

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



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

### Томілінські читання

Матеріали VIII науково-практичної конференції  
з міжнародною участю

м. Харків, 30 жовтня 2025 року



Харків – 2025

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
Харківський національний медичний університет**

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

**Томілінські читання**

*Матеріали VIII науково-практичної конференції  
з міжнародною участю*

м. Харків, 30 жовтня 2025 року

Харків  
ХНМУ  
2025

УДК 614(477)(082)  
Г 87

Затверджено  
Вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 16 від 27.11.2025 р.

**Редакційна колегія:** О. А. Наконечна, К. Г. Помогайбо,  
В. Г. Нестеренко, К. М. Сокол,  
А. А. Подпрядова, Н. М. Мартиненко

Г87 **Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення «Томілінські читання»** : матеріали VIII науково-практичної конференції з міжнародною участю, Харків, 30 жовтня 2025 р. / Ред. кол.: О. А. Наконечна, К. Г. Помогайбо, В. Г. Нестеренко та ін. Харків, 2025. 262 с.  
<https://doi.org/10.5281/zenodo.17642172>

УДК 614(477)(082)

© Харківський національний  
медичний університет, 2025  
© О.А. Наконечна, К.Г. Помогайбо,  
В.Г. Нестеренко та ін., 2025

## ЗМІСТ

### Секція 1.

#### ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

<b>Томілін В.Г., Томіліна Т.В.</b> Віктор Павлович Голік. Портрет заслуженого професора. Харківський національний медичний університет. До 80-річчя від дня народження завідувача кафедри ортопедичної стоматології (1996–2014 рр.) .....	12
<b>Родинський Р.О., Зайцев В.В.</b> Обласна клінічна лікарня імені І. І. Мечникова під час першої світової війни та української революції (1914–1920) .....	14
<b>Рябокоть Є.М., Рябокоть Р.Є.</b> Аналіз інтеграції дисциплін громадського здоров'я в підготовці лікаря-одонтолога на одонтологічному факультеті (1921–1927 рр.) .....	16
<b>Романенко А.В.</b> Козацьке здоров'я .....	18
<b>Рябокоть Є.М., Рябокоть Р.Є.</b> Теми громадського здоров'я у дипломних роботах майбутніх лікарів-одонтологів Харківського державного медичного інституту у 1920–1930-х роках ХХ століття .....	22
<b>Перцева Ж.М.</b> Діяльність Д. М. Калужного у контексті епідеміологічних викликів ХХ ст. ....	24
<b>Martynenko N.M., Ozel Zeynep</b> Features of the organization and achievements of military medicine in the Arabic World during the middle ages .....	28

### Секція 2.

#### ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ

<b>Лехан В.М.</b> Методологія розробки індикаторів для первинної медико-санітарної допомоги .....	33
<b>Сердюк О.І., Просоленко Н.В., Парфьонова І.І.</b> Охорона здоров'я в умовах сучасних викликів.....	35
<b>Донік О.М.</b> Сучасні тенденції та перспективи розвитку первинної медичної допомоги в Україні.....	37
<b>Заславський Д.Д., Ейсмунд-Малевич Г.А., Кий-Кокарєва В.Г.</b> Роль волонтерства та громадських організацій у системі охорони здоров'я в умовах війни .....	39

<b>Бережна А.В., Чумаченко Т.О.</b> Грибкові інфекції та резистентність грибкових патогенів до антифунгальних препаратів як недооцінена проблема сучасної медицини .....	42
<b>Анісімова І.О., Мельниченко О.А., Шапкін А.С.</b> Передовий досвід Ізраїлю як складова вдосконалення державної політики щодо реабілітації постраждалих від військової агресії .....	45
<b>Рогова О.Г., Оганезова Г.В., Крупеня В.І.</b> Превентивна реабілітація як перспективний напрям функціонування системи охорони здоров'я .....	47
<b>Сокол К.М., Акоюян А.А.</b> Жіноче обрізання крізь призму прав людини: медичні та етичні наслідки для громадського здоров'я.....	50
<b>Соколова І.І., Слинько Ю.О.</b> Стоматологічна допомога військовослужбовцям в умовах сьогодення .....	54
<b>Мякина О.В., Прокоф'єва О.О., Вовк Ю.А.</b> Психологічні особливості сприйняття і подолання стресових ситуацій членами родин військових .....	56
<b>Медведєва О.М., Трегуб П.О.</b> Виклики системі громадського здоров'я: сказ – інфекція воєнного стану.....	59
<b>Рєвть Н.Ф., Подпрядова А.А.</b> Медико-соціальні особливості охоплення ромського населення вакцинацією в громадах .....	61
<b>Поступна О.В., Бурма А.П.</b> Виклики та можливості розвитку медичного туризму в Україні для реабілітації військовослужбовців та ветеранів .....	63
<b>Бойко В.В., Піра А.С.</b> Уламкові ураження цивільного населення під час повномасштабної війни та залученість хірурга до навчання громадськості.....	66
<b>Ромохаібо К.Г., Podpriadova A.A., Nesterenko V.G.</b> Definition of a set of measures to improve the quality of life of young people who have become addicted to smoking, alcohol and drugs .....	67
<b>Semenov V.V., Kriachkova L.V., Ustymchuk O.V.</b> How often healthcare practitioners monitor cancer risk factors among their patients and how often are they impacted by the same risk factors .....	69
<b>Orel O.V., Orel M.O.</b> Organization of medical care during hostilities Ukrainian and world experience.....	70

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

<b>Помогайбо К.Г., Овчарова В.С.</b> Організація надання медико-соціальної підтримки ВІЛ-інфікованим як задача громадського здоров'я в Україні .....	72
<b>Нещенко О.О., Мякина О.В., Сокол К.М.</b> Холістичні практики здорового способу життя у геронтології .....	74
<b>Помогайбо К.Г., Приходько Н.І.</b> Проблеми імунoproфілактики в умовах воєнного стану: медико-соціальні бар'єри та шляхи подолання.....	78
<b>Жарлінська Р.Г., Зверховська В.Ф., Адамчук О.Ф.</b> Законодавчі новели в регулюванні системи громадського здоров'я України .....	79
<b>Сергета І.В., Хричіков Д.О., Дмитришен П.В.</b> Сучасні профілактичні технології у структурі університетської гігієни сьогодні та їх роль у процесі розбудови ефективної системи громадського здоров'я .....	81
<b>Яременко А.В., Орел М.О.</b> Телемедицина: можливості та ризики .....	83
<b>Podpriadova A.A.</b> Mental health of the population as a priority of public health .....	86
<b>Palamar B.I., Bibyk I.G., Makhniuk V.M.</b> Integration of basic Public Health functions (EPHF) into the National Policy of Ukraine: architecture, indicators, management .....	88
<b>Yaremenko A.V., Orel M.O.</b> Vaccination and immunization in the public health system strategies, coverage problems, public confidence.....	92

**Секція 4.**  
**ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА,**  
**СУЧАСНА ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА БІОЛОГІЧНА СТАТИСТИКА**

<b>Нізяєва В.В., Чумаченко Т.О., Бугасенко Н.С.</b> Вплив криз на динаміку випадків ІПСШ серед підлітків в Україні у 2015–2024 рр. ....	94
<b>Ромогайбо К.Г., Belkhadri Othman</b> Comparative characteristics of empirical and experimental studies in medicine with clinical examples.....	96
<b>Данько Ю.С., Ячменська Е.С., Орловська К.В.</b> Молекулярна епідеміологія мітохондріальної кардіоміопатії: пошук серед мітохондріальних та ядерних генів.....	98

<b>Ромохаібо К.Г., Ait Bahadou Ayub</b> Randomized trials, as most reliable approaches to evaluate the efficacy and safety of medical interventions .....	100
<b>Монакова О.С., Харченко Л.В., Ярош Д.В.</b> Фактори, що впливають на відмову від вакцинації: аналіз причин та стратегії подолання .....	102
<b>Ромохаібо К.Г., Chenchui Han</b> Methodology of scientific research in medicine. Key aspects .....	105
<b>Orel O.V., Orel M.O.</b> Modern approaches of evidence-based medicine to early detection and prevention of complications of pregnancy possibility of obstetric practice .....	106
<b>Ромохаібо К.Г., Razzak Haider Saad</b> Application of ROC analysis to evaluate the results of scientific research in medicine .....	108
<b>Yaremenko A.V., Orel M.O.</b> Problems of evidence-based medicine in Ukraine: analysis of major obstacles and capabilities.....	109
<b>Ромохаібо К.Г., Ahmed Khatim</b> Systems analysis and meta-analysis in evidence-based medicine.....	111

## Секція 5. ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

<b>Аніщенко М.А., Усенко С.Г.</b> Зміст поняття «реабілітація» згідно чинного законодавства України: контроверсійність та перспективність поглядів.....	113
<b>Єленський В.Ю.</b> Аденція як медико-соціальна проблема на фоні стану ортопедичної допомоги в Україні.....	115
<b>Мельник В.О.</b> Інтеграція офтальмологічних послуг в систему первинної медичної допомоги для хворих на глаукому .....	118
<b>Бобкович К.О.</b> Статистичний аналіз динаміки надання послуг первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану.....	120
<b>Орлова А.Є., Кивлюк О.В., Григоров М.М., Нестеренко В.Г.</b> Медико-соціальне забезпечення осіб літнього віку.....	122
<b>Пекельна А.О., Леонтьєва Л.В.</b> Сучасна роль лабораторної діагностики в системі громадського здоров'я .....	125

<b>Краснікова А.М.</b> Організація надання домедичної допомоги в умовах повномасштабного вторгнення.....	126
<b>Ромогайбо К.Г., Подприядова А.А., Sokol К.М.</b> Medical and social aspects of diseases that are priorities for the healthcare system in the world and in Ukraine .....	127
<b>Sokol К.М., Kupina O.V., Olkhovska A.B.</b> Organizational aspects of accessibility of medical and pharmaceutical care for hypertensive disease in Ukraine.....	130
<b>Mishchenko M.M., Mishchenko O.M.</b> Brain strokes: current trends, diagnosis, treatment, and rehabilitation .....	134

### Секція 6.

## МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ТА ЕКОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я, ПРОФІЛАКТИЧНІ СТРАТЕГІЇ

<b>Кузнецова М.О., Помогайбо К.Г.</b> Ознаки залежності від мобільних телефонів серед здобувачів Харківського національного медичного університету .....	137
<b>Приходько Н.І., Помогайбо К.Г.</b> Інтеграція громад у процеси формування здорового способу життя.....	138
<b>Усенко С.Г., Рязанова О.А.</b> Аналіз показників захворюваності на рак молочної залози в Харківській області: динаміка та сучасний стан.....	140
<b>Масікевич А.Ю., Жуковський О.М., Забродський І.С.</b> Сучасні виклики екологічної безпеки Буковинських Карпат .....	141
<b>Мякина О.В., Нещенко О.О., Ващук М.А.</b> Підтримка здоров'я і якісного життя літніх людей: існуючі програми та ініціативи .....	144
<b>Мартиненко Н.М., Григоров М.М., Григоров М.С.</b> Функції та можливості застосування бібліотерапії .....	148
<b>Бордюжевська Л.В., Подприядова А.А.</b> Стрес як чинник омолодження інсультів в Україні.....	153
<b>Шанигін А.В., Бабієнко В.В., Талалаєв К.О.</b> Економіка змін клімату: тематичні дослідження та найкращі практики в охороні здоров'я .....	155
<b>Мякина О.В., Нещенко О.О.</b> Здоровий спосіб життя як джерело здоров'я: трактування та складові.....	157
<b>Ричкова Ю.П., Трегуб П.О.</b> Медико-соціальні особливості психологічного сприйняття діагнозу ВІЛ-інфекція у пацієнтів, які отримують антиретровірусну терапію .....	160

<b>Барбашова А.Г., Пантюхова Т.О., Міщенко М.М.</b> Аналіз світових стратегій вакцинопрофілактики грипу.....	162
<b>Ромохаїбо К.Г., Nesterenko V.G., Podpriadova A.A.</b> Identification of risk factors that led to smoking, alcohol and drug use among young people .....	165
<b>Mishchenko M.M., Mishchenko O.M.</b> Medical and social significance and current therapeutic options for the treatment of cerebral strokes.....	167
<b>Ромохаїбо К.Г., Belkhadri Othman</b> The impact of childhood and adolescent obesity on disability rates and physical development of the population .....	170
<b>Ромохаїбо К.Г., Nesterenko V.G., Podpriadova A.A.</b> Behavioral disorders among young people due to smoking, alcohol and drug use and their impact on the crime and demographic situation in society.....	172
<b>Chornenka Zh.A.</b> Strategy for improving oncoprophylaxis of gastric cancer in modern conditions.....	174
<b>Ромохаїбо К.Г., Fedorov V.V.</b> Medical and social problem of health disorders in patients with vascular crisis .....	177
<b>Tokar P.Y.</b> Human papillomavirus and cervical dysplasia: current approaches to prevention and early diagnosis .....	178
<b>Mishchenko M.M., Mishchenko O.M.</b> Diagnostic and therapeutic possibilities of intervention in the problem of cerebral stroke .....	180
<b>Volik M.S.</b> Mechanisms of vascular and lung damage in comorbidity of arterial hypertension and COPD .....	182
<b>Drokin A.V.</b> ACL injury: epidemiology, prevention, surgical strategies, and shared «decision-making» .....	183

#### Секція 7.

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

<b>Мельниченко О.А., Мартинюк А.В., Яворовська О.О.</b> Окремі аспекти публічної політики щодо пенсійного забезпечення військовослужбовців .....	186
<b>Михальчук В.М., Мельник В.М.</b> Сучасні тенденції публічного управління забезпеченням громадського здоров'я на рівні територіальних громад .....	187

<b>Непом'яца Т.С., Мельниченко О.А., Макарова В.І.</b> Елементи публічного управління розвитком кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я.....	189
<b>Дубич К.В., Данилюк К.В.</b> Діяльність органів публічного управління в підвищенні рівня громадського здоров'я населення України в умовах воєнного стану.....	191
<b>Кушніков В.В.</b> Ефективне публічне управління у сфері інформаційної безпеки як запорука забезпечення громадського здоров'я.....	193
<b>Поступна О.В.</b> Впровадження інноваційних технологій в систему охорони здоров'я: публічно-управлінський аспект.....	194
<b>Волченко І.В., Редько А.О., Лобойко К.М.</b> Мережа закладів охорони здоров'я Харківської області.....	197
<b>Голованова Г.Є.</b> Реалізація концепції сталого розвитку в публічному управлінні: актуальні чинники впливу .....	198
<b>Михайленко М.М.</b> Оптимізація правового механізму управління ризиками поширення інфекційних хвороб в контексті реформування системи громадського здоров'я ...	200
<b>Martynenko N.M., Louai Asaad</b> Transformation of the private medical services market in Ukraine under conditions of a full-scale invasion .....	203

## Секція 8.

### МЕДИЧНА ОСВІТА, НАУКА ТА ПРАКТИКА

<b>Власик Л.Й., Кметь Т.І.</b> Методика визначення робочого навантаження медичного працівника в закладах охорони здоров'я.....	207
<b>Стоян О.Ю., Савельєва Н.М., Томіліна Т.В.</b> Формування професійної культури майбутнього стоматолога через вивчення етики та деонтології з першого курсу.....	209
<b>Карпенко К.І.</b> Вплив свистики на прийняття діагностичних рішень медичним персоналом ...	210
<b>Сокол К.М., Подрігало Л.В., Подрігало О.О.</b> Застосування інноваційного підходу для удосконалення викладання медико-біологічних дисциплін.....	212
<b>Томіліна Т.В., Старкова І.В., Кондрусик Н.Ю.</b> Інклюзивний напрямок в роботі деканату стоматологічного факультету .....	213

<b>Гречишкіна Н.В., Литвинова Л.О., Донік О.М.</b> Особливості викладання громадського здоров'я майбутнім медичним психологам .....	215
<b>Крупеня В.І., Просолєнко Н.В., Каук О.І.</b> Вплив соціальних мереж та комп'ютерних ігор на здатність до навчання у підлітків та осіб молодого віку .....	218
<b>Гурбич О.С., Мартиненко Н.М.</b> Масаж при розсіяному склерозі: методика виконання .....	221
<b>Григорова А.О., Ярославська Ю.Ю., Михайленко Н.М.</b> Психологічна адаптація дітей на хірургічному стоматологічному прийомі ..	225
<b>Журавель Я.В.</b> Електронний курс як інтерактивний інструмент при викладанні освітнього компоненту: «Соціальна медицина, громадське здоров'я та наукові методи дослідження в медицині» в Харківському національному медичному університеті .....	228
<b>Ріга О.О., Х'юз З.</b> Рання діагностика аутизму у дітей: можливості та методи .....	230
<b>Старкова В.Д., Лантухова Н.Д.</b> Особливості анестезіологічного менеджменту пацієнтів з опіоїдною залежністю .....	232
<b>Коваленко Н.І.</b> Тайм-менеджмент як ключовий інструмент для підвищення самоорганізації навчальної діяльності студентів-медиків .....	234

## Секція 9. СТУДЕНТСЬКА НАУКА

<b>Селегень О.М., Усенко С.Г.</b> Соціальне та психічне благополуччя вимушено переміщених осіб: аналіз факторів адаптації та безпеки в умовах війни .....	237
<b>Старкова В.Д., Тищенко О.М.</b> Обґрунтування необхідності психологічної реабілітації поранених під час війни .....	238
<b>Вакуленко А.І., Андрєєв С.В.</b> Вплив проблеми формування конкрементів сечовидільної системи внаслідок «забутого» сечовідного стенту на систему громадського здоров'я .....	239
<b>Єгоркіна Д.М., Нешко С.І.</b> Застосування проблемно-пошукового методу у вивченні англійської мови здобувачами вищої освіти .....	241
<b>Тросцінський Я.Й., Сікорський М.В., Орлова Н.М.</b> Ефективність програми медичних гарантій в акушерстві та гінекології .....	242

<b>Барабаш С.О., Журавель Я.В.</b> Обізнаність населення України щодо ситуації з ВІЛ/СНІД: міфи та реальність .....	245
<b>Монакова О.С., Жолудь В.В., Пастерюк В.Г.</b> Мікропластик і здоров'я людини: рівень обізнаності студентської молоді та освітні інтервенції .....	248
<b>Масленникова Р.О., Самойлова Г.П.</b> Розширення спектра науково-освітніх заходів як чинник формування дослідницьких компетентностей .....	250
<b>Помогайбо К.Г., Ait Bahadou Ayoub</b> Interdisciplinary approaches of epidemiology, biostatistics, mental hygiene and public health in solving major public health problems .....	252
<b>Yaremenko A.V., Orel M.O.</b> Prospects for the development of evidence-based medicine using artificial intelligence and modern technologies in higher medical education of Ukraine.....	254
<b>Помогайбо К.Г., Ostapchuk V.M.</b> Determination of methods of prevention of mental disorders and their medical and social significance .....	256
<b>Mishchenko M.M., Vinichenko A.I.</b> Particularly dangerous infections: epidemiological trends and biosafety risks.....	258
<b>Помогайбо К.Г., Zhou Wintao</b> Comparative analysis of cohort and case-control studies in medicine .....	260

## **Секція 1. ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ**

### **ВІКТОР ПАВЛОВИЧ ГОЛІК. ПОРТРЕТ ЗАСЛУЖЕНОГО ПРОФЕСОРА. ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ. ДО 80-РІЧЧЯ ВІД ДНЯ НАРОДЖЕННЯ ЗАВІДУВАЧА КАФЕДРИ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ (1996–2014 РР.)**

**Томілін В.Г., Томіліна Т.В.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Віктор Павлович Голік народився 27 листопада 1946 року в місті Харкові в сім'ї робітників. Навчаючись у середній школі, паралельно здобував музичну освіту, за класом «баян-акордеон», чому сприяв абсолютний музичний слух.

