність та регулярні медичні обстеження для раннього виявлення захворювання. Вакцинація від грипу та

пневмококової інфекції рекомендується через підвищений ризик ускладнень від інфекційних хвороб у пацієнтів з емфіземою, що сприяє поліпшенню якості життя [3]. Опитування показало, що 21 респондент (31,8%) помилково відзначив ефективність санаторно-курортного лікування.

Лікування емфіземи включає кілька ключових методів. Бронходилататори допомагають розширити дихальні шляхи, полегшуючи потік повітря в легені та зменшуючи задишку. Вони ефективні при обструкції дихальних шляхів, яка виникає через втрату еластичності легеневої тканини або запалення. У важких випадках застосовується оксигенотерапія для підвищення рівня кисню в крові та поліпшення функції легень [2, 4]. Також можуть використовуватися реабілітаційні програми, спрямовані на покращення фізичної активності та загального стану пацієнтів. У випадках, коли інші методи неефективні, може бути рекомендована трансплантація легень. Проте невелика кількість респондентів додатково обрала такі методи як: дихальна гімнастика, фізіотерапія та повна відсутність лікування. Загалом рівень обізнаності досить високий.

*Висновок.* На підставі отриманих даних можна зробити висновок, що загальний рівень обізнаності молоді щодо розвитку емфіземи легень внаслідок паління є задовільним. За результатами опитування, більшість респондентів розуміють взаємозв'язок між палінням та цим захворюванням. Однак існує невелика частка опитаних, які не мають достатньої інформації щодо цього питання. Це свідчить про потребу в подальшій освіті та інформаційних кампаніях щодо шкідливих наслідків паління для здоров'я легенів та загального здоров'я. По-перше, освітні програми у школах та університетах повинні включати спеціальні курси та лекції, присвячені наслідкам паління для здоров'я, зокрема розвитку емфіземи легень. По-друге, слід проводити широкомасштабні інформаційні кампанії через ЗМІ та соціальні мережі, які роз'яснюють небезпеки паління та заохочують молодь до здорового способу життя. Також важливо організовувати семінари та тренінги у співпраці з медичними установами, де молодь може отримати консультації від фахівців з питань здоров'я легенів. Таким чином, комплексний підхід до вирішення цієї проблеми сприятиме підвищенню рівня обізнаності молоді про шкідливі наслідки паління та зменшенню поширеності цієї шкідливої звички серед молодого покоління.

#### **Література:**

1. The definition of emphysema. Report of a National Heart, Lung, and Blood Institute, Division of Lung Diseases workshop. *Am Rev Respir Dis.* 1985;132(1):182–185. doi: 10.1164/arrd.1985.132.1.182
2. Cosio MG, Cosio Piqueras MG. Pathology of emphysema in chronic obstructive pulmonary disease. *Monaldi Arch Chest Dis.* 2000;55(2):124–129
3. Касьянова, І. І., & Куценко, М. І. (2019). Вплив паління на здоров'я людини. *Здоров'я та довкілля*, 4(1), 45-52
4. U.S. Department of Health and Human Services. (2014). *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General.*

## ВИКОРИСТАННЯ АІ В ЖИТТІ СТУДЕНТІВ ТА ПОКРАЩЕННЯ ПРАЦІ ЗА ДОПОМОГОЮ АІ В СФЕРАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

**Морока Р.К., Кропівний М.В., Кайнара В.М., Трегуб П.О.**  
*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

*Вступ.* За останні пару десятиліть штучний інтелект (ШІ) набув великої популярності у світі в усіх сферах життя. Зазвичай ШІ використовують як комп'ютер для моделювання різноманітних задач та побудови інтелектуальної поведінки для їх вирішення без втручання людини. За останній час спектр можливостей цієї техніки набув нових аспектів і форм з отриманням здатності генерувати самостійні візуальні елементи, картини і зображення, а також підтримувати діалог із людьми, використовуючи при цьому доступ до всесвітньої мережі. Але потрібно пам'ятати, що розробка відповідного машинного навчання у сфері охорони здоров'я має великий ризик спотворити надання медичної допомоги без правильного налаштування причинно-наслідкових структур в даних алгоритмів штучного інтелекту.

*Мета дослідження.* Вивчення особливостей використання штучного інтелекту в сферах праці студентів та охорони здоров'я, посилаючись на бази даних найсучасніших наукових досліджень на відповідну тему.

*Матеріали та методи.* На основі літературних джерел та з використанням статистичного і теоретичного методів було розглянуто роль штучного інтелекту у житті студентів та фахівців медицини.

*Результати та обговорення.* Вважається, що термін «штучний інтелект» народився у 1956 році при описі створення інтелектуальних машин, роботів, з метою примусової праці. В медичній галузі вони використовуються серед таких спеціальностей, як робототехніка, медична статистика, медична діагностика та біологія людини [1].

Серед цих сфер медицини у штучного інтелекту виділяють дві основні гілки його використання: віртуальну та фізичну [1]. Віртуальний сектор роботи ШІ представлений управлінням та обробкою величезних баз даних та медичних записів в електронному вигляді під час прийняття рішень лікарем щодо лікування. Фізичний фах натомість представлений експлуатацією машинного обладнання та роботизованої техніки для виконання різноманітних маніпуляцій. Так наразі вже існують всім відомі численні машини, що використовуються при виконанні хірургічних операцій. Новітньою є технологія нанороботів з метою системи доставки ліків до тіла людини.

Віртуальна галузь роботи ШІ має великий потенціал у проведенні клінічних досліджень, що важливо як для лікарів, так і для студентів у період дистанційного навчання. Машинне навчання має властивість спрощувати та прискорювати клінічні випробування за рахунок ефективнішого залучення та підбору учасників дослідження та більш комплексного аналізу даних [2].

Також серед новітніх технологій штучного інтелекту треба виокремити чат-ботів, які використовуються зараз майже скрізь. Наприклад ChatGPT, що у 2022 році продемонстрував новий спосіб взаємодії машин, керованих ШІ з людьми. У поточній перспективі інтеграція таких технологій може допомогти із проблемою укладання та сортування медичної документації та в питанні

диференційної діагностики. Штучний інтелект здатний читати різні матеріали клінічних досліджень, брати участь у їх обговоренні, підсумовувати зміст та надавати відповідний технічний аналіз прочитаного, оцінювати прочитану роботу та ставити дослідницькі питання [3]. Але наразі не існує гарантій в достовірності штучного інтелекту та компетентності використання ним відповідних фактів для постановки правильного діагнозу в індивідуальних випадках. Тому такі чат-боти можуть бути використані в цілях медичної консультації, але при цьому необхідно, щоб надана штучним інтелектом інформація була перевірена клініцистом із відповідною компетенцією.

*Висновки.* Отже, запровадження машинного навчання та штучного інтелекту допоможе медичним працівникам покращити якість наданої медичної допомоги. Водночас розробка та удосконалення цих технологій виключає можливість заміни людей на машинізовану техніку, адже машинне навчання дозволяє лікарям краще виконувати свою роботу та розвантажує їх у виконанні інших обов'язків, залишаючи вільний час та можливості на спілкування із пацієнтом, через що і цінується медицина як професія. У майбутній перспективі передбачається удосконалення та розвиток ШІ із подальшою адаптацією відповідних технологій, а також їх користувачів. Тому штучний інтелект, як і будь який інструмент, якщо він використовуватиметься у надійних руках та з відповідною обережністю, зможе допомогти працівникам медичної сфери у наданні своїх послуг.