У 1964 році Віктор Павлович закінчив середню школу № 59 міста Харкова, проте одразу вступити до Харківського медичного стоматологічного інституту не зміг через недостатню кількість балів.

Після невдалої спроби вступу до ХДМСІ рік працював лаборантом у Державному підприємстві «Спеціальне проектно-конструкторсько-технологічне бюро електрообладнання НВО «Електроапарат». У 1965 році вступив до Харківського медичного стоматологічного інституту, який згодом Постановою Ради Міністрів Української РСР № 294 від 12 травня 1967 року був переведений до Полтави. Після закінчення Полтавського медичного інституту в 1970 році працював у Рубіжанській міській лікарні Ворошиловградської (нині Луганської) області до 1975 року на посаді лікаря-стоматолога.

З початку самостійної роботи В. П. Голік активно опановував лікарську майстерність та брав участь у громадському житті лікарні. Саме в цей час його нагороджено знаком «Переможець соціалістичного змагання 1973 року», також обрано головою профспілки медичних працівників стоматологічної поліклініки.

У 1975–1977 роках він навчався в клінічній ординатурі Українського інституту удосконалення лікарів (УІУЛ), де й розпочалася його наукова діяльність. Одразу після завершення клінічної ординатури він отримав пропозицію роботи в Харківській обласній стоматологічній поліклініці, де працював лікарем-стоматологом-ортопедом до квітня 1980 року.

З 1 квітня 1980 року В. П. Голік був обраний асистентом кафедри терапевтичної стоматології Українського інституту удосконалення лікарів (УІУЛ). Він завжди пишався тим, що є учнем доктора медичних наук, професора Валеріана Олексійовича Нікітіна, під керівництвом якого у 1985 році захистив кандидатську дисертацію на тему «Лікування гострих виразково-некротичних уражень слизової оболонки порожнини рота пінним аерозолем «Гіпозоль»». Успішну розробку та впровадження пінно-аерозольного препарату «Гіпозоль» було відзначено бронзовою медаллю Виставки Народного Господарства країни у 1986 році.

У 1994 році захистив дисертацію на здобуття ступеня доктора медичних наук на тему «Нові аспекти патогенезу, прогнозу, лікування та реабілітації хворих із гострими виразково-некротичними гінгівостоматитами» і вже в грудні 1995 року отримав звання доцента кафедри терапевтичної стоматології УІУЛ.

У вересні 1996 року В. П. Голік був запрошений на посаду завідувача кафедри ортопедичної стоматології Харківського державного медичного університету. Як досвідчений організатор навчальної та наукової роботи кафедри він активно сприяв формуванню майбутньої плеяди молодих науковців. За період керівництва кафедрою (1996–2014 рр.) було підготовлено шість кандидатів і одного доктора медичних наук.

Завдяки глибокій порядності та високим організаторським здібностям, керівництво університету запропонувало йому посаду декана стоматологічного факультету ХДМУ. Він поєднував посади завідувача кафедри та декана з вересня 2001 року до листопада 2005 року, бувши водночас і членом ректорату. Його активна адміністративна робота супроводжувалася й науковим визнанням: у жовтні 2001 року йому присвоєно звання професора, у квітні 2005 року – звання «Заслужений професор ХДМУ». У всіх цих ролях він залишився відомий як енергійний послідовний та активний адміністратор.

#### *Професійний шлях і компетенції*

Віктор Павлович Голік – досвідчений викладач, висококваліфікований лікар-стоматолог. Він вдало поєднував педагогічну та наукову діяльність, повністю володів сучасними способами лікування і діагностики основних стоматологічних захворювань. Під його керівництвом було налагоджене плідне співробітництво з АТ «СТОМА», що дозволило розробити та впровадити у виробництво і практику нові стоматологічні матеріали. Загалом у науковому доробку професора В. П. Голіка налічується понад 535 публікацій: зокрема один підручник та 12 монографій (наприклад, «Системний аналіз в медицині» (2000), «Клінічна лекція з позиції системного аналізу» (2000) та ін. Основні напрями його наукової діяльності: методи оцінки резистентності організму, вдосконалення матеріалів та методів ортопедичного лікування стоматологічних хворих. Він підготував 29 навчальних та методичних посібників, розробив 16 методичних рекомендацій, є автором 56 патентів на винахід. Неодноразово виступав із доповідями з актуальних питань ортопедичної стоматології, підготовки кадрів та організації навчального процесу.

#### *Партнерство, професійна діяльність та громадська робота*

Віктор Павлович Голік від 1998 року – член-кореспондент Міжнародної академії інтегративної антропології. Був заступником голови Харківського відділення Асоціації стоматологів України, членом Вченої ради ХДМУ, експертом комітету фахової експертизи тестових матеріалів ліцензійних іспитів, атестаційної комісії з ортопедичної стоматології при Управлінні охорони здоров'я ХОДА, комісії з атестації зубних техніків, головою Державної екзаменаційної комісії, входив до складу комісії з медицини науково-методичної Ради Міністерства освіти і науки України.

#### *Визнання та пізні роки*

Плідну багаторічну працю заслуженого професора В. П. Голіка відзначено на державному рівні: у листопаді 2006 року він отримав почесну грамоту Кабінету Міністрів України, у червні 2014 року – почесну грамоту МОЗ України. З 2014 року працював професором кафедри ортопедичної стоматології ХНМУ. Він був енергійною, товариською та життєрадісною людиною; його щира чутливість і чуйність у взаємовідносинах з колегами та студентами залишили по собі глибокий слід.

### *Природа останніх років та пам'ять*

Віктор Павлович Голік пішов з життя на 70-му році 03 червня 2016 року. Похований у Харкові на філії 8-го кладовища, неподалік від Храму Казанської Ікони Божої Матері (Серафимівська церква).

### **Література:**

1. Початок століття: творчі шукання співробітників, викладачів і студентів Харківського національного медичного університету : альманах / редкол.: С. О. Краснікова, Л. В. Фоміна, І. В. Летік [та ін.]. Харків : ХНМУ, 2018. 96 с.: іл.
2. Вчені Харківського державного медичного університету / за ред. акад. А. Я. Циганенка. Харків : ВАТ «Видавництво «Харків», 2003. 470 с.

## **ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ІМЕНІ І. І. МЕЧНИКОВА ПІД ЧАС ПЕРШОЇ СВІТОВОЇ ВІЙНИ ТА УКРАЇНСЬКОЇ РЕВОЛЮЦІЇ (1914–1920)**

***Родинський Р.О., Зайцев В.В.***

*Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, Україна*

Обласна клінічна лікарня імені І. І. Мечникова – найбільша за розміром і найвизначніша лікарня Дніпропетровщини зі славетною історією. Впродовж свого існування цей медичний заклад пережив багато випробувань: війни, епідемії, та революції. Це не лише загартувало його стіни, піднявши планку медичного обслуговування та розвитку охорони здоров'я, але й сформувало величний дух закладу і визначило його подальшу парадигму розвитку. Не винятком із переліку визначних подій минулих століть, які зумовили сьогодення лікарняного комплексу, стали й перші два десятиліття ХХ століття: Перша світова війна, Національно-визвольні змагання та епідемії. Отже, пропонуємо розглянути лікарню імені Мечникова саме через призму цього історичного періоду, обмеживши розгляд 1914–1920 роками.

Вже у роки Першої світової війни на Катеринославщині (Дніпропетровщині) функціонувала розгалужена мережа медичних установ та персоналу. Тут працювали 193 лікарські установи (майже порівну в містах та повітах), також 74 повноцінні лікарні на 1556 ліжок. Штат налічував 307 фельдшерів, 108 повитух, 89 фармацевтів, 9 дантистів та значну кількість ветеринарного персоналу. Земська мережа складалася з 38 лікарень на 1050 ліжок, 13 приймальних покоїв і 46 аптек. Загалом, на лікування поранених і хворих щорічно виділялося до 150 тис. рублів [1].

Найбільшим медичним закладом міста була Губернська земська лікарня з будинком божевільних – сучасна лікарня імені І. І. Мечникова. Перед Першою світовою війною сама лікарня мала «14 будиночків і 6 павільйонів» розрахованих за планом на 470 ліжок, втім часто тут розміщували значно більше поранених. У 1914 році одночасно проводилося будівництво нових корпусів. Того ж року тут вже діяло чотири чоловічих і три жіночих відділення, загалом на 450 хворих [2]. З початком бойових дій у серпні 1914 року лікарню швидко адаптували для потреб фронту. Створений наказом від 3 серпня 1914 року, Катеринославський губернський комітет з допомоги воїнам, визначив її (лікарню) одним з основних пунктів для розгортання військових шпиталів.

До січня 1915 року на базі земської лікарні було відкрито два шпиталі: № 105 (200 ліжок) та № 106 (150 ліжок), в яких лікували поранених, переважно з Південно-Західного фронту. Штат лікарні складався з 25 лікарів, 50 фельдшерів та 150 сестер милосердя, мобілізованих із місцевих земських установ.

Фінансування було окремою проблемою закладу і здійснювалося за рахунок губернського бюджету та пожертв, зокрема, значного внеску Міжнародного Червоного Хреста. Очолюваний князем М. П. Урусовим, Червоний Хрест всебічно сприяв розширенню земської лікарні, також створенню додаткового шпиталю Червоного Хреста на 300 ліжок.

За даними губернського звіту за 1914–1915 рр., через шпиталі земської лікарні пройшло понад 1 200 хворих. При цьому рівень летальності становив 8 %, що було нижчим за середній показник по імперії (12 %) завдяки широкому впровадженню антисептичних методів [3].

Роль закладу полягала не лише в лікуванні, але й у реабілітації, що включала фізичну терапію та психологічну підтримку.

Князь М. П. Урусов, як голова місцевого комітету Червоного Хреста, доклав значних зусиль у цьому напрямку: він організував реабілітаційний центр у своєму маєтку поблизу Катеринослава. Тут поранені з земської лікарні отримували додаткове лікування, зокрема ортопедичну допомогу та професійну перепідготовку.

Загалом, за період війни, заклад прийняв понад 5 000 поранених, з акцентом на хірургію ран та боротьбу з гангrenoю. Медичний персонал (наприклад, земський лікар Михайло Мусійович Лучник) працював у режимі 24-годинної вахти. Такий темп спричинив виснаження кадрів та їхній відтік: до 1917 року близько 40 % лікарів було мобілізовано на фронт [3].

Протягом 1915–1918 років Катеринославська губернська земська лікарня зазнала значно розширилася в рамках загальної шпитальної мережі.

Місткість зросла до 700 ліжок, перевищуючи проєктну норму, через інтенсивне надходження поранених із Галицького та Брусилівського проривів.

У 1916 році на базі лікарняних корпусів було засновано Вищі жіночі медичні курси (нині Дніпровський державний медичний університет), які готували медичний персонал, у тому числі для потреб фронту.

З початком Української революції Катеринославська губернська земська лікарня опинилася в епіцентрі політичних змін. Враховуючи свою промислову та стратегічну важливість, Катеринослав став ареною запеклої боротьби між більшовиками, УНР, Гетьманом Скоропадського та «білими» денікінцями, переживши понад 20 змін влади за 1917–1920 роки.

Аналіз спогадів (як найменш викривлених джерел) дозволив встановити, що, попри постійну зміну влади та нещадну політику терору (наприклад, вішання невірних режиму «білими» на Соборній площі), лікарня приймала учасників з усіх сторін барикад. Ба більше, на її території в окремих будівлях формувалися мобільні військові шпиталі.

У 1918 році, під час Гетьманату, губернська земська управа, за наказом уряду Скоропадського, розгорнула на базі закладу інфекційну лікарню на 280 ліжок для боротьби з тифом і холерою, поширеними через демобілізацію армії та біженців [4].

Епідемія іспанського грипу 1918–1920 років стала ще одним випробуванням для регіону. Воюючі сторони, які часто проводили обшуки, почали позначати чорними табличками домівки хворих, які часто згодом знищувалися.

Попри гніт тимчасових влад, деякі лікарі, як-от В. С. Татаринів, трансформували свою службу з лікарняної на надання виїзної допомоги в повітах, ризикуючи життям через хаос громадянської війни.

Водночас, приватна практика стала поширеним явищем: медики уникали державної служби, побоюючись репресій [5].

До 1920 року, зі встановленням більшовицької влади, лікарня перейшла під «червону» адміністрацію, але зберегла певний ступінь автономії за земським зразком.

За цей рік через заклад пройшло близько 3 тисяч поранених і хворих учасників революційних подій, зі значною летальністю близько 15 %, що було спричинено браком медикаментів та належних умов [6].

#### **Література:**

1. Мартиненко О. В. Медична галузь в Україні (Історичний період 1917–2007 рр.). Харків : Едін, 2007. 36 с.

2. Керманський В. О. До 100-річного ювілею лікарні ім. Мечникова. *Зоря*. 1945. 8 лип. (№7). С. 2–3.

3. Чабан М. П., Шевцова З. І., Гапонов В. В. Із Нехворощі – у світі. Присвячується 150-річчю від дня народження М. М. Лучника / М. П. Чабан, З. І. Шевцова, В. В. Гапонов // *Гастроентерологія*. 2018. Т. 52. № 2. С. 109–120.

4. Жванко О. Тиф, холера, «іспанка»: заходи уряду Скоропадського з подолання епідемій / О. Жванко // *Україна Модерна*. 2020. № 1. С. 1–12. URL: <https://uamoderna.com/md/zhvanko-skoropadsky-pandemics/> (дата звернення: 17.08.2025).

5. Савінков В. О. Спогади/щоденник Савінкова Г. О. Дніпро : Літерія, 2001. С. 82–96.

6. Демешкіна Р. Д. 200 років Дніпропетровській обласній лікарні ім. І. І. Мечникова. *Сестра Милосердя*. 1998. Квіт-черв. (№ 1). С. 56–60.

## **АНАЛІЗ ІНТЕГРАЦІЇ ДИСЦИПЛІН ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРЯ-ОДОНТОЛОГА НА ОДОНТОЛОГІЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ (1921–1927 РР.)**

**Рябокони Є.М., Рябокони Р.Є.**

*Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, м. Харків, Україна*

**Вступ.** Революційні зміни початку 1920-х років вимагали докорінної трансформації медичної освіти, зокрема, переходу від вузькопрофільної приватної зуболікарської практики до підготовки висококваліфікованого лікаря-одонтолога, орієнтованого на державні та громадські завдання. Стара дореволюційна зуболікарська школа, з її обмеженим курсом (2,5 роки) та «урізаною програмою» із загальномедичних наук, була визнана непридатною, оскільки «повна відсутність у її програмі широкої природничо-історичної бази» не давала гарантії отримання лікаря, здатного до широкого розвитку одонтології як науки.

Харківський медичний інститут (ХМІ), відкриваючи одонтологічний факультет у 1921 році, свідомо обрав шлях максимальної інтеграції зі своїм медичним факультетом, ставлячи за мету підготовку фахівця «з ґрунтовною загально-біологічною і загально-медичною базою». Центральне місце в цій новій парадигмі посідав цикл профілактичних дисциплін, який став ідеологічною та методологічною основою для переходу до масової зуболікарської допомоги.

**Метою** даного аналізу є обґрунтована оцінка ролі, обсягу та методологічних особливостей викладання дисциплін, пов'язаних із громадським здоров'ям, у навчальному плані одонтологічного факультету ХМІ, також критичне осмислення їхнього значення для формування профілактичного світогляду майбутніх одонтологів.

**Результати та обговорення.** У пояснювальній записці до навчального плану прямо зазначено, що «проходженням циклу профілактичних дисциплін нарівні з медиками виробляється профілактичний напрямок у світогляді майбутніх одонтологів». Аналіз навчального плану факультету, затвердженого в 1926 році, демонструє послідовну і ґрунтовну інтеграцію дисциплін громадського здоров'я протягом усіх старших курсів. Вивчення гігієнічних та соціальних аспектів здоров'я було структуровано послідовно протягом трьох курсів, що забезпечувало глибоку інтеграцію профілактичних знань.

*II Курс.* Фундаментальні основи. На другому курсі, де лише починав посилюватися ухил на одонтологію, студенти закладали основи загальномедичних знань, які є необхідними для лікаря будь-якої спеціальності. Курс «Загальної гігієни» викладачі протягом 5 тижнів занять в першому півріччі. Загальний обсяг 90 годин. Викладали курс одонтологам і студентам-медикам в гігієнічній лабораторії. Очолював кафедру загальної гігієни професор Я. М. Зільбер.

На жаль, у перші роки факультет зазнав втрат. Курс загальної та приватної гігієни мав читати доктор А. Є. Раковський, але тяжка хвороба завадила йому продовжувати роботу, і він помер.

*III Курс.* Розширення до епідеміології. На третьому курсі, в умовах посилення спеціального одонтологічного циклу, продовжувалося вивчення гігієни, розширене до епідеміологічних аспектів. Курс «Загальної гігієни із загальною епідеміологією» викладали протягом 3 тижнів у першому півріччі та 3 тижнів у другому. Загальний обсяг 96 годин. Дисципліна викладалася одонтологам разом з медиками.

*IV Курс.* Соціальна та професійна орієнтація. На четвертому курсі, що був найбільш спеціалізованим (з одинадцятьма спеціальними кафедрами), акцент у загальномедичному циклі був зміщений на соціальні та виробничі аспекти здоров'я. Викладання курсу «Професійна гігієна» тривало 3 тижні у першому півріччі та 4 тижні у другому півріччі. Загальний обсяг годин на курс: 114. Курс «Соціальної гігієни з санітарною статистикою» викладали протягом 4 тижнів у першому півріччі і стільки ж, у другому. Загальним обсягом 128 годин.

Ці дві дисципліни IV курсу були тими загальними предметами, які залишилися спільними з медичним факультетом, і займали всього лише сім годин на тиждень. Такий значний обсяг у фінальному році навчання підкреслював, що проходженням циклу профілактичних дисциплін нарівні з медиками вироблялося профілактичне направлення у світогляді майбутніх одонтологів.

Включення і, що найважливіше, значний обсяг курсу соціальної гігієни та санітарної статистики на IV курсі (128 годин) є прямим інституційним підтвердженням відходу від старої, приватної моделі зуболікування.

Якщо раніше фахівець зосереджувався виключно на індивідуальному лікуванні, то нова система вимагала розуміння проблематики стоматологічної допомоги населенню на загальнодержавному рівні. Вивчення соціальної гігієни з санітарною статистикою забезпечувало лікаря-одонтолога методологічним інструментарієм для аналізу епідеміологічної ситуації, планування масових профілактичних заходів (санація, диспансеризація, шкільні амбулаторії) та розуміння соціально-економічних чинників, які впливають на здоров'я ротової порожнини. Це була необхідна база для роботи не просто «заправським plombером і протезистом», керівником охорони здоров'я на периферії, дільниці чи в селі.

Таким чином, загальний обсяг навчального часу, присвячений профілактичному циклу, становив 428 годин. Це свідчило про усвідомлене прагнення факультету підготувати не просто клініциста, лікаря, здатного працювати в умовах державної системи охорони здоров'я та впроваджувати масові профілактичні заходи.

Викладання гігієнічних дисциплін спільно з медичним факультетом було ключовим стратегічним кроком. Це дозволило факультету, який лише починав «ставати на ноги» і постійно боровся за своє існування (зіштовхуючись із «високомірним зневажливим ставленням» з боку московських кіл), використовувати висококваліфіковані кадри та матеріальну базу медичного інституту. Це не просто адміністративна зручність, глибоке методологічне рішення: якщо гігієна є «необхідною кожному лікарю», то одонтолог повинен засвоювати її «на рівних» з іншими медиками. Таким чином, одонтологічний факультет досяг мети «вклинитися в загальну систему педагогічної роботи всього інституту», що зміцнювало загальний престиж одонтологічної освіти.

Напрямок громадського здоров'я був критично важливим і для спеціалізованих наукових досліджень. Дипломні роботи охоплювали теми «соціального характеру», серед яких: «Санація порожнини рота за методом Канторовича»; «Масове лікування зубів»; «Санітарно-освітня робота у боротьбі з карієсом зубів»; «Роль одонтолога в охороні праці»; «Шкільні амбулаторії та їхня роль у боротьбі із зубним карієсом»; «Диспансеризація у зуболікуванні».

Включення професійної гігієни (114 годин) на IV курсі є особливо значущим у контексті індустріалізації. Тема «Роль одонтолога в охороні праці» та «Професійні захворювання зубів і порожнини рота» у дипломних роботах свідчить про те, що факультет готував лікаря, який розуміє зв'язок між умовами праці (особливо на великих державних підприємствах) та одонтологічною патологією. Це відображало державний запит на профілактику професійних хвороб та охорону праці, де одонтолог виступав не лише клініцистом, але й експертом-гігієністом.

**Висновки.** Дисципліни громадського здоров'я (загальна гігієна, соціальна гігієна з санітарною статистикою, професійна гігієна) були інтегровані в навчальний план одонтологічного факультету ХМІ як обов'язковий, послідовний та кількісно значний цикл, що охоплював II, III та IV курси.

Кінцева мета викладання цього циклу була чітко сформульована – формування «профілактичного напрямку у світогляді майбутніх одонтологів», що підтверджується тематикою дипломних робіт, орієнтованих на масове лікування та шкільну медицину.

Завдяки викладанню цих курсів спільно з медичним факультетом та за участю досвідчених професорів, як-от професор Я.М. Зільбер, одонтологічний факультет забезпечив високу якість загальномедичної підготовки своїх випускників, підтверджуючи свій статус «великого революційного досягнення» в галузі медичної освіти.

## КОЗАЦЬКЕ ЗДОРОВ'Я

**Романенко А.В.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

«Сильні, кремезні, високі на зріст, гарні з лица, енергійні, проворні та спритні, благородний люд; сміливі, відважні, відчайдушні вояки, вправні вершники, неперевершені мореплавці; моторні та завзяті, з гумором, вірні слову та побратимові, гарні танцюристи; мають міцне здоров'я, легко переносять голод та спрагу, холод та спеку, добре загартовані», «Ім сам чорт не брат, будькому дадуть прочухана, та й турецький султан їх боїться – годі лишень починають козацькі чайки шарпати турецьких берегів – так співають пісень бандуристи» [1] – саме так писали про українських козаків мандрівники, картографи, дослідники, етнографи та історики [1–3].

Актуальним питанням є комплексний аналіз чинників, які забезпечували високий рівень фізичного здоров'я, витривалості, гнучкості та енергетичного потенціалу козаків.

Дослідження системи життєзабезпечення козацтва спрямоване на ідентифікацію механізмів підтримання психоемоційної стійкості та непохитного оптимізму в умовах постійної військової загрози.

Наукова релевантність дослідження полягає у вивченні аксіологічної цінності (цінності) історичного досвіду та його практичного потенціалу. Це дозволить визначити доцільність імплементації (застосування) народних оздоровчих практик козаків у сучасну систему охорони здоров'я українського суспільства, їхніх прямих нащадків.

Здоров'я у сучасній науковій парадигмі визначається як гармонійна інтеграція та благополуччя на чотирьох ключових рівнях: фізичному, психічному, соціальному та духовному.

Додатково концепція здоров'я включає емоційний та ментальний компоненти, які детермінують (визначають) здатність індивіда до ефективної адаптації до стресових факторів та життєвих викликів; підтримання високого рівня психоемоційної стійкості та душевної рівноваги (оптимізму).

Природні чинники відігравали ключову роль у підтриманні відмінного здоров'я запорозьких козаків. Величний Борисфен (р. Дніпро – авт.), багатючий степ, пишній Великий Луг – літописці називали Україну «благословенною, святою Палестиною, Новим Єрусалимом» [1]. Для козаків була характерна глибока інтеграція (або тісний зв'язок) з природним середовищем регіону. Вони демонстрували значний рівень знань щодо кліматичних, флористичних та фауністичних особливостей території, включаючи практичне використання (або фармакогнозію) лікарських рослин [4, 5].

Козаки практикували суворий розпорядок дня, що починався з раннього підйому. Частиною щоденної гігієни було обливання/обмивання водою у річці, яке проводилося регулярно. Системне використання холодних водних процедур, навіть у пізньоосінній та зимовий періоди, сприяло фізичному загартовуванню та підтримувало їхній високий рівень фізичної стійкості.

Важливою складовою міцного здоров'я козаків було збалансоване харчування, яке відповідало сучасним дієтологічним принципам. Основу козацького раціону становили: складні нерафіновані вуглеводи (переважно круп'яні культури, фрукти); білки та жири тваринного походження; значна кількість мікронутрієнтів (за рахунок овочів, плодів та зелені).

Джерелом вуглеводів та вітамінів, окрім круп, був стільниковий мед – свідчення розвиненого бджільництва (пасічництва). Водні ресурси регіону – річка Дніпро (Борисфен), також Чорне та Азовське моря – були багаті на цінні харчові біоресурси (риба: осетрові, лящ, короп, щука, судак, бичок, оселедець, скумбрія) та водних безхребетних (раки), що забезпечувало високу протеїнову складову в раціоні. Пріоритетним методом кулінарної обробки риби було варіння або запікання. Такий спосіб приготування виключав утворення трансжирів, що знижувало ризик розвитку атеросклерозу та інших серцево-судинних патологій, забезпечуючи оптимальний ліпідограмичний профіль харчування. Споживання м'яса було обмеженим порівняно з рибою. Важливою складовою раціону була значна кількість (або високий вміст) зелені та прянощів (кріп, петрушка, селера, цибуля, хрін). Обов'язковим елементом були часник та гострий перець (який також використовувався як біологічно активна добавка до алкогольних напоїв). Зелень збагачувала страви з риби та м'яса. У харчуванні регулярно застосовувалися рослинні олії – конопляна, соняшникова та лляна, що забезпечувало організм поліненасиченими жирними кислотами. Овочі (гарбузи, буряки, морква, капуста) служили важливим джерелом клітковини (харчових волокон). Значну частку раціону становили сезонні плоди та ягоди (кавуни, дині, вишні, черешні, сливи, абрикоси, яблука, груші). Свіжі фрукти та ягоди є природним джерелом вітамінів, органічних кислот та есенціальних мікро- і макроелементів, що має високу харчову цінність. Історико-кулінарні особливості харчування козаків відображені у класичній українській літературі, зокрема, у поемі Івана Котляревського «Енеїда» [6].

Організація харчування у козацьких куренях відзначалася колегіальним підходом: вибір кухаря здійснювався спільним рішенням (усім куренем). Процес приготування їжі часто відбувався у спеціалізованих літніх приміщеннях (кабицях).

Десертна складова раціону включала імпортовані (інжир, родзинки) та місцеві продукти (медові напої/трунки). Виноградарство було традиційною сільськогосподарською практикою на теренах України, про що, зокрема, свідчить топоніміка (наприклад, назва міста Ізюм).

Після ранкового прийому їжі козаки розпочинали етап фізичної та військової підготовки. Цей етап включав обслуговування зброї, ремонт плавзасобів (човнів) та тренування верхової їзди.

Ключовим елементом підготовки був *герць* – індивідуальний навчально-тренувальний поєдинок, який функціонував як спеціалізоване тренування перед реальними бойовими діями. Метою герцю було комплексне вдосконалення фізичних та військових навичок: *бойових* (майстерності двобою); *кавалерійських* (вправного володіння конем та стійкості у сідлі); *фізичних якостей* (спритності, спостережливості, розвитку гнучкості м'язів та підтримання оптимальної маси тіла (здорової ваги)) [7]. Тривале перебування козаків на відкритому повітрі (протягом значної кількості часу), під впливом сонячної інсоляції та у природному середовищі, було ключовим чинником їхньої фізичної підготовки. Комбінація цих природних факторів (чисте повітря, сонячне опромінення) із систематичною фізичною активністю та гідротерапевтичними процедурами (холодною водою) забезпечувала високий рівень фізичної стійкості та енергетичного потенціалу воїнів [8, 9].

Провідною функцією козака була військова діяльність; бойові операції були інтегральною частиною козацького способу життя. Незважаючи на поетизацію військових кампаній (наприклад, походів на Османську імперію), бойові дії завжди є значним стресовим фактором та важким психологічним випробуванням для організму.

Психоемоційне напруження козаки нівелювали (знімали) за допомогою рекреаційних практик: танці, співи, колективні гуляння та вживання алкогольних напоїв. Важливо відзначити, що алкоголь (горілка) часто був настояний на лікарських травах (фітотерапевтичний аспект), вживання алкоголю під час військових походів було суворо регламентовано (під заборону).

Таким чином, рекреаційні заходи проводилися виключно після виконання бойових завдань. Неодмінним атрибутом козака була люлька (або невелика носогрійка) [10]. Тютюн часто змішували з запашними травами (м'ятою, чебрецем, мелісою), що додавало елемент фітотерапії. Процес куріння люльки можна розглядати як своєрідну медитативну або ритуальну практику, що сприяла психологічній розрядці та концентрації.

Основоположним чинником духовного здоров'я запорозьких козаків була глибока відданість православній (грецькій) вірі. Чисельні сучасні дослідники козацтва, також етнографи, мандрівники та історики раннього Нового часу, одноставно констатують високий рівень релігійності та глибоку віру козаків [1]. Поширеним культурним архетипом (або символом) у колективній пам'яті є образ, що уособлює найвищу відданість православній вірі навіть ціною власного життя. Цей образ відображає глибоку релігійну мотивацію та самопожертву, які були інтегровані у військову ідеологію козацтва [2, 3]. Микола Гоголь був відомий не лише як письменник, й як історик та етнограф, що підтверджується його викладацькою діяльністю на кафедрі історії у Петербурзькому університеті. Додатково, його генеалогічний зв'язок зі старовинним козацьким родом Гоголів-Яновських підкреслює його особисту причетність до історичної тематики козацтва.

Соціальне здоров'я козаків базувалося на колективістських засадах, зокрема, на принципах побратимства, демократії, взаємопідтримки, дружби та консолідації. Колективізм та братерство були критично важливими для виживання та ефективності воїнів у нестабільному воєнному середовищі як минулих епох, так і сучасних умовах. Актуальність цих принципів підтверджується досвідом Сил оборони України (ЗСУ) у XXI столітті, де міцна соціальна згуртованість є необхідною умовою бойової стійкості та захисту державного суверенітету.

Аналіз способу життя українських козаків дозволяє констатувати наявність комплексної системи підтримки здоров'я, що ґрунтувалася на трьох ключових складових: фізичній, психологічній та соціально-духовній.

*Фізичне та психологічне здоров'я включало елементи козацької моделі здоров'я, які є релевантними для сучасності, саме: дотримання раціональних принципів харчування; збалансований раціон із переважанням нерафінованих вуглеводів, білків та вітамінів; підтримання помірної та регулярної фізичної активності; забезпечення високого рівня контакту з природним середовищем (прогулянки у парках, лісових зонах); збереження незворушного оптимізму та психоемоційної стійкості. Впровадження цих нескладних настанов, на нашу думку, є ефективним засобом збереження фізичного та психічного здоров'я населення.*

Для соціально-духовної складової важливим є збереження духовного та соціального благополуччя через: розвиток альтруїстичних та емпатичних якостей (сприяння товаришам, допомога вразливим категоріям населення: літнім людям та дітям); активна участь у соціальній підтримці (зокрема, опіка над тваринами).

Дотримання цих соціально-етичних норм є аксіологічно доречним та життєво необхідним в умовах повномасштабної агресії, розв'язаної проти України.

Таким чином, збереження та зміцнення здоров'я (фізичного, психічного та соціального) на основі історично доведеної козацької моделі є національним пріоритетом в умовах сучасних викликів.

#### **Література:**

1. Гійом Левассер де Боплан. Опис України. Львів : Каменяр, 1990. 305 с.
2. Гоголь М. В. Зібрання творів : у 7 т. / редкол.: М. Г. Жулинський (голова) [та ін.]. К. : Наук. думка, 2008. Т. 2: Миргород / упоряд. П. В. Михед. 2008. 240 с.
3. Гоголь М. В. Зібрання творів : у 7 т. / редкол. М. Г. Жулинський (голова) [та ін.]. К. : Наук. думка, 2008. Т. 7: Історична проза. Статті. Матеріали / упоряд. П. В. Михед. 2008. 373 с.
4. Голяченко О., Ганіткевич Я. Історія медицини : посібник. Вид. 2-ге, допов. Тернопіль : ТДМУ, 2016. 326 с.
5. Драч О. О., Борисенко Н. М. Історія медицини і фармації (від найдавніших часів до середини XVII ст.): навч. посіб. Черкаси : Видавець Чабаненко Ю.А., 2018. 244 с., іл.
6. Котляревський І. Енеїда. К. : Вид. ФОП Стебеляк, 2012. 272 с.
7. Завацький В. І., Цьось А. В., Бичук О. І., Пономаренко Л. І. Козацькі забави. Луцьк : «Надстир'я», 1994. 111 с.
8. Конох А. П., Пригула О. Л. Здоровий спосіб життя в козацькій традиції «Спас». *Вісник Запорізького національного університету*. Запоріжжя, 2012. № 1(7), С. 54–59.
9. Козак С. В. Військові вправи українського селянства. Біла Церква : Вид. Пшонівський О.В., 2008. 144 с.
10. Яворницький Д. І. Історія запорізьких козаків. Львів : Світ, 1990. 289 с.