#### **Література:**

1. Pavel Hamet et al. Artificial intelligence in medicine. *Metabolism – Clinical and Experimental*. 2017. Volume 69. S36–S40
2. Charlotte J. Haug. Artificial Intelligence and Machine Learning in Clinical Medicine. *The New England journal of medicine*. 2023. vol. 388. S 1201–1208
3. Peter Lee. Benefits, Limits, and Risks of GPT-4 as an AI Chatbot for Medicine. *The New England journal of medicine*. 2023. Volume 388. S. 1233–1239

## **ВПЛИВ СОЦІАЛЬНОЇ ІЗОЛЯЦІЇ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я: АНАЛІЗ НАСЛІДКІВ ПАНДЕМІЇ COVID-19 ТА ВІЙСЬКОВОГО ВТОРГНЕННЯ В УКРАЇНІ**

*Григорян Н.А., Орел О.В.*

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

Останні роки стали безпрецедентним періодом викликів для українського суспільства та світу загалом. Два масштабні події – глобальна пандемія COVID-19 та повномасштабне військове вторгнення в Україну – кардинально змінили звичний уклад життя мільйонів людей, який призвів до тривалих періодів соціальної ізоляції. Пандемія COVID-19, що розпочалася у 2019-2020 роках, змусила суспільство адаптуватися до нових реалій: карантинних обмежень, дистанційної роботи та навчання, мінімізації соціальних контактів. Ці заходи, хоч і необхідні для стримування поширення вірусу, створили безпрецедентну ситуацію масової соціальної ізоляції. Ситуація ускладнилася з початком повномасштабного військового вторгнення в Україну, яке не лише продовжило, але й посилило проблему соціальної ізоляції для

багатьох українців. Вимушене переміщення, розлука з близькими, постійна загроза безпеці – все це створило додаткові бар'єри для нормальної соціальної взаємодії.

У цьому контексті вивчення впливу тривалої соціальної ізоляції на психічне здоров'я населення набуває особливої актуальності. Розуміння наслідків цього явища є критично важливим для розробки ефективних стратегій підтримки психічного здоров'я в умовах кризи та post-кризового відновлення.

Метою нашого дослідження аналіз явища соціальної ізоляції як детермінанти психічного здоров'я і наслідків її впливу на психіку людини.

Проведено аналіз зарубіжних наукових статей і досліджень за останні 5 років.

Соціальна ізоляція – це стан, при якому відбувається майже повне або повне усунення контактів людини від інших індивідів. Визначальними особливостями цього явища є мимовільність і тимчасовість скорочення або припинення взаємодії з соціумом. З проблемою соціальної ізоляції може зустрітися будь-яка людина, але реакція на неї може бути різною через такі фактори, як вік, умови ізоляції, соціальний статус людини тощо. Важливо вивчати вплив соціальної ізоляції саме на дітей, підлітків і молодь, тому що в цей період соціалізація є дуже важливою та впливає на формування особистості, як і в цілому на майбутнє. У квітні 2020 року було проведено дослідження: Дослідницькою академією Європейського товариства дитячої та підліткової психіатрії (ESCAP), мережею молодих клініцистів-науковців у галузі дитячої та підліткової психіатрії Європи та радою ESCAP було ініційовано перше дослідження у вигляді лонгітюдинального опитування CovCAP для оцінки здатності ресурсів систем охорони психічного здоров'я дітей, традиційних новостворених сервісів протистояти новим викликам [1]. Психічне здоров'я дітей та підлітків підверглося таким змінам: піднялася частота суїцидальних спроб (83 %), розладів харчової поведінки (64 %), тяжких епізодів депресії (61 %), тривожних розладів (70 %). Було визначено, що головні фактори, які викликали такі зміни – це закриття шкіл, перехід до дистанційної форми навчання, невизначеність строків ізоляції та зміни в звичному образі життя і дозвілля [1]. Цікавим є те, що соціальна ізоляція може впливати на апетит, викликати бажання їсти шкідливу їжу, підвищувати потяг до солодкої та висококалорійної їжі. Це було виявлено в дослідженні JAMA Network Open [2]. Якщо зловживати такою їжею, то у людини можуть виникнути проблеми з фізичним здоров'ям, ожиріння. Це може призвести до невпевненості в собі та неприйняття своєї зовнішності. Важливо вказати те, що соціальна ізоляція може викликати також соціофобію. Цьому сприяє те, що відсутність взаємодії з соціумом викликає сором'язливість, невпевненість у собі та страх.

Проведений аналіз впливу соціальної ізоляції на психічне здоров'я в контексті пандемії COVID-19 та військового вторгнення в Україні виявляє значні та багатоаспектні наслідки для психологічного благополуччя населення.

Дослідження показують, що тривала соціальна ізоляція призводить до суттєвого погіршення психічного здоров'я, особливо серед дітей, підлітків та молоді. Зафіксовано зростання частоти суїцидальних спроб, розладів харчової поведінки, тяжких епізодів депресії та тривожних розладів. Особливо вразливими виявилися молодші вікові групи, для яких соціальна взаємодія є критично важливою для нормального розвитку та формування особистості.

Важливо відзначити, що наслідки соціальної ізоляції не обмежуються лише психологічною сферою, але також впливають на фізичне здоров'я, зокрема через зміни харчової поведінки та зниження фізичної активності. Це підкреслює необхідність комплексного підходу до вирішення проблем, спричинених соціальною ізоляцією.

У світлі отриманих даних стає очевидною потреба у розробці та впровадженні ефективних стратегій підтримки психічного здоров'я населення в умовах вимушеної соціальної ізоляції. Це може включати розширення доступу до онлайн-консультацій з психологами, створення віртуальних платформ для соціальної взаємодії, розробку програм підтримки для найбільш вразливих груп населення.

Особлива увага повинна бути приділена дітям та підліткам, для яких необхідно розробити спеціальні програми, спрямовані на мінімізацію негативного впливу ізоляції на їхній розвиток та психічне здоров'я. Важливо також враховувати довгострокові наслідки соціальної ізоляції та розробляти стратегії постізоляційної адаптації та реабілітації.

Нарешті, досвід, отриманий під час пандемії COVID-19 та в умовах військового конфлікту, повинен бути використаний для вдосконалення систем охорони психічного здоров'я, підвищення їх стійкості та здатності реагувати на майбутні кризи.

Таким чином, соціальна ізоляція є значущим фактором впливу на психічне здоров'я, що вимагає комплексного, міждисциплінарного підходу до вирішення пов'язаних з нею проблем. Подальші дослідження в цій галузі залишаються критично важливими для розробки ефективних стратегій збереження психічного здоров'я населення в умовах глобальних викликів.

#### **Література:**

1. Revet A., Hebebrand J., Anagnostopoulos D. *et al.* Perceived impact of the COVID-19 pandemic on child and adolescent psychiatric services after 1 year (February/March 2021): ESCAP CovCAP survey. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 29 Jul 2021. Vol. 30, № 8. P. 1-8. DOI:10.1007/s00787-021-01851-1.

2. Xiaobei Zhang, PhD<sup>1,2,3,7</sup>; Soumya Ravichandran, BSc<sup>2,4</sup>; Gilbert C. Gee, PhD<sup>5,6</sup>; Tien S. Dong, MD, PhD<sup>1,2,3,7</sup>; Hiram Beltrán-Sánchez, PhD<sup>5,6</sup>; May C. Wang, PhD<sup>5</sup>; Lisa A. Kilpatrick, PhD<sup>1,2,3,7</sup>; Jennifer S. Labus, PhD<sup>1,2,3,7</sup>; Allison Vaughan, MS<sup>1,2,3</sup>; Arpana Gupta, PhD<sup>1,2,3,7</sup>. Social Isolation, Brain Food Cue Processing, Eating Behaviors, and Mental Health Symptoms. *JAMA Netw Open*. 2024;7(4):e244855. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.4855

## **РІВЕНЬ ОБІЗНАНОСТІ МОЛОДІ В ПИТАННІ ВИЯВЛЕННЯ ПЕРШИХ ОЗНАК ІНСУЛЬТУ**

**Левченко Є.Д., Денисенко К.О., Трегуб П.О.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

*Актуальність.* За даними Всесвітньої організації боротьби з інсультом щорічно майже у 15 мільйонів людей у всьому світі реєструються випадки інсульту. Ця хвороба посідає друге місце в Україні серед найбільш поширених причин смертності населення. Рівень захворюваності з кожним роком зростає

не лише в Україні, а й в інших країнах Європи. Тому оцінка рівня обізнаності населення у виявленні ознак інсульту та надання певних рекомендацій для покращення знань є необхідним для формування безпечного та свідомого суспільства.

*Мета.* З'ясувати рівень обізнаності молоді віком від 17 до 30 років включно щодо важливості та вміння виявлення перших ознак інсульту та надання невідкладної домедичної допомоги.

*Матеріали та методи.* Задля досягнення цілей дослідження були використані соціальний та статистичний методи. Опитування здійснювалося з використанням Google Forms.

З метою визначення рівня обізнаності молоді в питанні виявлення перших ознак інсульту було проведено анкетування, в якому взяли участь 32 респонденти. Основна вікова категорія – 17–25 років (58,3 %) та 25–30 років (41,7 %) опитаних чоловічої та жіночої статі різних сфер діяльності. Розпит включав 5 питань, складених із спостережень та рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я і Міністерства охорони здоров'я України.

За визначенням ВООЗ, інсульт – це клінічний синдром швидкого розвитку ознак фокальної чи глобальної втрати мозкових функцій, що тривають 24 годин і більше або призводять до смерті при відсутності несудинних причин [1].

Це захворювання залишається провідною причиною інвалідизації населення країни. Близько 20 тис. хворих щорічно стають інвалідами внаслідок цереброваскулярних захворювань. Гостре порушення мозкового кровообігу покладає особливі обов'язки на членів сім'ї хворого, значно знижуючи їх працездатний потенціал та лягає тяжким соціально-економічним тягарем на суспільство, оскільки лише 10–20 % хворих після інсульту повертаються до повноцінного життя [2].

Вважається, що інсульт – це вікове захворювання. Відповідно до статистики, найчастіше від нього страждають люди, старші 65 років. Однак це не означає, що молодий вік виключає ризик захворюваності. Людина будь-якого віку може потрапити до лікарні з інсультом, навіть відомі випадки інсульту в підлітків та немовлят. Різниця буде полягати лише в кількості випадків. За результатами нашого опитування 62,8 % анкетованих було відомо, що гостре порушення мозкового кровообігу зустрічається в більшості випадків у людей старшого віку. І лише 12,5 % вважали, що інсульт може вражати всі вікові групи [2].

Симптомів інсульту є досить багато: як ті, що проявляються завжди, так і ті, що можуть і не проявитися або бути симптомами й інших захворювань. Найхарактерніші симптоми інсульту для кращого орієнтування можна запам'ятати за запропонованою МОЗ України аббревіатурою МОЗОК:

Мовлення: раптове порушення мовлення або нерозуміння зверненої мови.

Обличчя: раптове оніміння однієї половини обличчя, результатом чого вона зазнає візуальних змін, наприклад, обвисне.

Запаморочення: раптове головокружіння, хиткість ходи, втрата рівноваги, координації рухів у носі або руці.

Очі: раптова або часткова втрата зору на одне або обидва ока.

Кінцівки: раптова слабкість або заніміння руки, ноги або однієї половини тіла.

Також інсульт може проявлятися сильним головним болем, сонливістю. Але ці симптоми можуть бути ознаками багатьох захворювань та швидко минати, тому більшість людей ігнорує їх [3].

З аналізу анкет було визначено, що 94 % опитаних вважають що до перших ознак інсульту буде відноситись раптова слабкість м'язів, заніміння в області обличчя, руки, ноги або однієї половини тіла, порушення мовлення, втрата зору на одне чи обидва ока. І лише 3,1 % продемонстрували нам, що первинна риса порушення мозкового кровообігу – біль в області серця, що іррадіює у ліву лопатку [3, 4].

Також одним з головних факторів розвитку інсульту є артеріальна гіпертензія. Підвищення артеріального тиску на 20/10 мм рт.ст. подвоює ризик розвитку серцево-судинних ускладнень. Щодо результатів анкетування, то вони продемонстрували нам наступне: 29 % опитаної молоді вважає, що артеріальний тиск у людини у гострій фазі інсульту знижений, а понад 71 % відповідно – підвищений [1].

Хочеться додати, що відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2012 № 602 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ішемічному інсульті» дане захворювання належить до невідкладних станів і потребує надання екстреної медичної допомоги та термінової госпіталізації у ЗОЗ, які надають вторинну медичну допомогу. З цим повністю були згодні 98 % анкетованих, що будуть викликати відразу бригаду швидкої медичної допомоги, помітивши у людини вищеперераховані риси гострого порушення мозкового кровообігу [1, 3].

Отже, в результаті проведеного дослідження ми прийшли до висновку, що переважна більшість опитаної молоді, незалежно від віку та сфери діяльності, має чітке розуміння основних проявів інсульту. Тому можна вважати, що вони зможуть забезпечити можливість надання пацієнту домедичної допомоги, що збільшить його шанси уникнути важких ускладнень.

#### **Література:**

1. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ішемічному інсульті: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2012 № 602

2. Стаття «Інсульт, порушення кровообігу» [Електронний ресурс] URL: <https://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html>

3. Стаття «Найкращий спосіб попередити інсульт – це профілактика» [Електронний ресурс] URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/najkrashchij-sposib-poperediti-insult-ce-profilaktika>

4. Стаття «Інсульт» [Електронний ресурс] URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/neinfekciyni-zakhvoryuvannya/sercevo-sudinni-zakhvoryuvannya/insult>

## THE ROLE OF NUTRITION IN THE PREVENTION OF NON-INFECTIOUS DISEASES

**Orel O.V., Svyryd A.S.**

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv*

Nutrition plays a key role in the prevention of non-communicable diseases, which are the leading cause of morbidity and mortality in the world. Physiology of nutrition is a science that studies the influence of food and eating habits on human health. It forms scientific foundations and develops practical recommendations for the rational nutrition of various age and professional population groups, as well as for the prevention of diseases associated with unbalanced nutrition. Epidemiological studies show a significant correlation between dietary habits and the risk of developing non-communicable diseases such as diseases of the circulatory system, type 2 diabetes and respiratory diseases[1–3].

Nutrition is necessary to ensure the functioning of organs and systems, which is necessary for a person's well-being and working capacity. The sources of nutrients are products of plant and animal origin. Nutrients that enter the gastrointestinal tract are important components necessary for the formation of cells and tissues, as well as the synthesis of such compounds as: enzymes, hormones [2]. 100 respondents were interviewed. According to the results of the survey, 58 % of respondents believe that they are familiar with the basics of healthy nutrition, 4 % of respondents believe that they are not familiar with the basics of healthy nutrition, 38 % of respondents believe that they are partially familiar with the basics of healthy nutrition.

The regularity of food is one of the principles of rational nutrition, which is explained by conditioned-reflex reactions of the body, which lead to the release of saliva, gastric juice, enzymes and bile. This complex of factors contributes to the normalization of digestion, ensures effective assimilation of nutrients and is a prevention of overeating, and subsequently obesity. A constant supply of substances is also responsible for a stable glucose level. Irregular nutrition can cause irritation of the mucous membrane of the stomach, as excessive secretion of gastric juice occurs. This can become one of the risk factors for the development of gastritis, inflammation of the stomach lining. Skipping meals in combination with eating large portions increases the risk of reflux, when acid enters the esophagus from the stomach. An irregular diet, especially when lacking in nutrients such as omega-3 fatty acids, B vitamins and other important micronutrients, can negatively affect mood and general mental health, contributing to depression and anxiety disorders. According to the results of the survey, 32 % of respondents follow a regular diet, 22 % of respondents do not follow a regular diet, and 46 % of respondents sometimes follow a regular diet.