## **ТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я У ДИПЛОМНИХ РОБОТАХ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ-ОДОНТОЛОГІВ ХАРКІВСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ У 1920–1930-Х РОКАХ ХХ СТОЛІТТЯ**

***Рябоконт Є.М., Рябоконт Р.Є.***

*Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, м. Харків, Україна*

**Вступ.** Реформування зуболікарської освіти, що розпочалося після 1917 року, було стратегічним завданням для молоді держави. Стара дореволюційна школа, з її «скороченою програмою з загальномедичних наук» та браком «широкої природничо-історичної бази», була рішуче відкинута. Харківський одонтологічний факультет, заснований у 1921 році, був організований як «велике революційне досягнення», що мало на меті підготовку лікаря-одонтолога високої кваліфікації з «грунтовною загально-біологічною та загально-медичною базою».

На протывагу московським колам, які вважали, що одонтологія може бути спеціальністю будь-якого лікаря, представники харківської школи наполягали на тому, що лише окремий факультет може вирішити «вельми складну і важливу проблему забезпечення в державному масштабі зуболікарською допомогою населення України». Для виконання цього державного завдання спеціаліст мав бути не лише майстерним клініцистом, але й організатором громадської профілактики.

Для забезпечення цього світогляду, навчальний план передбачав інтеграцію ґрунтового циклу профілактичних дисциплін. Опанування цими дисциплінами сприяло формуванню профілактичного направлення у професійному світогляді майбутніх фахівців-одонтологів.

**Метою** даного дослідження є систематизація та аргументований аналіз тем дипломних робіт, що були запропоновані одонтологічним факультетом Харківського державного медичного інституту (ХДМІ) наприкінці 1920-х років, які безпосередньо стосувалися громадського здоров'я та соціальних аспектів одонтології, як індикатора реалізації профілактичної та соціальної місії факультету.

**Результати.** Відповідно до Положення про Вищі навчальні заклади, випускники одонтологічного факультету допускалися до захисту дипломної роботи після проходження практичного стажу. Темі дипломних робіт, які пропонувалися факультетом, чітко відображали його соціальну орієнтацію.

У переліку дипломних тем, опублікованому в звіті про діяльність факультету, виділявся окремий блок, позначений як «Соціального характеру»: «Санация порожнини рота за методом Канторовича»; «Масове лікування зубів»; «Санітарно-просвітня робота у боротьбі з карієсом зубів»; «Роль одонтолога в охороні праці»; «Професійні захворювання зубів і порожнини рота»; «Карієс зубів у дітей і суспільна боротьба з ним»; «Шкільні амбулаторії та їхня роль у боротьбі із зубним карієсом»; «Про диспансеризацію в зуболікуванні».

Також серед «Загальних тем» дипломних робіт згадується тема, яка має прямий зв'язок із громадським здоров'ям: «До питання про ротовий сепсис».

**Обговорення.** Наведений перелік тем дипломних робіт є вагомим доказом успішної інтеграції принципів громадського здоров'я у підготовку одонтологів. Ці теми не є клінічними випадками чи вузькоспеціалізованими технічними завданнями (наприклад, пломбування кореневих каналів або протезування), вимагають від випускника широкого аналізу, статистичного осмислення та планування масових заходів, що безпосередньо співвідносяться з вимогами соціальної гігієни.

Теми, як-от «Масове лікування зубів», «Санация порожнини рота по методу Канторовича» та «Про диспансеризацію в зуболікуванні», свідчать про те, що факультет готував не приватних лікарів, фахівців, здатних вирішувати проблеми у «державному масштабі». Диспансеризація та масове лікування є центральними елементами нової соціалістичної системи охорони здоров'я, і включення їх до тематики дипломних робіт доводило, що випускники володіють організаційними навичками та розумінням системи.

Теми «Карієс зубів у дітей і суспільна боротьба з ним» та «Шкільні амбулаторії та їхня роль у боротьбі із зубним карієсом» підкреслюють пріоритет профілактики саме серед дитячого населення. Це відображало ідею про те, що майбутній одонтолог має бути активним учасником санітарно-просвітньої роботи та організатором зуболікарської допомоги у школах, як ключових ланках охорони здоров'я.

Окремий акцент на «Ролі одонтолога в охороні праці» та «Професійних захворюваннях зубів і порожнини рота» є логічним наслідком включення до навчального плану IV курсу дисципліни Професійна гігієна (114 годин). Ця тематика відображала гострий соціальний запит епохи індустріалізації та необхідність підготовки медичних кадрів, які розуміють специфіку впливу виробничих чинників на здоров'я ротової порожнини.

Таким чином, дипломна робота перестала бути лише звітом про клінічну майстерність; вона стала інструментом, який демонструє здатність лікаря-одонтолога застосовувати знання з Соціальної гігієни та брати участь у вирішенні «соціального характеру» проблем, що стояли перед державою.

**Висновки.** Аналіз тематики дипломних робіт одонтологічного факультету ХДМІ у 1920-х роках підтверджує, що факультет успішно реалізував свою установчу мету: підготовку спеціаліста, що володіє профілактичним світоглядом.

Включення таких тем, як диспансеризація, масове лікування та роль одонтолога в охороні праці, слугувало остаточною доказом того, що випускник готовий працювати у державній системі охорони здоров'я, здатний до організаційної роботи на «глухому селі, ділянці або волості», і володіє знаннями, які дають можливість для «широкого розвитку одонтології як науки».

Тематичний розподіл демонструє, що інтеграція профілактичних дисциплін, як-от «Загальна гігієна» та «Соціальна гігієна», була не формальною вимогою, наріжним каменем усього освітнього процесу, завершуючись науково-практичною роботою, спрямованою на покращення громадського здоров'я.

## ДІЯЛЬНІСТЬ Д. М. КАЛЮЖНОГО У КОНТЕКСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ВИКЛИКІВ ХХ СТОЛІТТЯ

*Перцева Ж.М.*

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

**Вступ.** Проблеми профілактичної медицини та військової гігієни набувають особливої актуальності в контексті сучасних викликів. Саме цим питанням присвячений аналіз життєвого та наукового шляху доктора медичних наук, професора Д. М. Калюжного.

Науковий і життєвий шлях професора Д. М. Калюжного є яскравим прикладом відданості профілактичній медицині та демонструє його винятковий внесок у боротьбу з епідеміями та формування гігієнічної науки в Україні.

**Метою** даної публікації є висвітлення внеску доктора медичних наук, професора Д. М. Калюжного у становлення і розвиток військової, профілактичної та комунальної гігієни в Україні та Європі у ХХ столітті. Для досягнення цієї мети автор прагне вирішити низку конкретних завдань, які впливають із його біографії та наукового доробку: проаналізувати його винятковий подвиг у ліквідації масштабної епідемії висипного тифу в концтаборі Терезин у 1945 році, що запобігло поширенню хвороби Європою, оцінити його новаторську діяльність у сфері санітарної охорони атмосферного повітря міст, включаючи першу в Україні оцінку впливу забруднення на здоров'я дітей і підкреслити значущість його життєвого шляху як прикладу моральності, наукової та громадської відданості для сучасних поколінь санітарних лікарів.

**Результати дослідження.** Денис Миколайович Калюжний народився 16 жовтня 1900 р. на хуторі Калюжному Лебединського повіту Харківської губернії (нині Сумська область) у селянській родині.

У 1918 р. закінчив у Харкові фельдшерську школу й до 1927 р. працював дезінструктором дезстанції Південних доріг. Це були важкі часи в житті нашої країни. Місто Харків, який від грудня 1919 року був проголошений столицею радянської України, охопила епідемія інфекційних хвороб внаслідок міграції величезних мас людей залізницею, які тікали від голоду та військових дій. Саме тут, у складі управління цим вузлом залізничних магістралей, функціонувала одна з найнеобхідніших на той час служба – протиепідемічна, де помічником санітарного лікаря працював Д. М. Калюжний. Ця тяжка, відповідальна, але й надзвичайно важлива праця сформувала його переконання щодо необхідності профілактичної медицини. Тому в 1921 р. він вступив до Харківської медичної академії, яку невдовзі перейменували на інститут.

У 1926 р. Д. М. Калюжний закінчив інститут за санітарно-гігієнічним ухилом і, як він писав в автобіографії, «...від 1927 до 1931 року працював санітарним лікарем у Харківському Миськсанепіді» (міському санітарно-епідемічному відділі – авт.). Минав час, молодий санітарний лікар накопичував досвід, знання. Талант, характер, оточення, потяг до знань зробили свою справу. І в 1932 р. молодий спеціаліст стає співробітником Українського інституту комунальної гігієни, який очолював О. М. Марзєєв. З цього часу життя Дениса Миколайовича нерозривно пов'язане з інститутом. Тут він пройшов шлях від молодшого наукового співробітника до директора (1956–1971). Потім до 1973 р. був науковим консультантом.

У передвоєнні роки, в період становлення народного господарства, Денис Миколайович очолив надзвичайно актуальний для України напрямок – санітарну охорону атмосферного повітря в містах. За його ініціативою розпочалося комплексне вивчення взаємодії людини і навколишнього середовища, також впливу забрудненого атмосферного повітря на умови життя та стан здоров'я населення. Він брав участь у дослідженнях забруднення повітря у Харкові, також у містах та шахтних селищах Донбасу. Були детально вивчені джерела, механізми розповсюдження та ступінь забруднення довкілля.

У 1937 р. Д. М. Калюжного призвали до лав Червоної Армії. Він працював викладачем спочатку в Харківському військово-медичному училищі, згодом – у Куйбишевській (наразі Самарській) військово-медичній академії.

У 1940 р. він успішно захистив кандидатську дисертацію на тему: «Санітарне вивчення атмосферного повітря міст України та заходи боротьби з його забрудненням». З 1942 р. Дениса Миколайовича перевели до діючої армії та призначили начальником санітарно-епідеміологічної лабораторії І-го Українського фронту.

Події нашого сьогодення нагадали сторінки з життя Д. М. Калюжного, які розповідають про його видатний подвиг 1945 року: порятунок Європи від можливої і цілком реальної, величезної епідемії висипного тифу.

Ця трагедія розгорнулася вже після Перемоги у колишньому нацистському концтаборі Терезин поблизу Праги. Це був мирний час, але для Дениса Миколайовича війна тривала.

Зовні Терезин не був схожий на місто смерті, оскільки слугував своєрідним німецьким «потьомкінським селом», куди гітлерівці привозили журналістів і представників Червоного Хреста, намагаючись виправдати себе в очах світової спільноти. Тут не спалювали, не вішали, тут не гинули від голоду. Однак найстрашніше було попереду.

Після 20 квітня 1945 року есесівці перевезли сюди майже всіх вцілілих в'язнів з інших концтаборів. Більшість із них була навмисно інфікована висипним тифом. Епідемія охопила весь Терезин. Коли воїни Першого Українського фронту потрапили до табору, вони побачили жахливу картину: сотні виснажених хворих, у гарячці й нестямі лежали поряд із померлими. Вони знаходилися на бетонній підлозі, в лахмітті та ескрементах.

Це була фактично остання, бактеріологічна зброя фашистів, на яку вони дуже розраховували. Наприкінці війни у таборі перебувало майже 30 тисяч в'язнів з усіх кутків Європи, котрі, звільнившись, могли б поширити тиф у всіх країнах, куди вони роз'їхалися б.

12 травня 1945 року до табору прибула санітарно-епідеміологічна група фронту, яку очолював підполковник медичної служби Д. М. Калюжний. До Терезина перекинули 5 бойових шпиталів, санітарно-епідеміологічну лабораторію, санітарно-дезінфекційний загін, також військові батальйони для несення гарнізонної і карантинної служби. Негайно запровадили карантинні обмеження та заборонили несанкціоноване залишення табору.

Розпочалася масштабна робота: виявлення та госпіталізація усіх хворих, суцільна термометрія, ізоляція осіб із підвищеною температурою і масова санітарна обробка. Протягом перших 5 днів було госпіталізовано понад 2 000 хворих, за 2 тижні – 2 983 особи. Одночасно почали діяти відділення для хворих на дизентерію і черевний тиф. Ще 1 160 напівмертвих лікували від зневоднення, пневмонії та кахексії.

Багато докладено зусиль для відновлення водопроводу та каналізації, також для очищення від твердих відходів, без чого не можна було й думати про ефективність протиепідемічних заходів. Разом із групою Калюжного в таборі працював невеликий загін чехословацького Червоного Хреста, також нещодавні в'язні, які ще трималися на ногах.

Під час війни Д. М. Калюжний керував ліквідацією багатьох інфекційних спалахів, але цей двобій був найважчим. За свідченням військових гігієністів, це був винятковий лікарський подвиг. Це був внесок у майбутнє Європи, адже врятованими були ті, на кого вже чатувала смерть. Крім того, була відвернута майже неминуча епідемія.

Коли лікар Калюжний виїжджав додому, чеські колеги написали йому прощального листа. Ось уривок з нього: «...У цьому лиховісному становищі прийшли ви, наші спасителі! Ви прийшли і зняли з наших плечей тягар, який ми вже не могли далі нести. Без жодних жестів і без слів, із природністю, яка нас так здивувала та вразила. Дякуємо всім лікарям і медичному персоналу за роботу, яку вони робили щиро і невтомно, за неоціненну товариську підтримку. Тепер ми розуміємо силу ваших сердець. Бажаємо вам багато щастя».

За заслуги у боротьбі з висипним тифом у концтраційному таборі Терезин Д. М. Калюжного нагородили чехословацьким Бойовим залізним хрестом.

У 1947 р. Д. М. Калюжний повернувся до мирного життя в Українському інституті комунальної гігієни, який переїхав до Києва.

У 1949 році Калюжний першим в Україні оцінив негативний вплив забрудненого атмосферного повітря на легеневу тканину дітей, які мешкали поблизу теплоелектростанцій і розпочав дослідження цієї проблеми. Дослідницькі роботи, проведені Денисом Миколайовичем та під його керівництвом, відзначалися широтою, фундаментальністю та новизною.

Саме він ініціював комплексне вивчення взаємодії людини і довкілля, зокрема впливу забрудненості атмосферного повітря на стан здоров'я населення. Це стало принципово новим внеском у теорію та практику санітарної справи.

У 1957 р. він захистив докторську дисертацію на тему: «Гігієнічна оцінка забруднення атмосферного повітря викидами підприємств чорної металургії і заходи щодо його оздоровлення».

Під науковим керівництвом Д. М. Калюжного у 1959 р. співробітниками інституту і лікарями 25 обласних санепідстанцій було виконано актуальну практичну роботу «Основні санітарно-гігієнічні заходи до схеми розвитку народного господарства УРСР на 1960–1980 рр.». У ній наведено характеристики санітарного стану всіх областей, розроблено гігієнічні вимоги та рекомендації щодо розміщення промислових підприємств, зон масового відпочинку, розселення населення й інших регіональних оздоровчих заходів.

З іменем члена-кореспондента Академії Медичних Наук Союзу, заслуженого діяча науки УРСР, доктора медичних наук професора Д. М. Калюжного пов'язані найважливіші наукові досягнення в галузі загальної та комунальної гігієни в Україні. Інститут під його керівництвом став головною установою в республіці з питань гігієни міст, також обґрунтування гігієнічних умов і нормативів використання отрутохімікатів у сільському господарстві. Керівництво Інституту уважно й своєчасно реагувало на нагальні потреби часу.

У 1961 р. була організована лабораторія експериментального вивчення алергенної дії хімічних факторів довкілля. А за два роки, у 1963 р. заснована лабораторія гігієни полімерних та синтетичних матеріалів. У 1965 р. почала функціонувати лабораторія з вивчення шуму та вібрації.

Під науковим керівництвом Д. М. Калюжного захищено 11 докторських та 22 кандидатських дисертацій. Він є автором 260 наукових праць, присвячених найрізноманітнішим питанням загальної та комунальної гігієни, у тому числі 5 монографій, 3 підручників, 11 брошур.

**Висновок.** Президент Академії медичних наук України професор О. Ф. Возняков сказав: «Д. М. Калюжний став фактично символом того, якою повинна бути людина і вчений за будь-яких обставин... Свій знаменний життєвий шлях він, без перебільшення, пройшов як скромний подвижник наукового і громадського обов'язку, моральна особистість без страху і докору».

Життя і діяльність цієї видатної людини є прикладом для сучасних і наступних поколінь санітарних лікарів.

### **Література:**

1. Життя в ім'я медицини (до 120-річчя від дня народження Калюжного Дениса Миколайовича) : біобібліогр. показчик / уклад. О. В. Безверха. 2-ге вид., перероб. і доп. Суми, 2020. Вип. 25. 46 с.

2. Калюжний Денис Миколайович / А. М. Сердюк // Енциклопедія Сучасної України [Електронний ресурс] / редкол. : І. М. Дзюба, А. І. Жуковський, М. Г. Желєзняк [та ін.]; НАН України, НТШ. Київ : Інститут енциклопедичних досліджень НАН України, 2012. Режим доступу: <https://esu.com.ua/article-10772>.

3. Віленський Ю. Неминуший подвиг порятунку. *День*. № 139. 2015. URL: <https://day.kyiv.ua/article/cuspilstvo/nemynushchyu-podyyh-poryatunku>

# FEATURES OF THE ORGANIZATION AND ACHIEVEMENTS OF MILITARY MEDICINE IN THE ARABIC WORLD DURING THE MIDDLE AGES

*Martynenko N.M., Ozel Zeynep*

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

During the period known as the European Middle Ages, medical science on the continent was often influenced by outdated dogmas, superstitions, and a mystical perception of diseases. In many cases, treatment was reduced to prayers, exorcism, or crude surgical interventions, as illustrated by anecdotal examples where wounded knights had their limbs amputated with axes, and illnesses were «treated» by cutting crosses into the skull. In stark contrast, this period, from the 8<sup>th</sup> to the 14<sup>th</sup> century, became the «Golden Age» of scientific discoveries and rapid medical development in the Arab world, based on empiricism, rationalism, and institutional support.

This publication analyzes the unique features of the organization of Arab military medicine and its key achievements, compared to European practices of the same era. The study's subject included the philosophical foundations, institutional structure, technological innovations, and prominent medical figures who made a significant contribution to the development of global medicine. The comparative analysis demonstrates that Arab military medicine was not merely a collection of knowledge but a highly organized system that significantly surpassed its European counterpart and became a key catalyst for the European medical renaissance, especially during the Crusades. The sources used include scientific articles from journals, monograph reviews, and other academic publications, which provide a solid basis for the stated conclusions.

The development of medicine in the Arab world was not a random coincidence but was driven by deep cultural, religious, and institutional factors that created a uniquely favorable environment for scientific research and practical application of knowledge. This foundation was fundamentally different from what existed in Europe at the time, where medical thought was often constrained by religious dogmas.

Islamic religious texts, particularly the Quran and Hadith, laid the groundwork for a humane and scientific approach to treatment. The central idea was that illness is not a divine punishment but a challenge for which God has provided a cure. The Prophet Muhammad said, «There is no disease that God has created, except that He also created a method for its cure». This statement served as a direct call for scientific inquiry, experimentation, and the advancement of medical knowledge. Unlike the European concept, where disease was often seen as a consequence of sin, in Islamic culture, healing was an act of worship and a moral obligation. This philosophical stance transformed medical practice from a passive care of the soul into an active effort to save life and health. This attitude was particularly important for military medicine, as it prioritized effective intervention and the salvation of warriors, rather than a fatalistic view of their fate.

Arab medicine did not develop in isolation: it was the result of a synergistic fusion of the medical traditions of Greece, Rome, Persia, India, and pre-Islamic Arabia. Arab scholars translated, analyzed, systematized, and expanded upon this knowledge, creating encyclopedic works that later became the basis for medical education in both the East and the West. A vivid example is the work of *Al-Razi*

(Rhazes), who, while respecting the works of *Galen*, critically re-evaluated his ideas when his own observations proved them inaccurate. This indicates that Arab scholars did not blindly follow authority but used an empirical approach that is the foundation of modern science.

The concept of a hakim, or «wise person» was central to this process. Leading Eastern philosophers, such as *Ibn Sina* (Avicenna) and *Ibn Rushd* (Averroes), were also prominent physicians. This integration of knowledge from various fields – from philosophy to natural sciences – allowed for a holistic approach to treatment. This approach sharply contrasted with the European division, where priests handled medical treatment and surgery, considered «unclean», was relegated to barbers. This institutional separation significantly hindered the development of European medicine.

Unlike many regions in Europe where medical practice was unregulated, in the Arab world it was highly professionalized. Physicians were required to pass oral and written examinations to obtain a license. One source reports that in 931 CE in Baghdad, 860 doctors were examined, and only the qualified were allowed to practice.

The profession of a *pharmacist* (saydalanah) was also a distinct field, requiring its own training, licensing, and adherence to standards. Pharmacists controlled the quality of preparations, ensured accurate dosing, and followed storage rules. This level of regulation was a direct consequence of the understanding that effective and safe medical care required not only the competence of doctors but also a clearly defined system of accountability and quality. Although licensing laws later appeared in the Crusader states, this only confirms the direct influence of the Arab model, which Europeans had to quickly adopt.

The organization of military medicine in the Arab world was an embodiment of these philosophical and professional foundations. It was based on a flexible yet robust infrastructure that provided care in both stationary and battlefield settings.

A key element of the healthcare system was the *bimaristan*, the Persian name for «sick refuge». These institutions were the precursors of modern multi-specialty medical centers and differed significantly from European hospices, which were often merely shelters for pilgrims or the sick, offering «rest and care» rather than specialized treatment.

*Bimaristans* were multifunctional centers that combined several functions, such as treatment and rehabilitation: they treated patients with various diseases and also provided assistance to the wounded and injured, including orthopedic and surgical interventions.

The largest *bimaristans* were attached to medical schools, where teachers trained students, then examined them and issued diplomas.

They functioned as refuges for the elderly and infirm, as well as the first known centers for patients with mental illnesses, where treatment included music, fresh air, and light.

The organizational structure of *bimaristans* was remarkably modern. They were divided into specialized departments, such as surgery, ophthalmology, orthopedics, and internal medicine. The staff had clearly defined responsibilities, including an administrator, a sanitary inspector, accountants, and department heads. They were funded by *charitable endowments* (waqf), which ensured their sustainability and autonomy. Some *bimaristans* were created exclusively for the needs of the army.

The organizational structure and functions of a typical Arab *bimaristan* testifies to a deep understanding that effective medical care depends not only on the skills of an individual doctor but also on a systematic approach. It is interesting that the evolution of European hospices, particularly the Order of the Hospitalers, from simple shelters to medical institutions in the 12<sup>th</sup> century was a direct result of contact with Muslim models.

In addition to stationary hospitals, Arab armies deployed a system of mobile medical units. The first known aid center was a tent established by *Rufaydah al-Aslamiya* during the «Battle of the Trench» in the time of the Prophet Muhammad. Later, rulers developed these prototypes into genuine «traveling dispensaries» that were fully staffed with doctors, pharmacists, medicines, food, and clothing. In the early 12<sup>th</sup> century, during the reign of the *Seljuks' Sultan Muhammad Saljuqi*, one such hospital was so large that it required 40 camels for its transport.

This level of logistical support was a direct result of the mobility and tactics of Arab armies, which, unlike the heavy cavalry of the Crusaders, relied on speed and maneuverability. The presence of mobile field hospitals allowed for the provision of medical care directly in the conflict zone, which is crucial for increasing the survival rate of the wounded. Thanks to this mobility and systematic approach, Arab military medicine was able to adapt to the dynamics of combat. This concept is the historical precursor to modern Mobile Army Surgical Hospitals (MASH units), emphasizing the continuity of knowledge and practices.

The key achievements of Arab medicine at that time were related to its practical orientation, which was especially evident in the fields of surgery and pharmacology. These innovations not only improved treatment outcomes but also laid the foundation for the further development of medicine in Europe.

*Abu al-Qasim al-Zahrawi* (Abulcasis) (c. 936–1013), known in the West as the «father of operative surgery», was one of the most influential figures. In his encyclopedic work *Al-Tasrif*, he described over 200 surgical instruments, many of which he designed himself. His book contained detailed illustrations intended for teaching students and explaining the manufacturing of instruments, which was unprecedented at the time.

*Al-Zahrawi* was the first to describe in detail the ligation of blood vessels to stop bleeding, a technique developed five centuries before the French surgeon *Ambroise Paré* (1510–1590) rediscovered it. He also developed a method for repositioning a dislocated shoulder, which became known in the West only centuries later thanks to the Swiss surgeon *Emil Theodor Kocher* (1841–1917). His work also highlighted other procedures directly relevant to military medicine, such as the treatment of anal fistulas, and the setting of dislocated bones and fractures. *Al-Zahrawi* emphasized the importance of studying anatomy, stressing that without this knowledge, a surgeon could cause more harm than good. His work, *Al-Tasrif*, became a standard textbook on surgery at the Salerno medical school, providing undeniable proof of the direct transfer of knowledge and its recognition by European medical professionals.

The systematic use of anesthesia is one of the most significant achievements of Arab medicine. Arab physicians, including *Abulcasis*, used «anesthetic sponges» soaked in a solution of narcotic substances, which were given to patients to inhale before surgery. These mixtures included opium, mandrake, henbane, Indian hemp, and other plants. These medicines could also be administered in other ways, for example, through suppositories. In military settings, where injuries were extremely painful, the ability to provide anesthesia was a significant advantage, allowing for more complex operations and alleviating suffering.

The systematization of knowledge in pharmacology and the designation of pharmacy as a separate licensed profession ensured the quality and accuracy of the preparation of these complex mixtures.

Hygiene in the Arab world was not just a cultural feature but a strategic advantage that had direct consequences for army survival. Arab sources noted the striking disregard of the Crusaders for personal hygiene, pointing out that their knights

«boasted» of washing no more than four times a year. This approach contrasted with Arab practices of ritual ablution before five daily prayers and contributed to the development of complex systems of public water supply and baths.

In medical practice, Arabs used antiseptics such as alcohol, vinegar, and rose water to clean wounds. This was the complete opposite of practices in European armies, where sanitation was virtually nonexistent. Survival in medieval armies depended not so much on combat injuries as on diseases and infections. Therefore, the Arab focus on cleanliness and sanitation was a key factor in maintaining troop combat readiness by reducing losses from epidemics and postoperative complications.

The conflict of the Crusades became a unique catalyst for cultural and medical exchange. It revealed the fundamental differences between the two medical systems and confirmed that the Arab model was significantly more advanced.

Comparing the philosophies of Arab and European medicine, one can conclude that they were in conflict. European medicine of that period often viewed illness as divine punishment. Moreover, at the Council of Tours in 1163, it was proclaimed that «the Church abhors bloodshed» (*Ecclesia abhorret a sanguine*), which limited surgical practice for the clergy who served as doctors. This created an institutional gap between medical theory, which remained with the clerics, and practical surgery, which was handed over to barbers. This division significantly hindered the integrative development of medical thought. In contrast, Arab medicine, based on rationalism and empiricism, promoted the development of both theoretical knowledge and practical skills, personified by the figure of the *hakim* (from Arabic, «doctor, healer, sage, philosopher»).

The Crusades, while a military conflict, became a paradoxical channel for the transfer of medical knowledge from East to West. European medics who encountered the practices of Arab doctors became convinced of their effectiveness. This led to the mass translation of Arabic medical texts into Latin, especially in centers such as Antioch and Spain. The works of *Al-Razi* and *Ibn Sina*, particularly *The Canon of Medicine*, became standard textbooks in European universities and remained so for centuries. This process was not one-sided. Although Europeans borrowed knowledge, this also shows that the Crusader states were not a «cultural void» but dynamic centers where significant intercultural exchange took place, driven by urgent needs.

The difference between Arab *bimaristans* and European *hospices* was colossal. European «*hospitals*» of the time were primarily shelters that provided minimal care under the guidance of monks who sought the «salvation of the patients' souls». In contrast, Arab *bimaristans* were multi-specialty medical centers with departments, qualified staff, and strict administration.

The only significant exception was the Order of the Hospitallers, whose organization and medical practices had a «close connection» with Muslim hospitals. The Hospital of the Order of Saint John in Jerusalem, which could accommodate up to two thousand patients, evolved from a European shelter into a medical institution in the 12th century, a direct result of contact with Muslim and Byzantine models. This difference in hospital care models directly affected the survival of the wounded and sick and is a clear testament to the superiority of the Arab system.

**Conclusion.** An analysis of scientific sources leads to the conclusion that military medicine in the Arab world during the Middle Ages was far more advanced and systematic than its European counterpart. This superiority was due to several key factors, such as: *philosophical foundation*, unlike the European fatalistic and mystical medical philosophy, Arab medicine was based on religious imperatives to seek treatment, which promoted a rational and empirical approach; *institutional*

*organization*: Arab medicine had a clear hierarchy and professional regulation. Specialized bimaristans and mobile field hospitals constituted an infrastructure that significantly surpassed European shelters; and *technological innovations*: the development of surgical instruments (over 200 instruments by *Abulcasis*), techniques (vascular ligation), and pharmacology (anesthetic sponges, whose quality was guaranteed by licensed pharmacists) were unprecedented for their time.

This systemic advantage did not merely coexist with European practices but became a driving force for their development. Contact with Arab medicine during the Crusades and the translation of their works into Latin became the basis for medical education in Europe for centuries. The achievements of Arab doctors, from a systematic approach to licensing to mobile field hospitals, laid the foundations for modern medical practice.

#### **References:**

1. Hamarneh S. Al-Zahrawi, Abul-Qasim Khalaf Ibn Abbas. In: Gillispie Charles Coulston., editor. Dictionary of Scientific Biography. XIV. Charles Scribner's Sons Publishers; New York: 1976. pp. 584–585.
2. Nabry IA. El Zahrawi (936-1013 AD), the father of operative surgery. *Ann R Coll Surg Engl.* 1983;65:132–134.
3. Masic I, Domres BD, Hadziahmetovic Z, Toromanovic S. Abu al-Qasem Az Zahrawi – a great Arab surgeon. *Med Arh.* 2000;54:187–188.
4. Ignjatovic M. Overview of the history of thyroid surgery. *Acta Chir Jugosl.* 2003;50:9–36.
5. Abdel-Halim RE, Altwajjiri AS, Elfaqih SR, Mitwalli AH. Extraction of urinary bladder stones as described by Abul-Qasem Khalaf Ibn Abbas Alzahrawi (Albucasis) (325–404H, 930–1013 AD). A translation of original text and a commentary. *Saudi Med J.* 2003;24:1283–1291.
6. Ibrahim A. Al-Razi. The Father of Modern Medicine. *Journal of the Islamic Medical Association of North America.* 1996;28(1):15–18.
7. Zahrawi, A. Al-Tasrif. On surgery and instruments. C. E. Smith, trans. London: Welcome Institute for the History of Medicine, 1973.
8. Mitchell, P. *Medicine in the Crusades: Warfare, Wounds, and the Medieval Surgeon.* 2004.
9. Al-Hassan, A. Y., & Hill, D. R. (1986). *Islamic technology: an illustrated history.* Cambridge University Press.

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

### МЕТОДОЛОГІЯ РОЗРОБКИ ІНДИКАТОРІВ ДЛЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

**Лехан В.М.**

*Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, Україна*

Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) є фундаментом системи охорони здоров'я, що забезпечує перший і найбільш доступний рівень контакту населення з медичними послугами. Її якість і ефективність значною мірою визначають загальний стан здоров'я громади, раціональність використання ресурсів та результативність національних реформ у сфері охорони здоров'я. Для оцінки функціонування ПМСД необхідні науково обґрунтовані, надійні та порівнювані індикатори, які дозволяють моніторити як клінічні процеси, так і організаційні аспекти діяльності закладів. Розробка таких індикаторів потребує чіткої методології, яка базується на міжнародних рекомендаціях, але адаптована до національного контексту та особливостей системи збору даних. Саме методологічні засади формування індикаторів для ПМСД стають ключем до створення ефективної системи моніторингу, що здатна підтримувати прийняття управлінських рішень і сприяти підвищенню якості медичної допомоги населенню.

Методологія розробки індикаторів для ПМСД є складним і багатоступеневим процесом, спрямованим на створення інструментів для об'єктивного оцінювання діяльності закладів охорони здоров'я, якості надання послуг та їх впливу на стан здоров'я населення. В основі підходу лежать принципи доказовості, прозорості, практичної доцільності та відтворюваності результатів. Індикатори мають відображати ключові характеристики системи ПМСД: доступність та своєчасність допомоги, якість клінічних процесів, ефективність використання ресурсів, безпеку пацієнтів, задоволеність користувачів та кінцеві результати для здоров'я громади [1–3].

*Першим етапом* є чітке визначення цілей моніторингу та оцінювання. Це може бути контроль якості медичних послуг, оцінка результативності реформ, планування ресурсів чи забезпечення підзвітності закладів охорони здоров'я. На основі цілей формуються ключові запитання: які процеси чи результати необхідно відстежувати, які групи пацієнтів охоплювати, які джерела даних доступні для вимірювання.

*Другим етапом* є побудова концептуальної моделі, яка описує логіку функціонування системи ПМСД: від вхідних ресурсів (фінансових, кадрових, інфраструктурних), через процеси (клінічні протоколи, організаційні практики, профілактичні заходи) до результатів (стан здоров'я, рівень захворюваності, смертності, задоволеність пацієнтів). Така модель дозволяє виокремити різні рівні індикаторів – структурні, процесуальні та результативні.

*Третім етапом* є відбір потенційних індикаторів. Він здійснюється з урахуванням міжнародних стандартів і рекомендацій [1, 2], але з адаптацією до національного контексту, реальних можливостей збору даних і пріоритетів державної політики. При відборі використовують чіткі критерії: валідність (індикатор дійсно вимірює заявлений параметр), надійність (стабільність результатів у різних умовах), чутливість (здатність відображати навіть незначні зміни), порівнянність (можливість співставлення між регіонами чи країнами), інтерпретованість (зрозумілість для медичних працівників та управлінців).