The multiplicity of food has a positive effect on improving digestion. Eating small, frequent meals reduces the strain on the gastrointestinal tract, which can prevent digestive problems such as heartburn or heaviness. A healthy person is usually recommended to eat three or four times a day. It is important to take into account the individual needs of a person, the level of physical activity and health. According to the results of the survey, 22 % of respondents eat 1–2 times a day, 28 % of respondents eat 2–3 times a day, 42 % of respondents eat 3–4 times a day. Several respondents answered that they eat once a day and 1–5 times a day.

Eating breakfast helps reduce hunger throughout the day, which can prevent you from overeating at lunch or dinner. Eating in the morning also activates the metabolism after the night, which helps to burn calories during the day. Missing breakfast and other meals can lead to the risk of gallstone formation due to thickening of bile, insufficient activity of the gallbladder. Breakfast affects the hormonal balance, in particular the level of cortisol, a stress hormone, which can increase in the morning due to prolonged fasting. For breakfast, it is important to choose healthy and nutritious foods that will provide a person with energy and necessary substances at the beginning of the day. For example, oatmeal, eggs, yogurt, nuts, fruit, whole grain bread. It is necessary to combine different food groups to ensure a balanced diet. According to the results of the survey, 58 % of students answered that breakfast is a mandatory meal, 20 % of students answered that breakfast is not a mandatory meal, 22 % of students answered that breakfast is sometimes a mandatory meal.

Eating slowly has many health benefits. Scientists emphasize that it is necessary to allocate at least 20 minutes. Better chewing of food facilitates the digestion process and allows the body to absorb nutrients more efficiently. When a person eats slowly, the body has more time to send satiety signals to the brain. This helps to avoid overeating. Paying attention to food allows you to enjoy flavors and textures more, which can increase the pleasure of eating and reduce the desire to eat in stressful situations. Forming the habit of eating slowly can lead to better control over eating and promote healthy food choices. According to the results of the survey, 58 % of respondents answered that their meal takes up to 20 minutes, 30 % of respondents answered that their meal takes 20 minutes, 12 % of respondents answered that their meal takes more than 20 minutes.

Fiber is an important component of the diet. It is divided into two main types: soluble and insoluble. Soluble fiber can slow down the absorption of sugar, which stabilizes the optimal level of sugar in the blood and reduces the risk of developing type 2 diabetes. Insoluble fiber helps increase the volume of the stool and helps it pass through the gastrointestinal tract, which prevents constipation. Foods rich in fiber provide a feeling of satiety, which prevents calorie intake and helps control weight. Fiber can help reduce the risk of cardiovascular diseases by lowering blood cholesterol levels and promote the growth of beneficial bacteria in the gut, which improves the overall condition of the microflora and supports the immune system. The recommended daily rate for adults is 25–30 g. Foods rich in fiber are: fruits, vegetables, legumes, nuts, seeds. According to the results of the survey, 34 % of respondents eat vegetables and fruits every day, 28 % of respondents eat vegetables and fruits 4–5 times a week, 38 % of respondents eat vegetables and fruits 2–3 times a week.

Salt is an important element in nutrition, but its consumption should be balanced. The daily norm is 5-6 g. Salt is necessary for maintaining water balance, transmission of nerve impulses and regulation of acid-alkaline balance in the body, helps control blood volume to normalize blood pressure. Failure to observe the daily norm can lead to an increase in blood pressure, which is a risk factor for diseases of the circulatory system and fluid retention in the body, which can cause edema. Excessive salt consumption can be a precipitating factor for kidney disease and calcium loss. According to the results of the survey, 44 % of respondents answered that they are familiar with the daily norm of salt consumption, 56 % of respondents answered that they are not familiar with the daily norm of salt consumption.

According to the results of the survey, 18 % of respondents observe the daily norm of salt consumption, 52 % of respondents do not observe the daily norm, 30 % respondents of sometimes observe the daily norm of salt.

Therefore, a balanced diet is a key factor for maintaining health and preventing non-communicable diseases such as: obesity, diabetes, diseases of the circulatory system, gastritis, peptic ulcer disease, gastroesophageal reflux disease, gallstone disease, kidney disease, chronic fatigue, depression, anxiety disorders.

#### **References:**

1. Гігієна харчування з основами нутріціології / За ред. проф. В. І. Ципріяна/. 1 том., Київ: Медицина, 2007.- 528 с.
2. Основи фізіології та гігієни харчування: / підручник Н. В. Дуденко [та ін.] – Суми: Університетська книга, 2009. – 555 с.
3. М. І. Кручаниця, С. О. Михайлович, Н. В. Розумик .Основи оздоровчого харчування. Навчальний посібник для ВНЗ фізичного виховання і спорту, 2004.

## **THE ROLE OF THE MEDICAL INFORMATION SYSTEM AND ELECTRONIC RESOURCES IN IMPROVING THE PROVISION OF MEDICAL AID**

***Aksyonova A.S., Kryvonohykh K.R., Yaremenko A.V.***

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv*

*Relevance.* In modern society, the process of cybernetization of medical care is inevitable. Since the volume of medical information becomes larger, the requirements for the quality and speed of medical care become higher. And it is the use of medical information systems (MIS) that facilitates the acquisition, processing, standardization and use of data.

The main relevance of MIS is to increase the efficiency of medical and preventive institutions, starting from the work of the registry and ending with the adoption of treatment tactics. Medical automated information systems allow solving many different tasks. First of all, the informatization of medicine creates optimal conditions for maintaining a client base, storing their personal data, diagnoses and diseases, examination and analysis results. Having all examination results in electronic format, it is much easier for the doctor to navigate the data, make diagnoses and plan further treatment and monitoring. The risk of losing important data and the need for repeated examinations is excluded.

Also, thanks to medical information systems, patients can avoid long waits in queues for an appointment with a doctor. MIS provide the possibility of making an appointment online, which allows you to choose a convenient time and date without the need to physically visit a medical institution. This greatly simplifies the process, saves time for patients and reduces the burden on medical institutions. Also, automated systems can send reminders about scheduled visits, which reduces the risk of missing appointments and improves the overall organization of medical care.

In addition, MIS provide calculation for services taking into account insurance policies and other programs. At the same time, it is easy to assess the demand for medical services of doctors and track the movement of medicines. Analysis of this

data allows the administration of the hospital to better understand the needs of patients and optimize the schedule of doctors, as well as plan the purchase of drugs.

Therefore, MIS is an integrated platform that greatly simplifies navigation in hospital information.

*The purpose* of our study is to evaluate the effectiveness of medical information systems (MIS) in various areas of medical care. studying the impact of MIS on the quality of medical care, improving work processes in medical institutions, reducing errors and increasing the accuracy of diagnosis and treatment. The scientific work is aimed at identifying the advantages and disadvantages of MIS, as well as at determining the key factors affecting their implementation and use.

*Research materials and methods.* When writing the scientific work, various sources and research methods were involved in order to conduct a comprehensive analysis of the implementation and effectiveness of MIS, namely, an analysis of scientific literature and analytical reviews and conducting an online survey among citizens of different regions of Ukraine.

*Results and discussion.* As part of the study, a questionnaire was distributed on various social networks, in particular on Instagram, Telegram and Facebook, which allowed to attract a wide audience, ensuring a greater variability of answers and, accordingly, a more accurate analysis of the received data. 128 Ukrainians from various regions and regions took part in the survey. When reviewing the answers to the questions, it was found that 6.3 % of the respondents had not heard about the use of MIS in hospitals and clinics at all, the remaining 93.8 %, respectively, had heard. 78.1 % of respondents had little experience of using it, 21.9 % did not use it. The ease of access to personal medical data through electrical resources was assessed by 50 % of respondents as "convenient", 31.3 % – "very convenient", 12.5 % – do not have access. 88.1 % of respondents are satisfied with interaction with a doctor through medical information systems, 18.3 % did not seek help in this way. When asked whether they encountered technical failures in the operation of the MIS, the majority answered positively and believed that this could negatively affect the quality of medical care. It was found that 40.6 % of respondents had problems with access to personal medical data, 40.6 % did not encounter such problems, and 18.8 % did not use MIS. Also, among the difficulties of using electronic systems, 53.1 % of respondents were dealing with technical failures or problems with access, 43.8 % – with insufficient information or incomprehensibility of the system, 15.6 % with the complexity of navigation and interface, 3.1 % had problems with data confidentiality, the remaining 18.8 % indicated a number of other errors on the part of electronic systems. Despite the fact that among the respondents, only 3.1 % had personal data privacy violations, 59.4 % of respondents answered that they do not trust the MIS, the remaining 40.6 % are not sure that there are risks for the privacy of personal data. If we talk about the advantages of MIS, respondents consider the following to be the most important in improving the quality of medical care: speed of access to medical data, convenience of making an appointment with a doctor, electronic prescriptions, electronic medical history, improvement of communication between the doctor and the patient. When asked whether MIS help to reduce the waiting time for medical care, 43.8 % answered "yes", 37.5 % – "partly", 6.3 % – "no", 12.5 % – had no experience. Also, 71.9 % believe that the introduction of MIS will increase the level of availability of medical services in remote regions, 25 % – noted that it depends on other reasons. In order to improve the efficiency of the MIS, respondents suggested improving the

system's usability, technical support, integration with other healthcare systems, data upload speed, privacy and security. So, 53.1 % believe that the further development of MIS will "significantly improve" the quality of medical services, 37.5 % – "partially improve", the remaining 9.4 % – "it is difficult to say". The last question was whether the respondents believe that MIS can replace traditional methods of keeping medical records in the future, to which 75 % answered – "yes", 12.5 % – "no", 12.5 % – "it is difficult to say".

*Conclusions.* Analyzing the results of the study on the use of medical information systems (MIS) among Ukrainians, several key conclusions can be drawn. First, the majority of respondents (93.8 %) are aware of the existence of MIS, which emphasizes the growing integration of MIS into the daily life of patients and medical institutions. Second, users appreciate the effectiveness of MIS in facilitating access to medical services. But the main problems related to technical failures and the lack of trust in data security can inhibit the further spread of systems. Overall, the study shows great potential for MIS, but security trust issues and technical shortcomings need to be addressed for full integration.

#### **References:**

1. Nazirova, T. A., & Kostenko, A. B. (2018). OHLIaD MODELEI ROZVYTKU EHEALTH TA NAIAVNYKh MEDYChNYKh INFORMATsIINYKh SYSTEM. PROBLEMY STVORENNIA YeDYNOHO MEDYKO-INFORMATsIINOHO PROSTORU. Scientific Bulletin of UNFU, 27(10), 151–155.
2. Medychna informatyka. Instrumentalni ta ekspertni systemy / Martseniuk V. P., Semenets A. V. – Ternopil: Ukrmedknyha, 2004. – 222 s.
3. Informatyka ta kibernetyka : Unifikovana osvithnia prohrama v haluziakh znan 22 «Okhorona zdorovia» ta 09 «Biolohiia» (Chastyna 1) / O. P. Mintser, Yu. V. Voronenko, L. Yu. Babintseva ta in. // Medychna informatyka ta inzheneriia. – № 3–4 (55–56). – S. 39–96.
4. Obroblennia klinichnykh i eksperymentalnykh danykh u medytsyni: navch. posibnyk / Mintser O.P., Voronenko Yu.V., Vlasov V.V. – K.: Vyshcha shkola, 2003. – 350 s.
5. System analysis methods of medical and biological processes / V.P. Marzeniu, A.G. Nakonechny. – Ternopil: Ukrmedknyha, 2003. – 241 p.

## **MAIN DIRECTIONS OF TELEMEDICINE IN HEALTHCARE MODERN PRACTICE**

***Pomohaibo K.G., Amrit Kaur***

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv*

The use of computer and telecommunication technologies for the exchange of medical information is one of the fastest growing segments of healthcare in the world (about 20 % per year). The first country to put telemedicine into practice was Norway. The second project was carried out in France for sailors of the civil and military fleets. Telemedicine in Ukraine was first used in 1935 in Lviv, when Professor Marian Franke and Professor Witold Lipinsky organized the permanent use of teelelectrocardiography (tele-ECG).

Today, WHO is developing a project to create a global telecommunications network in medicine, including the electronic exchange of scientific documents and information, its accelerated search with access through telecommunications networks, video conferencing, correspondence discussions and meetings, and electronic voting. International networks of medical telecommunications aimed at various purposes are also being developed: the Satellife system for disseminating medical knowledge in developing countries and training personnel, Planet Heres, a WHO system of global scientific telecommunications, international scientific expertise and coordination of scientific programs, and other systems and networks. The European Community has financed more than 70 international projects aimed at developing various aspects of telemedicine: from emergency care (the HECTOR project) to home treatment (the HOMER-D project). Currently, there are more than 250 telemedicine projects known in the world, which are divided by their nature into clinical (the vast majority), educational, informational and analytical. By geographical distribution, projects are divided into: local (local within one institution, 27 %), regional (40 %), national (16 %) and international (17 %) [1–2].

The main areas of telemedicine are: telemedicine consultations, teleeducation, covert monitoring of the health status of personnel, mobile telemedicine complexes and remote biomonitoring systems.

Telemedicine consultations are carried out by transmitting medical information via telecommunication channels (phone, videophone, mobile phone, Internet: video conference, Skype, Zoom, video chat, Viber, Telegram, etc.). Consultations can be carried out both in «deferred» mode and in real time (online). Deferred teleconsultations are the cheapest and easiest way to organize a consultation at a distance by transmitting medical information via e-mail. This is not very suitable for emergency cases, but it is inexpensive and very effective with proper organizational support for the process. Real-time consultations are more demanding in terms of technical equipment; they are conducted using broadband Internet and video equipment. There are scheduled, emergency video consultations and video councils. In all these cases, direct communication between the consultant and the attending physician is ensured. Most often, such consultations are conducted with the participation of the patient. In this case, a video conference session can take place both between two subscribers and between several subscribers in the so-called multipoint mode, that is, the most complex cases can be discussed by a council of doctors from different medical centers. It is believed that remote video consultation is much cheaper than a physical visit by the patient to the doctor – depending on the distance between the points, the cost ratio can be up to 50 times in favor of telemedicine. Telemedicine systems allow you to organize a dialogue with a medical expert (video conference) at any distance and transmit almost all the medical information necessary for a qualified conclusion (extracts from the medical history, X-rays, CT scans, ultrasound images, etc.). Teleeducation includes lectures, video seminars, conferences using telecommunications equipment. During such lectures, the teacher can have interactive contact with the audience. As a result of using such technologies, the doctor has a real opportunity for continuous professional education without leaving his place of work. Lectures, as well as video consultations, can be held in a multipoint mode, so the lecture can be read immediately for listeners from different countries. One type of tele-training is the broadcasting of surgical operations using network video cameras. This technology can also be used in the «tele-mentoring» mode, when a more

experienced doctor remotely monitors the actions of a less experienced colleague in real time. Covert monitoring of the health status of personnel is carried out by installing non-contact thermometers in homes and workplaces that measure human body temperature, receive magnetocardiograms (MCG) or magnetoencephalograms (MEG), record electromagnetic signals that arise as a result of muscle contraction, and other parameters in order to characterize the functional state of the human body. Mobile telemedicine complexes have been developed for work at accident sites. Small-sized mobile diagnostic complexes can be used in the absence of telemedicine offices and centers, directly where the need arises: in ambulances, remote hospitals, disaster medicine teams and air ambulances, medical units of emergency situations and defense departments. Telemedicine dynamic monitoring systems are used to monitor patients suffering from chronic diseases, as well as at industrial facilities to monitor the health of workers (for example, operators at nuclear power plants). A promising direction for the development of such systems is the integration of sensors into clothing, various accessories, and mobile phones.