*Четвертий етап* передбачає розробку інструментів збору даних та визначення їхніх джерел. Це можуть бути електронні медичні записи, статистична звітність, опитування пацієнтів, клінічний аудит чи спеціальні дослідження. Важливою вимогою є мінімізація додаткового навантаження на медичних працівників, адже надмірна бюрократія знижує якість роботи.

*П'ятий етап* – апробація індикаторів у пілотних проєктах. Це дозволяє оцінити, наскільки вони є практично застосовними, які труднощі виникають при зборі та інтерпретації даних, чи не призводить використання індикаторів до викривлення поведінки медичних працівників (наприклад, до «підгонки» даних) [4].

Наступним кроком є інтеграція індикаторів у систему моніторингу та управління. Для цього необхідно забезпечити регулярність збору та аналізу інформації, її використання на різних рівнях – від закладу ПМСД до центральних органів влади. Важливо, щоб результати оцінювання були доступними для медичних працівників, пацієнтів та управлінців, оскільки лише за умови прозорості індикатори виконуватимуть свою функцію стимулювання до підвищення якості [1].

Методологія також передбачає мультидисциплінарний та інклюзивний підхід. До процесу розробки мають бути залучені не лише експерти з охорони здоров'я, й лікарі первинної ланки, управлінці, представники пацієнтських організацій, науковці та аналітики даних. Це дозволяє уникнути однобічності та підвищує рівень довіри до індикаторів.

Завершальним етапом є постійне вдосконалення системи індикаторів. У міру розвитку технологій, змін у структурі захворюваності чи пріоритетах системи охорони здоров'я індикатори мають переглядатися, оновлюватися та замінюватися новими. Таким чином забезпечується їхня актуальність і стратегічна цінність [1, 2].

Отже, методологія розробки індикаторів для первинної медичної допомоги охоплює визначення цілей і завдань оцінювання, формування концептуальної моделі, відбір і тестування показників, інтеграцію їх у систему моніторингу та забезпечення зворотного зв'язку. Вона спрямована на створення ефективного інструментарію для підвищення якості медичної допомоги, оптимізації управлінських рішень і формування більш орієнтованої на потреби пацієнта системи охорони здоров'я.

#### **Література:**

1. Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. World Health Organization. Geneva: WHO, 2022. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352201/9789240044234-eng.pdf>
2. Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework. Paris : OECD Publishing, 2024. 160 p. URL: <https://doi.org/10.1787/107182c8-en>
3. Sinshaw A. Monitoring and evaluation framework for Primary Health Care programmes and systems: a review. International Journal of Integrated Care. 2024. Vol. 24, S1. P. 221. URL: <https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.APIC3221>
4. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Quarterly. 2005. Vol. 83, no. 3. P. 457–502. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2690145/>.

## ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ

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

*ІНШО ХНМУ, м. Харків, Україна*

Сфера охорони здоров'я завжди була однією з ключових складових соціально-економічного розвитку держави, адже саме від стану здоров'я населення залежить продуктивність праці, демографічна стійкість, рівень національної безпеки та загалом можливість країни реалізовувати стратегію розвитку. Для України, яка перебуває в умовах війни та масштабних соціально-економічних викликів, ця сфера постає фундаментальним елементом збереження генофонду нації та забезпечення життєдіяльності суспільства. Від рівня організації системи охорони здоров'я, її фінансової та управлінської стійкості, впровадження інновацій залежить як індивідуальне благополуччя громадян, так і перспективи відновлення країни.

Сучасна державна політика у сфері охорони здоров'я вибудовується на поєднанні двох взаємопов'язаних завдань: з одного боку, гарантування універсального доступу населення до медичних послуг, з іншого – підвищення їхньої якості та ефективності. Одним із найбільш відчутних здобутків останніх років є поступ у сфері цифровізації. Українська система охорони здоров'я дедалі активніше інтегрує електронні сервіси, що забезпечують прозорість управління, контроль за обігом медичних засобів і доступність послуг. Вже сьогодні функціонують електронна система охорони здоров'я, модулі для обліку лікарських засобів та медичних виробів, електронні рецепти, направлення, медичні висновки та COVID-сертифікати. Впровадження цих інструментів змінило практику взаємодії пацієнтів і медичних закладів, також створило підґрунтя для подальшої інтеграції соціальних і медичних сервісів у єдину цифрову екосистему. Особливого значення набуває перспектива запровадження особистого кабінету пацієнта та інформаційної платформи громадського здоров'я, які мають потенціал стати інструментами системної модернізації всієї галузі.

Сучасні виклики перед галуззю охорони здоров'я багатомірні. Передусім, це війна, що призвела не лише до прямого знищення медичної інфраструктури, й до колосальних людських втрат, зростання кількості осіб з інвалідністю, збільшення потреби у фізичній та психологічній реабілітації, також підвищеного навантаження на систему охорони здоров'я в цілому. До цього додається економічна криза, яка обмежує можливість держави щодо фінансування медичних послуг та модернізації матеріально-технічної бази [1]. Інфляційні процеси, нестача валютних надходжень та загальна нестабільність фінансових ринків безпосередньо відбиваються на якості й доступності медичних послуг. Таким чином, охорона здоров'я стає не лише соціальною, але й макроекономічною проблемою, яка вимагає системних рішень. Окремим викликом виступає кадровий дефіцит. Відтік кваліфікованих лікарів і середнього медичного персоналу за кордон, посилені військовими діями та демографічними чинниками, створює додаткові навантаження на тих фахівців, які залишаються в Україні. Економічні аспекти цього процесу є надзвичайно важливими: втрата людського капіталу у сфері охорони здоров'я безпосередньо впливає на якість лікування, рівень профілактики, тривалість життя населення і, як наслідок, на продуктивність праці та потенціал економічного зростання. Кадрова криза в медицині фактично означає зменшення можливостей країни у відновленні післявоєнної економіки.

Ще однією проблемою є фінансова та управлінська автономія закладів охорони здоров'я. Запроваджена модель реформування передбачала можливість госпіталів і клінік самостійно управляти ресурсами, залучати інвестиції, створювати внутрішні фонди розвитку. Це мало забезпечити фінансову стійкість закладів і стимулювати їхню ефективність. Однак наміри держави централізувати фінансові потоки через Державну казначейську службу знижують автономність, створюють ризики затримки платежів і фактично обмежують господарську свободу. З економічної точки зору це означає зниження гнучкості та інвестиційної привабливості галузі, отже, й уповільнення її модернізації.

Цифровізація охорони здоров'я постає як ще один ключовий напрям трансформації, що має не лише технологічний, але й виразний економічний вимір [2]. Впровадження електронних рецептів, направлень, медичних висновків, системи обліку ліків та медичних виробів зменшує транзакційні витрати, підвищує прозорість використання державних коштів, знижує ризики корупції та оптимізує витрати часу для пацієнтів і лікарів. Однак відсутність єдиної електронної амбулаторної картки, недостатня інтеграція локальних медичних систем і обмежений доступ до персоналізованих даних суттєво знижують економічну ефективність цифрових рішень. Як наслідок, витрачені ресурси не конвертуються у повну віддачу, пацієнти залишаються заручниками фрагментованої системи.

Система громадського здоров'я, яка нині розвивається на основі нової законодавчої бази, також має суттєвий економічний ефект. Інвестиції у профілактику, вакцинацію, раннє виявлення захворювань здатні значно зменшити витрати на лікування, підвищити тривалість життя та забезпечити вищий рівень економічної активності населення. Однак економічні виклики у цій сфері пов'язані з недостатнім фінансуванням профілактичних програм, скороченням рентгенологічних досліджень, що може призвести до пізньої діагностики туберкульозу та онкологічних захворювань, і, як наслідок, до зростання витрат на лікування на пізніх стадіях. Суттєвим викликом стає і зміна демографічної структури населення. Старіння нації збільшує навантаження на систему охорони здоров'я, потребує розвитку гериатричних послуг та паліативної допомоги. З економічної точки зору це означає зростання державних витрат у довгостроковій перспективі при одночасному зниженні частки працездатного населення, що створює додаткові фінансові ризики.

Не можна оминати і виклики, пов'язані з інтеграцією України в європейський економічний та правовий простір. Гармонізація стандартів у сфері охорони здоров'я, імплементація директив ЄС, участь у міжнародних програмах означають не лише підвищення якості медичних послуг, але й значні витрати на адаптацію законодавства, підготовку кадрів, модернізацію інфраструктури. Водночас у середньостроковій перспективі ці кроки створюють передумови для залучення іноземних інвестицій, розвитку медичного туризму та формування конкурентоспроможної національної системи охорони здоров'я [3].

Важливою складовою сучасної трансформації є розвиток системи громадського здоров'я. Прийняття Закону України «Про систему громадського здоров'я» [4] засвідчило зміщення акценту з боротьби з наслідками захворювань на формування умов для їхньої профілактики. Ключовими методами стали вакцинація та раннє виявлення хвороб, провідна роль виведена детермінантам здоров'я, що охоплюють соціальні, економічні та екологічні фактори. Такий підхід узгоджується з теорією салютогенезу, яка наголошує на необхідності формування ресурсів для збереження здоров'я, не лише на дослідженні механізмів розвитку патологій. Разом із тим, посилюються й вимоги до проведення

обов'язкових медичних оглядів, зокрема введено додаткові лабораторні та інструментальні дослідження, також обов'язкову вакцинацію для певних груп працівників. Однак скорочення обов'язкових рентгенологічних обстежень, попри їхнє значення у виявленні туберкульозу та онкопатологій, викликає дискусії серед фахівців і може створити ризики для своєчасної діагностики.

Не менш актуальним є питання фінансової та управлінської автономії закладів охорони здоров'я. Реформа останніх років передбачала поступове надання медичним установам можливості самостійно розпоряджатися коштами та планувати розвиток, що мало стати запорукою їхньої стійкості та ефективності.

Таким чином, охорона здоров'я України перебуває на перехресті суттєвих викликів і можливостей. Війна, фінансові обмеження, кадрові втрати та інституційні проблеми поєднуються з поступом у цифровізації, формуванні громадського здоров'я та наближенні до європейських стандартів. Подальший розвиток галузі потребує комплексного підходу, що має ґрунтуватися на поєднанні фінансової автономії закладів, інтеграції цифрових рішень, розвитку профілактичної медицини та міжсекторальної співпраці. Саме такий підхід дозволить забезпечити належну якість і доступність медичної допомоги, сприятиме зменшенню витрат пацієнтів і водночас стане запорукою стійкості системи охорони здоров'я в умовах сучасних викликів.

#### **Література:**

1. Про виклики війни для української системи охорони здоров'я та лікарського забезпечення – Олександр Комаріда. Київ : МОПОН, 2022. 24 с. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2690145/> (дата звернення: 18.09.2025).

2. Спільні рішення для відновлення та розвитку системи охорони здоров'я: підсумки міжнародної конференції Ukraine ReHealth 2025. *Міністерство охорони здоров'я України*. URL: <https://moz.gov.ua/uk/cpilni-rishennya-dlya-vidnovlennya-ta-rozvitku-sistemi-ohoroni-zdorov-ya-pidsumki-mizhnarodnoyi-konferenciyi-ukraine-rehealth-2025> (дата звернення: 17.09.2025).

3. МОЗ України та ВООЗ обговорили стратегічні пріоритети гуманітарного реагування у 2026 році. *Міністерство охорони здоров'я України*. URL: <https://moz.gov.ua/uk/moz-ukrayini-ta-vooz-obgovorili-strategichni-prioriteti-gumanitarnogo-reakuvannya-u-2026-roci> (дата звернення: 18.09.2025).

4. Про систему громадського здоров'я: Закон України від 06.09.2022 № 2573-IX : станом на 1 січ. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text> (дата звернення: 18.09.2025).

## **СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ**

**Донік О.М.**

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

Первинна медична допомога (ПМД) є фундаментом системи охорони здоров'я та ключовою ланкою, що забезпечує доступність, безперервність і наближеність медичних послуг до пацієнта. В умовах пандемії COVID-19 та повномасштабної війни, які стали безпрецедентними викликами для України

у 2020–2025 роках, роль ПМД зростає ще більше. Саме ця ланка продемонструвала найбільшу стійкість, гнучкість та спроможність до швидких трансформацій, зберігаючи доступ громадян до базових медичних послуг навіть у найскладніших умовах.

За даними Національної служби здоров'я України (НСЗУ), на кінець літа 2025 року понад 80 % населення мали підписані декларації з лікарями первинної ланки. У системі працює майже 25 тис. лікарів, із яких 18,8 тис. – сімейні лікарі [1]. Це свідчить про поступове зростання охоплення населення послугами ПМД та підвищення довіри пацієнтів до цього рівня медичної допомоги.

Водночас, війна спричинила суттєві руйнування медичної інфраструктури. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), станом на листопад 2024 року було зафіксовано 2 134 атаки на заклади охорони здоров'я, значна частина яких стосувалася закладів ПМД. Тільки у 2024 році 27 % нападів призвели до поранень, 8 % – до смертей серед медичних працівників та пацієнтів [2]. Це створює додаткові виклики у забезпеченні безперервності медичної допомоги, особливо в прифронтових регіонах.

Одним із рішень для збереження доступу до ПМД стало розгортання модульних і мобільних пунктів медичної допомоги. У 2024 році ВООЗ спільно з ЄС та МОЗ України встановила 11 модульних клінік ПМД та одну станцію екстреної допомоги у Чернігівській, Харківській, Херсонській, Одеській і Сумській областях. У 2025 році додатково розгорнули ще 4 модульні клініки та 2 станції у Миколаївській, Харківській, Херсонській і Дніпропетровській областях [2].

Важливим чинником розвитку ПМД є цифровізація. НСЗУ у 2024 році впровадила модуль для автоматизації контракування на платформі SAP (Systems, Applications, and Products in Data Processing), який охоплює весь цикл – від оголошення конкурсу до підписання договорів. Лише під час підготовки до контракування на 2025 рік було опрацьовано понад 3 000 пропозицій від закладів охорони здоров'я [3]. Це суттєво підвищило прозорість і ефективність фінансування ПМД.

Вагомим кроком стало і посилення співпраці з міжнародними організаціями. У 2024 році ВООЗ та Світовий банк у партнерстві з НСЗУ реалізували низку ініціатив, спрямованих на підвищення прозорості та ефективності управління Програмою медичних гарантій (ПМГ), зокрема в частині ПМД. Проведено комплексне дослідження витрат на первинну допомогу для оцінки впливу війни на діяльність закладів, розроблено методіку розрахунку капітаційної ставки ПМД, затверджену МОЗ України, також запропоновано коригування фінансування для сільських і прифронтових територій [3].

Окрему увагу приділено питанням психічного здоров'я. У 2024 році НСЗУ підвищила вимоги до закладів ПМД: не менше 70 % лікарів загальної практики та 35 % медсестер мали пройти навчання за програмою mhGAP (Mental Health Gap Action Programme – програма дій ВООЗ, спрямована на підвищення знань і спроможності системи у сфері психічного здоров'я). За рік допомогу отримали понад 260 тис. пацієнтів. До кінця 2024 року 21 955 лікарів ПМД здобули сертифікати щодо ведення поширених психічних розладів. Навчання проводилося у два етапи: перший рівень курсу «Ведення поширених психічних розладів на первинному рівні медичної допомоги з використанням керівництва mhGAP», також другий рівень, що передбачав поглиблену практичну підготовку; його пройшли 17 603 лікарі ПМД [3]. Це дозволило значно розширити доступність допомоги у сфері ментального здоров'я.

У дослідженні [4] наголошується, що війна загострила вже існуючі проблеми ПМД: зменшення обсягів профілактичних послуг, перерваність

лікування хронічних захворювань, зниження рівня вакцинації, також високі ризики поширення антибіотикорезистентності. При цьому ПМД в Україні залишається ключовим інструментом інтеграції послуг з психічного здоров'я та реабілітації, що особливо важливо для прифронтових та сільських територій.

Попри виклики війни, система демонструє ознаки трансформації та стійкості. У статтях міжнародних експертів наголошується, що ПМД в Україні стала основою як для подальших реформ, так і для збереження доступності базових послуг у надзвичайних умовах [5].

Отже, сучасні тенденції розвитку ПМД в Україні демонструють її здатність адаптуватися до надзвичайних умов, залишаючись основою системи охорони здоров'я. Виклики пандемії та війни лише посилили необхідність інноваційних підходів: цифровізації, мобільних рішень, інтеграції психічного здоров'я та безперервного навчання кадрів. Перспективи подальшого зміцнення ПМД пов'язані з міжнародною співпрацею, ефективним фінансуванням та розвитком людського капіталу.

### **Література:**

1. Національна служба здоров'я України. Звіт Національної служби здоров'я України за 2023 рік. Київ : НСЗУ, 2024. 154 с.

2. World Health Organization. 1000 days of war in Ukraine: resilience in health response, recovery and reform. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2024. 178 с.

3. Dale E., Samoilovich D., Habicht T. Health system resilience during wartime: the case of primary care in Ukraine. *Journal of Health Organization and Management*. 2024. Т. 38, № 6. С. 1–14. doi:10.1108/JHOM-01-2024-0013

4. Wilkens J., Harris M., Kolesnyk P. Primary health care in Ukraine is a cornerstone of both health reform and the response to the full-scale invasion. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2025. Т. 43, № 2. С. 255–257. doi:10.1080/02813432.2025.2477787

5. World Health Organization, World Bank. Review of health financing reform progress in Ukraine: adapting to wartime challenges. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2024. 95 с.

## **РОЛЬ ВОЛОНТЕРСТВА ТА ГРОМАДСЬКИХ ОРГАНІЗАЦІЙ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ**

**Заславський Д.Д., Ейсмунд-Малевиц Г.А., Кий-Кокарева В.Г.**  
*Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, Україна*

Сучасні соціально-економічні та воєнні виклики суттєво вплинули на функціонування системи охорони здоров'я України. В умовах, коли державна система не завжди здатна оперативно забезпечити потреби, саме волонтерські ініціативи та громадські організації стають ключовими у мобілізації ресурсів і підтримці медичної сфери.

Метою даного дослідження є аналіз ролі волонтерських ініціатив і громадських організацій у системі охорони здоров'я України на прикладі Дніпропетровської області, визначення їхнього внеску у забезпечення медичних потреб населення та військовослужбовців.

Волонтерська діяльність і робота громадських організацій є важливим елементом сучасної системи охорони здоров'я України, особливо в умовах кризових викликів. Їхня роль значно зросла у період пандемії COVID-19,

коли волонтери забезпечували лікарні засобами індивідуального захисту, медикаментами та обладнанням, також підтримували інформування населення щодо профілактики захворювання. Повномасштабна війна ще більше актуалізувала питання залучення додаткових ресурсів, оскільки державна система охорони здоров'я виявилася перевантаженою через велику кількість поранених, внутрішньо переміщених осіб та зростаючі потреби цивільного населення [1].

У цих умовах волонтерські ініціативи виконують одразу кілька ключових функцій. *По-перше*, вони забезпечують матеріально-технічну підтримку медичних закладів: постачають ліки, медичні засоби, обладнання, транспорт для евакуації пацієнтів. *По-друге*, волонтери виступають важливою ланкою психологічної та соціальної допомоги, надаючи підтримку як пацієнтам, так і медичному персоналу, що працює в умовах постійного стресу. *По-третє*, громадські організації активно впливають на формування здорової поведінки населення шляхом проведення інформаційних кампаній, профілактичних програм і навчальних заходів [2].

Особливе значення ці процеси мають у Дніпропетровській області, яка є одним із ключових медичних хабів країни. Розташована поруч із зонами бойових дій, область приймає велику кількість поранених військових та цивільних. Саме тут сформувалася потужна мережа благодійних фондів, волонтерських груп і громадських організацій, що забезпечують лікарні медикаментами, розхідними матеріалами та сучасним обладнанням. Важливим напрямом їхньої роботи є організація логістики гуманітарних вантажів, забезпечення транспорту для евакуації, засобів і приладдя для надання першої допомоги та створення умов для реабілітації пацієнтів. Особливої уваги заслуговує діяльність волонтерів, спрямована на психологічну підтримку військових, медичного персоналу і цивільних осіб, що постраждали внаслідок бойових дій, зазнали травматичного досвіду чи чії родичі потребують психологічної допомоги [2].

Важливим чинником ефективності є співпраця між державними структурами, волонтерськими організаціями та громадськістю. Попри наявність проблем із координацією та дублюванням зусиль, саме партнерська взаємодія дозволяє своєчасно реагувати на потреби медичних закладів і населення. Волонтерські ініціативи демонструють високу гнучкість, швидкість прийняття рішень і здатність мобілізувати ресурси у найкоротші терміни, тоді як державна система забезпечує юридичну й організаційну основу їхньої діяльності. Однак, щоб ця співпраця була прозорою і більш ефективною, надзвичайно важливою є також відповідальність самих організацій, зокрема через регулярне звітування про свою діяльність, ясність через показ мети та цілей зборів та використання зібраних коштів. Є різні фактори, що можуть як сприяти, так і навпаки знижувати рівень залученості оточення в діяльність фондів, наприклад такі як: відсутність видимих і відчутних результатів або нецільове використання коштів, в разі відмінності оголошеної мети збору від того, на що вони були реально витрачені, що призводить до некоректної комунікації між фондом та аудиторією. В умовах війни більшість людей потребує певної стабільності і наочності, маючи ледве не єдину ланку, яка в своєму фундаменті тримає контроль, організацію та порядок. Насамперед, людям важливо розуміти і бачити, що потреба та запити певної групи (поранені військові та цивільні, люди з особливостями чи важкими захворюваннями, чії потреби,

для збереження і підтримання життєвих функцій, складніше задовільнити найпаче під час воєнних дій, тощо) були не просто почуті, ще й виконані та мати результат (наприклад: результати протезування людей, хто втратив кінцівку чи більше, поступове відновлення, кількість евакуйованих людей, успішна психотерапія та подальша соціалізація індивіда/групи). Також не можна виключати конфлікт інтересів. Участь у фонді посадових осіб, політиків або бізнесменів без якісного підтвердження допомоги можуть свідчити про використання фонду для відмивання грошей [1] і отримання вигоди або просування своєї компанії і себе, формуючи потрібну для цих осіб та їх наративів, громадську думку. У складних умовах, з урахуванням корумпованості різних ланок, ці процеси можуть суттєво впливати на рівень довіри громадськості та осіб, які звертаються до організації. Водночас звітування не є бюрократичною перешкодою чи обмеженням, необхідною умовою сталого розвитку та ефективності громадського сектору.

На прикладі Дніпропетровщини коротко розберемо, які фонди дотримуються правил для зберігання комунікації. Для початку фонди доцільно поділити на дві групи: перша – ті, що працюють з 2014 року, друга – ті, що почали свою роботу з перших днів повномасштабного вторгнення у 2022 та є філіями організацій, що працюють поза межами Дніпра і області [1]. Тому, розуміючи кількість фондів, відсутність звітності у деяких із них досі залишається доволі серйозною проблемою. 10 організацій, які розпочали роботу у 2014 році, та 4, які почали діяльність із 2022 року, не мають повної звітності із зазначеними сумами зібраних коштів. А у випадку чотирьох інших організацій, філії яких працюють у регіоні, подається лише загальна звітність по країні без уточнення, скільки ресурсів надійшло до окремої штаб-квартири чи області. Проте є фонди, що мають консолідовані та постійні звіти, які надають хоча б приблизний огляд старанної та надзвичайно значущої роботи. Наприклад, благодійний фонд «Ідейна варта Дніпро» [3] у підсумковому звіті за 2023 рік зазначив, що надав допомогу на загальну суму 258 117 грн. Благодійний фонд «Право на життя» [4] – згідно з даними Єдиного державного реєстру, дохід за 2024 рік склав 1 124,2 тис. грн. За загальними звітами, «Карітас Донецьк» [5] (переїхали до Дніпра у 2015 році) у річному звіті «Карітас України» за 2024 рік відзвітував про загальний дохід у 2 832 771 929 грн і витрати у 2 611 344 671 грн. Відповідно до опублікованої звітної інформації організації, у 2023 році обсяг наданої допомоги охопив понад 140 000 осіб. Громадська організація «Форпост» [6] – загальна сума коштів, що надійшли на рахунки організації у 2024 році, становила 6 385 931,11 грн. «Товариство Червоного Хреста України» [7] за національним звітом в 2023 отримало 2,24 млрд грн, в той час як загальні витрати становили 2,04 млрд грн. Всеукраїнський сучасний центр воєнної травми «Superhumans» почав свою діяльність тільки 8 червня 2025 року, тому на даний момент складно оцінити їх роботу, проте загальна кількість пацієнтів з моменту відкриття першого центру становить понад 1500, кількість виготовлених протезів – більше ніж 1300. Благодійний фонд «Starenki» [9] у своєму публічному звіті за 2023 рік зазначив, що загальна сума наданої допомоги становила 10 612 476 грн; СпівДія [10] – згідно з публічним фінансовим звітом за 2023 рік, дохід організації склав 144 385 827 грн, витрати – 144 228 095 грн.

Спостерігається тенденція до покращення та позитивних змін: організації та благодійні збори дедалі більше враховують довіру і взаємозв'язок, демонструючи, як єдність надихає суспільство і волонтерів та забезпечує високі результати.

Кожна організація та кожен збір мають важливе значення, особливо враховуючи тягар, який лежить на лікарнях, де медичний персонал забезпечує лікування та догляд за пацієнтами. Таким чином, організації та фонди не лише допомагають пораненим, й приділяють увагу кожній людині, що потребує підтримки та дбайливого ставлення у складний і стресовий час. Допомога – це не лише операції чи медикаменти, й атмосфера, яку можуть створити та демонструвати волонтери. Вона стимулює жагу до життя, прагнення розквітати, дає відчуття своєї цінності, що тебе та твої потреби бачать і не лишають напризволяще, що спонукає пацієнтів активно працювати над реабілітацією та покращенням свого стану, поки волонтери роблять усе можливе зі свого боку.

#### **Література:**

1. Сірко В., Боксгорн А. Взаємодія волонтерських організацій з органами влади під час воєнного стану в Україні. *Адміністративне право і процес*. 2023. № 4 (43). С. 32–40.
2. Сазонець І.Л., Ханіна О.І. Форми медичного волонтерства та напрямки державного регулювання волонтерської діяльності у медичній сфері. *Інвестиції: практика та досвід*. 2024. №1. С.103–109.
3. Благодійний фонд «Дейна варта Дніпро». URL: <https://ynadnistro.org.ua/>
4. Благодійний фонд «Право на життя». URL: <https://www.facebook.com/PravonaliveDnipro/>
5. Благодійний фонд «Карітас Донецьк». URL: <https://donetsk.caritas.ua/publications/>
6. Громадська організація «Форпост». URL: <https://forpost.org.ua/zvit/>
7. «Товариство Червоного Хреста України». URL: <https://redcross.org.ua/activities/cash-and-voucher-programs/cash-programs/>
8. Всеукраїнський сучасний центр воєнної травми «Superhumans». URL: <https://share.google/GnViD3kxc6vMIxAi5>
9. Благодійний фонд «Starenki». URL: <https://starenki.com.ua/zvitnist/>
10. Благодійний фонд «СпівДія». URL: <https://spivdiia.org.ua/>

## **ГРИБКОВІ ІНФЕКЦІЇ ТА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ГРИБКОВИХ ПАТОГЕНІВ ДО АНТИФУНГАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ ЯК НЕДООЦІНЕНА ПРОБЛЕМА СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ**

**Бережна А.В., Чумаченко Т.О.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

**Вступ.** Протягом останніх десятиліть грибкові інфекції стають дедалі поширенішими в усьому світі. За оцінками Denning D., щорічна захворюваність на інвазивні грибкові інфекції у світі становить 6,5 мільйона випадків, та близько 2,5 мільйона випадків смертей безпосередньо пов'язані з ними [1]. В Україні щороку у близько мільйона осіб розвиваються серйозні грибкові інфекції [2], однак офіційна статистика захворюваності відсутня. Найбільш уразливими до грибкових патогенів є імунокомпрометовані особи: люди з тяжкими хронічними захворюваннями, імунодефіцитами, ВІЛ-інфіковані, хворі на туберкульоз та інші.

Лікування грибкових інфекцій, яке є тривалим та вартісним, ускладнюється появою резистентних штамів збудників. Однак, незважаючи на те, що антимікробна резистентність є загально визнаною проблемою

громадського здоров'я, основна увага медичної спільноти здебільшого зосереджена на явищі антибіотикорезистентності збудників бактеріальної етіології, про що свідчить переважна спрямованість сучасних систем епідеміологічного нагляду, програм профілактики та інфекційного контролю, хоча й інші мікроорганізми – зокрема віруси, паразити та гриби – також здатні набувати стійкості до лікарських засобів і потребують розробки та впровадження програм стримування формування та поширення резистентних штамів.

**Мета роботи** – оцінити потенційні загрози для здоров'я та благополуччя населення, пов'язані з грибковими патогенами та формуванням у них резистентності до антифунгальних препаратів, в умовах сьогодення.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз наукової літератури, офіційних звітів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та Європейського центру з контролю та профілактики захворювань (ECDC) щодо проблеми грибкових інфекцій. Вивчено нормативно-правову базу щодо епідеміологічного нагляду за інфекційними захворюваннями та антимікробної резистентністю в Україні.

Дослідження виконано в рамках науково-дослідної роботи «Наукове обґрунтування технології профілактики інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги, з урахуванням впливу соціальних факторів на епідемічний процес», № держреєстрації 0123U100193.

**Результати.** У 2022 році ВООЗ опублікувала список пріоритетних грибкових патогенів, до якого було включено 19 найменувань грибків. Їх розділили на три групи (критичного, високого та середнього пріоритету) в залежності від важливості для громадського здоров'я та необхідності у проведенні наукових досліджень. У групу критичного пріоритету ввійшли *Aspergillus fumigatus*, *Candida albicans*, *Candidozyma auris* (*Candida auris*) та *Cryptococcus neoformans*.

*A. fumigatus* – поширений пліснявий грибок, який може спричинити інвазивні інфекції, переважно органів дихання. Серйозну загрозу становлять азол-резистентні форми інфекції *A. fumigatus*, при яких смертність, за даними деяких науковців, може сягати 100 %.

*C. albicans* – дріжджовий грибок, який є частиною нормального мікробіому людини, однак, за певних умов (зокрема, при порушенні роботи імунної системи, тривалому прийомі антибіотиків) може спричинити інфекції слизових оболонок і навіть небезпечне для життя захворювання – інвазивний кандидоз [3]. Хоча вважається, що резистентність *C. albicans* є доволі низькою, результати окремих досліджень викликають занепокоєння та свідчать про високу адаптивність грибка до умов існування. Наприклад, Dhasarathan P. et al. повідомляли, що у 85 % зразків клінічного матеріалу, відібраного від хворих на хронічний туберкульоз, виділено штами *C. albicans*, стійкі до більш, ніж трьох антифунгальних препаратів [4].

*C. auris* – новий грибковий патоген, який вперше було описано у 2009 році в Японії [5]. Перший випадок інфекції *C. auris* в Європі було зареєстровано у 2014 році у Франції. Наразі ECDC повідомляє про 4012 випадків інфекції в країнах Європейського союзу / Європейської економічної зони за період з 2013 по 2023 роки, причому кількість випадків невпинно зростає [6]. *C. auris* має високий потенціал до внутрішньолікарняних спалахів, що може призводити до тривалого закриття відділень. Високу резистентність штами *C. auris* мають до флуконазолу та помірну – до амфотерицину В. Особливістю патогена є природна стійкість до антифунгальних препаратів, і в науковій літературі описані панрезистентні штами грибка [3, 6].

*C. neoformans* – опортуністичний грибовий патоген, джерелом якого у природі є ґрунт, гниюча деревина та птишині фекалії. Особливу небезпеку становить для ВІЛ-інфікованих осіб, є основною причиною смертності хворих на СНІД. Стійкість *C. neoformans* до антифунгальних препаратів залишається недостатньо вивченою [3, 7].

Слід зазначити, що природні та соціальні явища впливають на поширеність грибків у навколишньому середовищі, змінюють їхні властивості та сприяють появі нових груп ризику серед населення. Наприклад, резистентність *A. fumigatus* до азолів частково пов'язана з використанням азольних фунгіцидів у сільському господарстві. Існує припущення, що *C. auris* еволюціонував від рослинного сапрофіта до небезпечного для людини патогена після адаптації до вищих температур. Стихійні лиха, такі як землетруси, цунамі, повені та урагани, також воєнні конфлікти та війни, значно знижують якість життя населення, супроводжуються руйнуванням інфраструктури та сприяють погіршенню епідемічної ситуації. Також на поширеність грибкових захворювань впливає поява нових негрибових патогенів. Так, під час пандемії COVID-19 спостерігалось зростання захворюваності на супутні інвазивні грибові інфекції, серед яких переважали аспергілез, кандидемія та мукормікоз [3, 8].

Незважаючи на розповсюдженість грибкових інфекцій у світі, існують значні труднощі у їх діагностиці та забезпеченні країн ефективними антифунгальними препаратами. Наприклад, ехінокандини, які зазвичай використовують для лікування інвазивного кандидозу, досі недоступні в багатьох країнах [3]. Відсутність національних систем моніторингу грибкових інфекцій унеможливило впровадження науково обґрунтованих заходів профілактики, що сприяє подальшому поширенню грибкових патогенів та глобалізації цієї проблеми.

В Україні епідеміологічний нагляд за грибовими інфекціями не ведеться. До Переліку інфекційних хвороб, що підлягають реєстрації, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 30.07.2020 року № 1726 грибові патогени не включено. Дозорному епідеміологічному нагляду в Україні підлягають інфекції, пов'язані з наданням медичної допомоги, також антимікробна резистентність, тому окремі випадки грибкових інфекцій можуть бути зафіксовані в офіційній звітності. Однак ці дані не забезпечують повного уявлення про епідемічну ситуацію, яка вірогідно погіршилась через військову агресію рф.

**Висновки.** Грибові інфекції становлять значну загрозу для здоров'я та благополуччя населення, особливо в умовах зміни клімату, стихійних лих та воєнних конфліктів. В закладах охорони здоров'я існують ризики виникнення спалахів, пов'язаних з резистентними госпітальними штамами грибків. Водночас у багатьох країнах є обмеження в лабораторних і фінансових ресурсах, що унеможливило належну діагностику, лікування та профілактику грибкових інфекцій. Військові дії в Україні загострюють проблему грибкових інфекцій та резистентності їх збудників, що потребує наукового обґрунтування впровадження рутинного епідеміологічного нагляду за цією групою захворювань.

**Рекомендації.** Необхідно посилити дослідницьку діяльність та запровадити глобальний моніторинг за поширенням грибкових патогенів, зокрема тих, які мають потенціал до розвитку лікарської стійкості. Для країн з низьким та середнім рівнем доходу доцільно залучати до співпраці міжнародних партнерів. Це дозволить розробити та реалізувати ефективні національні стратегії для профілактики і контролю грибкових інфекцій.