Home telemedicine is also a remote form of medical care for a patient undergoing treatment at home, in which telemedicine equipment collects and transmits the patient's medical data from his home to a remote telemedicine center for further processing by specialists [1-3].

*Conclusion.* Thus, the formation of systemic approaches to the implementation and development of telemedicine in the healthcare system will contribute to improving the health of the population by ensuring equal access to medical services of adequate quality, especially when distance is a critical factor in their provision, reducing the cost of medical care, creating a single medical space, conditions for the continuous improvement of the professional level of medical workers and optimizing the processes of organizing and managing healthcare.

#### **References:**

1. Владзимирський А. В. Телемедицина в системі менеджменту та організації охорони здоров'я. Навчальний посібник / Донецьк: ТОВ «Цифрова друкарня», 2012. – 468 с.
2. Владзимирський А. В., Стадник О. М., Карліньська М. Перше застосування телемедицини в Україні: Мар'ян Франке та Вітольд Ліпінські // Укр.ж.телемед.мед.телемат. – 2012. – Т. 10, № 1. – С. 18–26.
3. Dubchak. Телемедицина: сучасний стан та перспективи розвитку. Системи обробки інформації. – 2017 – 1 (147). 144–146.

## **TELEMEDICINE IN THE CONDITIONS OF WARTIME**

**Lutsenko I.V., Yurova A.A., Yaremenko A.V.**  
*Kharkiv National Medical University, Kharkiv*

*Topicality.* In the conditions of a military conflict, the provision of medical care to the population becomes significantly complicated due to a number of factors: the destruction of infrastructure, danger for medical workers and patients, insufficient resources, as well as the impossibility of ensuring access to qualified medical care in certain regions. In such circumstances, telemedicine becomes especially relevant and significant. The use of telemedicine technologies allows for continuous medical care

without physical contact between the doctor and the patient. Telemedicine allows doctors to provide consultations to patients regardless of their location, saving lives and reducing the number of complications. Also, telemedicine can be used to provide psychological help to both military and civilians suffering from PTSD, anxiety and other war-related psychological problems. Allows to provide online consultation of doctors, exchange research data, thereby improving the quality of diagnosis and treatment. In peacetime, chronically ill patients must be regularly monitored by a doctor. During the war, when access to medical facilities is difficult, telemedicine provides an opportunity to monitor the condition of such patients, thereby preventing the exacerbation of chronic diseases.

*The purpose of our research* is to analyze the implementation and effectiveness of telemedicine technologies in wartime conditions in Ukraine. The scientific work involves an assessment of the current state of telemedicine in the country, the study of opportunities to improve access to medical services through telemedicine platforms, as well as an analysis of social perception and trust in telemedicine among the population affected by military actions.

*Research materials and methods.* The following main methods were used during the writing of the scientific paper: theoretical (analysis of scientific literature and official data, comparison and generalization of the information found), empirical (online survey using pre-developed questions in Google form), mathematical and static (analysis of the received data). As part of the literature analysis, a review of scientific publications and reports related to the development of telemedicine in Ukraine and the world, particularly in emergency situations and military conflicts, was conducted. The experience of implementing telemedicine during armed conflicts in different countries, successful examples of the use of telemedicine technologies in Ukraine before and during the war were considered. A social survey was conducted among residents of different regions of Ukraine, in particular those living near hostilities. The survey was conducted to determine the level of trust in telemedicine, the frequency of use of these services, and to assess the availability of telemedicine technologies during military operations.

*Results and discussion.* In the course of the research, an online questionnaire was conducted, which we distributed on such social networks as Instagram, Telegram and Facebook. It was attended by 120 respondents of different genders and ages from residents of different regions, but the majority of respondents were from Kharkiv and Kharkiv region. 57.5 % of respondents used telemedicine services, 42.5 %, respectively, had no such experience. When asked how often they use telemedicine services, 40 % answered "never", 35 % used them once, 17.5 % regularly use these services several times a year, and 7.5 % – once a month or more often. Most of the respondents learned about telemedicine either from advertisements on the Internet or from family doctors. Among the advantages of this method of providing medical care, 40 % of respondents noted the convenience of consultations right from home, 30 % – no need to spend time traveling to the hospital and waiting in line, 15 % – the speed of receiving medical care. 37.5 % answered that they experienced an improvement in access to medical services thanks to telemedicine, 52.5 % chose the option "difficult to answer" and 10 % did not experience any improvement. 22.5 % believe that telemedicine is effective for the primary diagnosis of diseases, others are convinced that it will depend on the situation and may not always be effective. 37.5 % of respondents rated the level of comfort when communicating with a doctor through

telemedicine services as comfortable, 17.5 % as very comfortable, 10 % as uncomfortable, 35 % had no such experience. Among the problems, 50 % of respondents unanimously chose limited interaction with the doctor (impossibility of a physical examination), 12.5 % –noted that there were problems of a technical nature, often communication problems, and 10 % had difficulties establishing the correct diagnosis. Among the medical issues that can be solved through telemedicine, 42.5 % chose primary consultation, 22.5 % – psychological support, 20 % – prescribing, 12.5 % – control of chronic patients, 2.5 % – none of the above. 87.5 % of respondents noted that the lack of a physical examination and the lack of real-time communication with a doctor prevents them from fully relying on telemedicine, 12.5 % – feel mistrust in the accuracy of the diagnosis. 87.5 % did not have privacy problems when using telemedicine services, while 5 % had such a problem, the rest had no experience. According to the interviewees, in telemedicine it would be possible to improve the interaction of doctors with patients, the quality of communication and expand the range of narrow specialists. A question was asked about the readiness to use telemedicine services more often in the future, to which 42.5 % answered "yes", 45 % said that it would depend on the situation, 12.5 % – were not ready. 70 % of respondents would recommend this type of medical care to their relatives and friends. The last question in the questionnaire was a question to the respondents about whether they believe that telemedicine will be the main form of providing medical care in the future, to which 47.5 % answered "no", 17.5 % answered "yes", and 35 % said, which is difficult for them to answer.

*Conclusions.* In the circumstances of wartime, telemedicine acts as an important tool for maintaining the health of the population and ensuring continuous provision of medical services even in active combat zones, and becomes one of the key elements of supporting the medical system. At the expense of telemedicine, it is possible to organize the provision of primary care, remote monitoring of the condition of patients with chronic diseases, counseling by specialized specialists, as well as psychological support for victims of military operations. However, the level of mistrust among the population in the latest technologies remains quite high, and in order to improve the effectiveness of telemedicine, it is necessary to solve infrastructure problems, ensure reliable communication, since military actions often lead to disruption of infrastructure, including Internet communication and power supply, which can make it difficult or make it impossible to use telemedicine services in certain regions, train medical workers to work with telemedicine systems, since the use of telemedicine requires special skills from doctors. It is also important to continue improving measures to protect personal data and patient privacy. In the future, telemedicine can become an integral part of the health care system of Ukraine, especially in the context of prolonged military operations and the subsequent recovery of the country.

#### **References:**

1. Kidholm K, Jensen LK, Johansson M, Montori VM. Telemedicine and the assessment of clinician time: a scoping review. *Int J Technol Assess Health Care*. 2023 Dec 15;40(1):e3. doi: 10.1017/S0266462323002830. PMID: 38099431; PMCID: PMC10859839.
2. Shcheglov D, Fiehler J, Vyval M, Kyselyova AA. First experience of international proctoring hands-on stroke course using Tegus telemedical system for overcoming education challenges during the war in Ukraine. *Interv Neuroradiol*. 2023

Aug 9;15910199231193912. doi: 10.1177/15910199231193912. Epub ahead of print. PMID: 37559386.

3. Dang DD, Boulter JH, Meister MR, Dang JV, Ling G, Ecklund J. Operation "NeuroTeam": rendering the absolute best care for the most deserving patients under the most difficult conditions. *Neurosurg Focus*. 2022 Sep;53(3):E17. doi: 10.3171/2022.6.FOCUS22242. PMID: 36052625.

## **SOCIAL DETERMINANTS OF MENTAL HEALTH OF STUDENTS OF HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS**

***Orel O.V., Starkova V.D.***

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv*

Students of higher education institutions are one of the most vulnerable segments of the population, facing both the difficulties of everyday life and intense studies. They have to learn many new skills, on which they waste a lot of effort. However, what was a risk factor for disease yesterday may not be relevant today.

Research shows that young people, particularly the student cohort, are characterized by increased vulnerability to mental disorders compared to other demographic groups. This phenomenon is caused by a complex of factors, including an intensive academic load and the need to adapt to new living conditions. In addition, dynamic social transformations require young people to constantly readjust to a changing environment [1]. Empirical data from foreign studies confirm that the level of psychological distress among students is statistically significantly higher than the corresponding indicators in other social groups. These observations emphasize the urgency of the problem of mental health of young people and the need to develop effective strategies for its solution.

The purpose of the work is to highlight the main determinants affecting the mental health of students of higher education institutions.

Social determinants of mental health of students of higher educational institutions are a set of external factors of a social nature that significantly affect the psychological well-being of this demographic group. Researching these determinants is important for understanding the risk factors that influence mental health and for developing effective preventive interventions in the academic environment [2]. An important factor in the stability of students' mental health is their personal qualities and how they manifest themselves in society. This refers to the possibility of self-development, self-realization, ability to adapt, professional communication, human motivation [3].

In the context of students, the problem of the influence of social determinants gains even greater importance. Moving away from their parents, the need to find a job, housing, the need to balance between studying at a higher educational institution, social and physical activity, as well as building their own future is stressful for them. Not being able to handle so many challenges can cause problems with the student's mental well-being. Thus, many studies indicate that it is more difficult for young people to overcome difficulties and cope with stress than other categories of the population [4].

The constant presence of students of higher educational institutions in a state of mental and emotional stress can negatively affect their physical health in the long term. Stressful events easily provoke insomnia in already exhausted youth, which continues to worsen their condition. It has been proven that long-term stress and insomnia are the direct causes of increased blood pressure, reduced work capacity, and the occurrence of mental disorders in young people. This, in turn, supports the development of problems with both the well-being of students and their academic performance [5].

Empirical studies demonstrate a significant correlation between academic studies in higher educational institutions and the level of physical activity of student youth. The results of scientific observations indicate the existence of a negative correlation between reduced physical activity and limited social interaction and the frequency of complaints about deterioration of the psycho-emotional state among students. Instead, a positive association was found between regular participation in physical education classes, increased attention to one's own psychophysiological state, and reduced frequency of reports of mental health problems. These data indicate a potential protective effect of physical activity and social integration on students' mental well-being. The obtained results emphasize the need for further research to establish causal relationships between physical activity, social interaction and mental health in the context of higher education, as well as the development of complex intervention programs aimed at optimizing the psychophysical state of student youth [6].

Thus, the analysis of the determinants of the mental state of students of higher educational institutions reveals a multifactorial nature that includes both individual and social components. The period of study in higher education is characterized by increased psycho-emotional stress due to the need for simultaneous management of various types of activities. The intensification of the rhythm of life during this period potentially leads to negative consequences for the mental health of the student cohort. The data of scientific studies indicate that the lack of targeted attention to psychological well-being can cause a significant decrease in the quality of life of young people.

These observations emphasize the need to implement comprehensive psychological support programs and develop adaptive strategies in the student environment. Further research should be aimed at developing effective intervention methods that take into account the specifics of the academic workload and the socio-psychological characteristics of student youth.

#### **References:**

1. Understanding the Social Determinants of Mental Health of Undergraduate Students in Bangladesh: Interview Study / [A. Bhattacharjee, S. Taiabul Haque, M. Hady та ін.]. // JMIR Form Res.. – 2021. – № 5. – С. e27114.

2. Колосов А. Б., Волянчук Н. Ю., Ложкін Г. В. ПСИХОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ НЕГРАМОТНОСТІ СУБ'ЄКТА ПЕДАГОГІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ // Вісник післядипломної освіти. 2018.№ 7. С. 78–97.

3. Терещенко К. В. ДЕТЕРМІНАНТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПЕРСОНАЛУ ОРГАНІЗАЦІЙ В УМОВАХ СОЦІАЛЬНОЇ НАПРУЖЕНОСТІ / К. В. Терещенко. // Актуальні проблеми психології. – 2020. – № 55. – С. 59–65

4. Monideepa B. Psychological Distress among College Students: Role of Food Insecurity and Other Social Determinants of Mental Health / B. Monideepa, J. Benjamin. // International journal of environmental research and public health. – 2020. – № 17. – C. 4118.

5. A systematic review and meta-analysis of poor sleep, insomnia symptoms and stress in undergraduate students / [M. Gardani, D. Bradford, K. Russell та ін.]. // Sleep Medicine Reviews. – 2021. – № 61. – C. 101565.

6. Nicole A. Vigorous Physical Activity, Mental Health, Perceived Stress, and Socializing among College Students / A. Nicole, F. Toben. // American Journal of Health Promotion. – 2013. – № 28. – C. 7–15.

## **VACCINATION OF PREGNANT WOMEN: STUDY OF AWARENESS AND FEAR AMONG STUDENTS**

***Shatalova V.B., Orel O.V., Yaremenko A.V.***  
*Kharkiv National Medical University, Kharkiv*

*Introduction.* Vaccination is one of the most effective ways to protect human health, which prevents many infectious diseases. In the case of pregnant women, the issue of vaccination becomes even more urgent, since it is about protecting both the mother and the future child. Vaccination of pregnant women, especially against diseases such as influenza and COVID-19, causes a considerable amount of debate and mixed opinions among health professionals and patients. Despite the scientific evidence for the safety and effectiveness of vaccinations, there is often fear and doubt about vaccination among pregnant women and young people in general. These fears may influence their decision to receive vaccines, which in turn may lead to increased public health risks.

*Topicality.* During pregnancy, a number of vaccinations are necessary to protect both the woman herself and her future child from infections. The Ministry of Health explained which vaccinations should be given directly during pregnancy.

Vaccination against hepatitis B. It is preferable to get it before pregnancy, but you can get it at any time during pregnancy by contacting your family doctor and purchasing the vaccine at your own expense. Whooping cough, diphtheria, tetanus. Optimally, a pregnant woman should receive vaccination at 16-32 weeks from a family doctor. Seasonal flu vaccination. It is recommended to get it in September-October, but it is also possible throughout the season, at any period of pregnancy.

Booster from COVID-19. Vaccination can be done at any time, as soon as 4 months have passed since the previous booster. You can get a booster dose of the vaccine from your family doctor or at a vaccination center.

Vaccinations against pneumococci and meningococci can be obtained at any time during pregnancy. You can do this from a family doctor by purchasing the vaccine at your own expense.

Researching the level of awareness and attitudes towards vaccination among the younger generation, particularly students, is important because they shape public opinion and are future parents and professionals. The study of awareness and fears about vaccination during pregnancy among students of various specialties is especially relevant, which will reveal gaps in knowledge and the main factors of fear.

The obtained results can contribute to the development of educational programs that will help reduce the spread of myths and increase the level of awareness among the population.

*Research methods.* The research was conducted using Google forms, 94 respondents were interviewed under the conditions of voluntary consent and anonymity: 72 % – girls and 28 % – boys, under the age of 25. The following methods are used in the work: analytical, sociological survey by questionnaire.

*Results and discussion.*

*Awareness.* Among 94 respondents, 78 % knew about the need to vaccinate pregnant women, 22 % did not. When answering the question "Where do you get information about vaccination during pregnancy", 52 % answered "Internet", 30 % – "Medical sources, doctors", 18 % – "Family and friends".

*Attitude towards vaccination of pregnant women.* 76 % of respondents consider vaccination safe, 24 % – no. Among the factors that influence the attitude of young people to vaccination during pregnancy, the most popular are "Doctor's advice" – 44 % and "Articles in the media" – 32 %, less popular: "Scientific research" – 14 % and "Opinion of relatives" – 10 %

*Fears and apprehensions.* Among the surveyed respondents who have fears about vaccination of pregnant women, the majority (41 %) are concerned about side effects for the mother, 35 % believe that vaccines have a harmful effect on the child, the rest (24 %) are not sure that vaccines are sufficiently researched. According to young people, people's fears about vaccination during pregnancy can be reduced by: "Consultations and advice of doctors" – 38 %, "Dissemination of scientific research" – 34 % and "Publications in the mass media" – 28 %.

*Conclusion.* In the course of the study, the level of awareness and fears of students regarding vaccination of pregnant women was studied. The results showed that among students there is a low level of concern about the safety of vaccines for the mother and the fetus, and a high level of awareness about the benefits of vaccination during pregnancy. But there is still work to be done. Social networks and mass media are an important tool in the formation of public opinion, so it is possible to increase the level of public awareness by implementing educational programs and online platforms that would provide up-to-date information about the benefits of vaccination of pregnant women. Preventing the spread of misinformation and building trust in vaccination are key factors in improving public health.

**References:**

1. Röbl-Mathieu M, Kunstein A, Liese J, Mertens T, Wojcinski M. Vaccination in Pregnancy. Dtsch Arztebl Int. 2021 Apr 16; 118 (15): 262–268. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0020. PMID: 34114547; PMCID: PMC8287076.
2. Sebghati M, Khalil A. Uptake of vaccination in pregnancy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2021 Oct; 76: 53-65. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2021.03.007. Epub 2021 Apr 6. PMID: 33965331; PMCID: PMC8021457.
3. Kalafat E, Heath P, Prasad S, O'Brien P, Khalil A. COVID-19 vaccination in pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2022 Aug; 227 (2): 136–147. doi: 10.1016/j.ajog.2022.05.020. Epub 2022 May 11. PMID: 35568189; PMCID: PMC9093065.
4. Rasmussen SA, Jamieson DJ. COVID-19 and Pregnancy. Infect Dis Clin North Am. 2022 Jun; 36 (2): 423–433. doi: 10.1016/j.idc.2022.01.002. Epub 2022 Jan 31. PMID: 35636908; PMCID: PMC8802611.

5. Mackin DW, Walker SP. The historical aspects of vaccination in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2021 Oct;76:13-22. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2020.09.005. Epub 2020 Oct 13. PMID: 33168428; PMCID: PMC7550856.

## **THE ROLE OF HEALTH INSURANCE IN ENSURING ACCESS TO HEALTH CARE**

***Mukhachova V.D., Popovych I.V., Yaremenko A.V.***  
*Kharkiv National Medical University, Kharkiv*

*Topicality.* Health insurance is becoming more and more relevant in today's world due to the increasing cost of medical services and the frequency of chronic diseases. It provides financial protection and access to the necessary medical care, reducing the burden on the personal budget of patients. In the context of global pandemics, military operations and unstable economies, health insurance helps minimize the risks of unexpected medical expenses.

*The purpose* of learning about the role of health insurance in providing access to health care is to better understand how these mechanisms can improve the overall health of the population, reduce financial risks for people, and improve the efficiency of health care systems. By studying this role, it is possible to develop strategies to reduce inequalities in access to health services, and to find ways to reduce costs for both patients and the state. This knowledge contributes to the formation of policies that ensure stable and reliable access to necessary medical care for all segments of the population.

Health insurance as a community of solidarity has the task of maintaining the health of the insured, restoring it or improving their condition. It also includes promoting health self-competence and personal responsibility. The insured bear joint responsibility for their health; they should contribute to avoiding the occurrence of diseases and disabilities or overcoming the consequences through a conscious lifestyle, compliance with preventive measures and active participation in the treatment of diseases and rehabilitation. Health insurance companies must help the insured person with information, advice and services, as well as work on healthy living conditions, taking into account gender, age and disability characteristics. Also, hospitals do not have the right to refuse emergency care to a patient who has insurance.

Health insurance has a number of advantages. One of them, for example, is the cooperation of a large number of such companies with private hospitals for access to high-quality care, and providing remote consultations with specialists. There is also the provision of benefits to insured persons such as on-demand services, medicines and related goods, especially for customers who have life-threatening or terminal illnesses.

Mandatory state social health insurance provides Ukrainians with compliance with their constitutional rights to receive medical services, social equality, improvement and maintenance of population health at the expense of the Insurance Funds of Ukraine. The main subjects of these funds are insured persons and employers.

Hospital funds can be considered one of the types of voluntary medical social insurance in Ukraine. This charitable organization provides the patient with medicines, consumables for surgical interventions, and laboratory tests for established monthly donations. At the moment, associations of hospital funds work at the level of cities, districts and regions of Ukraine.

*Conclusions.* Based on the analyzed material, the following conclusions can be drawn. Medical insurance is divided into mandatory and voluntary medical social insurance. In the first case, the population receives assistance from the state, in the second case, private organizations can also be chosen. Depending on their financial and social status, individuals have the opportunity to choose the health insurance services that best suit them. Patients with incurable and serious diseases can be provided with the necessary medicines, examinations and procedures. Emergency care is guaranteed, giving policyholders confidence in a protected future. Health insurance promotes the responsibility of individuals for their own actions that affect their health, which is of great benefit because it is easier to prevent disease than to treat it.

#### **References:**

1. Coverage Matters: Insurance and Health Care. National Academies Press, 2001.
2. Empfehlung zur Anwendung der Europäischen Krankenversicherungskarte und Provisorischen Ersatzbescheinigung vom 6.12.2021.
3. Lang et al. 2022: Gesundheit und soziale Ungleichheit. Ohne Krankenversicherung im Krankenhaus – Offene Rechnungen und Fallzahlen in FFM 2016-2019. Policy Paper No 01, 2022.
4. Zahalna informatsiia – Likarniana kasa Zhytomyrskoi oblasti. Likarniana kasa Zhytomyrskoi oblasti – neprybutkova, nekomertsiiina, blahodiina orhanizatsiia. URL: <https://likkasa.com.ua/vstup-do-likarnyanoi-kasi/> (data zvernennia: 27.09.2024).
5. Ofitsiinyi portal Verkhovnoi Rady Ukrainy. Ofitsiinyi portal Verkhovnoi Rady Ukrainy. URL: <https://www.rada.gov.ua/> (data zvernennia: 27.09.2024).
6. Stephenson J. Outreach Strategies Helped Boost Enrollment in State-Based Health Insurance Marketplaces. JAMA Health Forum. 2022 Nov 4;3(11):e224917. doi: 10.1001/jamahealthforum.2022.4917. PMID: 36346624.

*Наукове видання*

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

**Томілінські читання**

Матеріали VII науково-практичної конференції  
з міжнародною участю

Відповідальний за випуск проф. В.А. Огнев

Формат А5. Ум. друк. арк. 15,25. Зам. № 24-34453.

---

**Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022  
izdatknmurio@gmail.com  
vid.redact@kmmu.edu.ua**

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