## Література:

1. Denning D. W. Global incidence and mortality of severe fungal disease. *The Lancet Infectious Diseases*. 2024. Vol. 24, № 7. P. e428–e438.
2. Osmanov A., Denning D. W. Burden of serious fungal infections in Ukraine. *Mycoses*. 2015. Vol. 58, suppl. 5. P. 94–100.
3. World Health Organization. WHO fungal priority pathogens list to guide research, development and public health action. *Geneva: World Health Organization*. 2022.
4. Dhasarathan P, AlSalhi M. S., Devanesan S., et al. Drug resistance in *Candida albicans* isolates and related changes in the structural domain of Mdr1 protein. *Journal of Infection and Public Health*. 2021. Vol. 14, № 12. P. 1848–1853.
5. Satoh K., Makimura K., Hasumi Y., et al. *Candida auris* sp. nov., a novel ascomycetous yeast isolated from the external ear canal of an inpatient in a Japanese hospital. *Microbiology and immunology*. 2009. Vol. 53, № 1. P. 41–44.
6. European Centre for Disease Prevention and Control. Survey on the epidemiological situation, laboratory capacity and preparedness for *Candidozyma (Candida) auris*, 2024. *Stockholm: ECDC*. 2025.
7. Zhao Y., Ye L., Zhao F., et al. *Cryptococcus neoformans*, a global threat to human health. *Infectious Diseases of Poverty*. 2023. Vol. 12, № 1. Art. 20.
8. Seidel D., Wurster S., Jenks J. D., et al. Impact of climate change and natural disasters on fungal infections. *The Lancet. Microbe*. 2024. Vol. 5, № 6. P. 5.

## ПЕРЕДОВИЙ ДОСВІД ІЗРАЇЛЮ ЯК СКЛАДОВА ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД ВІЙСЬКОВОЇ АГРЕСІЇ

**Анісімова І.О.<sup>1</sup>, Мельниченко О.А.<sup>2</sup>, Шапкін А.С.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Ando-Clinic, Алст, Бельгія*

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

З давніх часів силовий спосіб відчуження чужого майна став «звичною справою» для «сильних цього світу». Тому не дивно, що держави (як самотужки, так і зі своїми союзниками), які володіють порівняно великим військовим потенціалом і застосовують його для вторгнення на території (частіше за все, сусідніх) держав (як тих, які наявні на малій землі багато століть, так і ті, чия історія налічує лише декілька десятиліть, зокрема Ізраїль, Україна та інші країни колишнього СРСР). Подібна поведінка може мати різні наслідки (міру успіху), але її завжди поєднує наявність постраждалих від військової агресії. Звісно населення, яке зазнало фізичної шкоди, моральних страждань і матеріальних втрат потребує належної підтримки (допомоги) з боку держави, що має втілюватися у відповідній державній політиці. У цьому контексті Україні (яка від 2014 року змушена протидіяти військовій агресії РФ на Донбасі, з 2022 р. – повномасштабному вторгненню цієї країни) варто звернути увагу на досвід Ізраїлю – держави, яка на власному досвіді відчуває, як десятиліттями існувати під тиском перманентної військової небезпеки та збройних сутичок, організувати реабілітацію постраждалих від військової агресії [1; 2]. Означене, зрештою, й обумовлює актуальність даного дослідження.

Передусім зазначимо, у відповідь на виклики, що обумовлені військовою агресією, в Ізраїлі розгорнуто одну з найефективніших та найкомплексніших

систем допомоги, медичного обслуговування та відновлення для всіх, хто зазнав лиха (як комбатантів, так і цивільних (включаючи дітей)). Характерною рисою ізраїльської системи реабілітації постраждалих від військової агресії є тісна взаємодія між силовими структурами, системою охорони здоров'я та освіти, також значна участь волонтерів і громадських організацій.

Основну функцію в цій системі виконує Департамент реабілітації військовослужбовців Міністерства оборони Ізраїлю (*Department of Rehabilitation מפקדת שירותי מכחלת שיקום mechalket shikum*), який дбає про надання медичної допомоги, соціальної підтримки, юридичної допомоги, також професійне відновлення для ветеранів армії та осіб, які постраждали від військової агресії [5]. Також варто згадати про Національний інститут страхування Ізраїлю (*Bituach Leumi ביטוח לאומי*), який забезпечує виплати, догляд, житлову підтримку та медичне страхування для цивільних осіб, які постраждали, зокрема, внаслідок терактів або артилерійських обстрілів [3].

Ізраїль є однією з перших країн світу, де системно впровадив психологічну підтримку та лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) як невід'ємну складову державної політики щодо реабілітації постраждалих від військової агресії. Психологічна підтримка надається у спеціалізованих центрах кризової допомоги (*Crisis intervention units תחנות תערובת יחידות היעוץ והתערבות yehidot hitarot bemshever*) починаючи з перших годин після травматичної події. Ці підрозділи функціонують при лікарнях, місцевих органах влади або ж навіть у мобільних формах, щоб максимально наблизити допомогу до тих, хто її потребує [3; 5].

Розгалужена мережа реабілітаційних закладів (наприклад, Центр Левінштейна (*Loewenstein Rehabilitation Hospital*)), надає фізичну реабілітацію пораненим, зокрема особам з ампутаціями, травмами головного мозку, хребта та іншими ушкодженнями [4]. При цьому на кожному з його етапів реабілітаційного процесу доволі активно залучаються родини та/чи близькі постраждалих, для яких організуються курси навчання, де проводяться консультації та надається психологічна допомога.

Після реабілітації, постраждалі від військової агресії мають пройти процедуру ресоціалізації. Задля цього в Ізраїлі поширеною є перепідготовка таких осіб і надання їм стипендії для здобуття вищої освіти. Також забезпечується сприяння у працевлаштуванні, фінансування малого бізнесу та надання податкових пільг. Особи з інвалідністю (передусім, ампутанти) мають доступ до допоміжного обладнання, пристосованого житла, транспорту й допомоги від роботодавців [1].

Отож, в Ізраїлі застосовується комплексний підхід і синергія зусиль усіх зацікавлених осіб професійній реабілітації і ресоціалізації усіх, хто постраждав від військової агресії. Кращі практики будуть корисні для України в умовах повномасштабного вторгнення РФ. Подальші наукові розвідки мають бути присвячені розробці теоретичних положень і практичних рекомендацій, спрямованих на підвищення результативності державної політики щодо реабілітації постраждалих від військової агресії.

### **Література:**

1. Лебедева С.Ю., Овсяннікова Я.О., Похілько Д.С. Психологічна допомога та реабілітація учасників збройних конфліктів і фахівців ризико-небезпечних професій: світовий досвід. *Габітус*. 2023. Вип. 45. С. 139–145. URL: <http://doi.org/10.32782/2663-5208-2023.45.23>

2. Пархоменко-Куцевіл О.І. Державна політика реабілітації учасників бойових дій: досвід зарубіжних країн та можливості для України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2021. № 3. С. 1–10. URL: <http://doi.org/10.32702/2307-2156-2021.3.31>

3. B'tselem – The Israeli Information Center for Human Rights in the Occupied Territories. Jerusalem, Israel, 2022. URL: <https://www.btselem.org> (дата звернення: 08.07.2025).

4. Loewenstein Rehabilitation Hospital. URL: <https://israelhealthcarefoundation.org/loewenstein/> (дата звернення: 07.07.2025).

5. Ministry of Defense of Israel. Department of Rehabilitation. Official Website. URL: [https://www.gov.il/en/departments/ministry\\_of\\_defense](https://www.gov.il/en/departments/ministry_of_defense) (дата звернення: 07.07.2025).

## **ПРЕВЕНТИВНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК ПЕРСПЕКТИВНИЙ НАПРЯМ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

***Рогова О.Г., Оганезова Г.В., Крупеня В.І.***

*ННІПО ХНМУ, м. Харків, Україна*

Здійснення в Україні масштабної медичної реформи супроводжується змінами на усіх рівнях надання медичної допомоги, охоплюючи не тільки клінічні, й політичні, економічні та соціальні аспекти системи охорони здоров'я. Соціально-орієнтована медична реформа суттєво вплинула на переоцінку активів та ресурсів вітчизняної медицини, включаючи аудит інфраструктури, аналіз наявних та прогнозованих фінансових потоків, кадрового та інформаційного забезпечення. В умовах повномасштабної війни, яку розв'язала в Україні російська федерація (надалі – рф), трансформаційні процеси вітчизняної медицини зіштовхнулися з безпрецедентними ризиками для виживання народу та збереження держави, обумовленими подіями війни. У цій ситуації система охорони здоров'я України змогла не просто вистояти під ударами війни, але й зберегти свою спроможність достатньо ефективно виконувати найважливіші завдання збереження життя та здоров'я пацієнтів. Водночас, саме події війни стали страшним чинником перегляду стратегічних та тактичних завдань вітчизняної медицини.

На нашу думку, сьогодні, як і у попередні роки, зберігається актуальність виконання усіх стратегічних соціальних зобов'язань держави у сфері охорони здоров'я: розвиток профілактичної медицини та загальної лікарської практики (сімейної медицини); надання доступної та якісної медичної допомоги, у тому числі – спеціалізованої; задоволення потреб споживачів у отриманні різноманітних медичних послуг, включаючи високотехнологічні та інноваційні; створення умов для реабілітаційної допомоги усім категоріям пацієнтів, які її потребують; забезпечення населення якісними та ефективними лікарськими засобами тощо. Водночас, серед пріоритетних тактичних завдань вітчизняної медицини можна назвати: збереження та відновлення кадрового потенціалу, що зазнав нищівних втрат через події війни та пов'язані з війною процеси (внутрішнє переміщення, виїзд до інших країн, загибель на полі бою); оптимізація мережі закладів охорони здоров'я з метою раціонального та ефективного використання усіх ресурсів системи; системна переорієнтація на профілактичну медицину та комплексну реабілітацію

(з урахуванням реабілітаційної стратегії охорони здоров'я та біопсихосоціальної моделі обмеження повсякденного функціонування/життєдіяльності, на яких ґрунтується система реабілітації відповідно до статті 8 Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я») [6].

Сьогодні широкоживим є термін «превентивна реабілітація», актуальним завданням якої є «діагностика індивідуальних особливостей стану фізіологічних резервів і рівня здоров'я індивіда, способи їхньої корекції у практично здорових людей для здійснення індивідуального підходу у виборі оздоровчої програми та адекватної оцінки її ефективності» [1, с. 31]. На нашу думку, концепт превентивної реабілітації має стати основою подальшого функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я як в умовах війни, так і в період повоєнного відновлення.

Як відомо, з давніх-давен лікарі звертали увагу, що «Хворобу легше попередити, ніж лікувати». Відомий вислів давньогрецького філософа-матеріаліста Демокріта, актуальний як ніколи в сучасних реаліях сьогодення, адже десятиліттями медицина існувала, щоб лише лікувати хвороби, не запобігати їх виникненню. Відомий науковець М. І. Пирогов стверджував: «Майбутнє належить медицині профілактичній» [3, с. 273–274].

Ще роки тому науковці наголошували на необхідності «перегляду існуючої парадигми охорони здоров'я» [4, с. 147]. Як нову альтернативну теорію ще у 2013 році дослідниками Харківського національного медичного університету було запропоновано методологію «медицини граничних станів» [4, с. 148]. В теперішній час «медицина граничних станів представляє собою науково обґрунтований, та широко апробований у практичній діяльності, насамперед у медичній праці, напрямок реалізації основної мети охорони здоров'я – профілактики захворювань, включаючи хвороби професійного генезу. При цьому попередження захворювань відбувається на підставі визначення ризиків виникнення конкретних захворювань на індивідуальному та популяційному рівнях із встановленням спрямованості цієї дії на конкретні системи та органи і організм в цілому, що створює підставу для спрямованої дії з корекції виявлених донозологічних станів, попереджуючи їх вірогідну трансформацію у патологічні стани» [5, с. 69].

Чимало дослідників погоджуються, що «виникає потреба у формуванні самостійного профілактичного напрямку охорони здоров'я людини на фоні критично низького рівня стану популяційного здоров'я, що особливо посилилось у зв'язку з епідемією COVID-19 та війною в Україні» [1, с. 28]. Тобто профілактична медицина розглядається, як ефективний інструмент досягнення певного (оптимального) рівня здоров'я людини не просто у його індивідуальному, у громадському (популяційному) вимірі. Важливо підкреслити, що в умовах обмежених ресурсів системи охорони здоров'я саме профілактична медицина здатна «зняти гостроту» конфлікту між публічними та приватними інтересами – інтересами збереження здоров'я населення та здоров'я окремої індивідуально визначеної людини.

У сьогоdnішньому світі реабілітація є окремою стратегією Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), поряд із лікуванням, профілактикою, паліативною допомогою та популяризацією здорового способу життя [2]. Але вітчизняні реалії вносять корективи у класичну модель реабілітації. В умовах війни профілактичний напрям охорони здоров'я отримав розвиток

у сфері реабілітаційної допомоги, у першу чергу – реабілітаційної допомоги військовослужбовцям. Так, фахівцями Полтавського державного медичного університету зареєстровано авторське право на технологію «військової експрес превентивної реабілітації, яка базується на екологічному підході до реабілітації військових, сприйнятті пацієнта як біопсихосоціальної моделі; впровадженні в щоденний розклад військовослужбовців реабілітаційних втручань військової експрес превентивної реабілітації...» [8].

Цілком зрозуміло, що «профілактика у медичній галузі вимагає насамперед матеріально-технічного підґрунтя. Та витрачений капітал неодмінно окупується за рахунок заощаджень на діагностичній та лікувальній гілках, що складають питому частку грошових вкладень» [3, с. 275].

Потреба у реабілітаційних послугах в Україні у 2025 році зростає на тлі повномасштабної війни та загального погіршення медичних показників. За офіційними даними МОЗ, лише з початку року понад 144 тисяч пацієнтів пройшли необхідне відновлення: близько 80 тисяч – амбулаторно, 56,6 тисяч – у стаціонарі. Щоденно по всій країні проводять понад 12 тисяч реабілітаційних сеансів. Кабінет Міністрів на 2025 рік передбачив для реабілітаційних послуг 5,8 мільярда гривень – майже утричі більше, ніж до війни [7].

З точки зору соціальної та економічної необхідності відновлення здоров'я, активності та працездатності значної кількості людей, які зазнали втрат від військової агресії РФ, на нашу думку, надзвичайно важливою є синергія профілактичної медицини та реабілітації. Вони тісно пов'язані, оскільки реабілітація (у її широкому розумінні) здатна запобігати подальшим ускладненням та погіршенню стану пацієнта, тим самим виконуючи профілактичну функцію, профілактичні заходи допомагають уникнути необхідності в реабілітації або зменшити її обсяг. Це взаємодоповнювальні сфери, що спрямовані на збереження та відновлення здоров'я людини протягом усього її життя, превенцію подальшого розвитку хвороб чи патологічних станів.

На нашу думку, превентивну реабілітацію у сфері охорони здоров'я необхідно розглядати, як комплекс заходів підтримки та відновлення функціонування особи у фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній та духовній сферах на всіх етапах її соціалізації. Подальших досліджень потребують економічні, соціальні, організаційні та правові аспекти застосування технологій превентивної реабілітації в умовах воєнного стану та у період повоєнного відновлення.

#### **Література:**

1. Владимиров, О., Владимірова, Н., Волгіна, Л., Куртян, Т., & Чумак, Ю. (2023). Стратегія та методологія сучасної превентивної фізичної та реабілітаційної медицини в системі охорони здоров'я України. *Сімейна Медицина. Європейські практики*, (4), 27–33. URL: <https://doi.org/10.30841/2786-720X.4.2023.297023>.

2. Гриценко С. Відновлення людського капіталу: виклики для реабілітації українських військових. *Укр. правда*. 2024. 11 квітня. URL: <https://life.pravda.com.ua/columns/yaki-vikliki-stoyat-pered-ukrajinoyu-v-galuzi-reabilitaciji-300952/>

3. Ключова роль та значення профілактичної медицини у сучасних реаліях сьогодення / Н. Л. Свінцицька, В. В. Бобух, О. С. Біланов, В. П. Білаш. *Вісник проблем біології і медицини*. 2021. Вип. 2 (160). С. 273–276.

4. Лісовий, В., Коробчанський, В., & Веремієнко, О. (2020). Медицина граничних станів та нова парадигма охорони здоров'я. *Медицина сьогодні і завтра*, 67(2), 147–152. URL: <https://msz.knmu.edu.ua/article/view/522>.

5. М'ясоєдов В.В., Коробчанський В.О., Олійник Ю.О. Прогресивна профілактична медицина на основі реалізації концепції «медицина граничних станів». Профілактична медицина України: проблеми та способи їх вирішення : *матеріали науково-практичної конференції, присвяченої 150-річчю кафедри гігієни та екології № 1 Харківського національного медичного університету* (Харків, 16 жовтня 2023 року) / ред. кол.: В. В. М'ясоєдов, В. О. Коробчанський, М. Г. Щербань, О. І. Герасименко. Харків : ХНМУ, 2023. С. 68–71.

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>.

7. Реабілітаційна система України перевантажена через війну та нестачу фахівців. 11 червня 2025 року. URL: <https://hnh.news/13064/reabilitacijna-systema-ukrainy-perevantzazhena-cherez-vijnu-ta-nestachu-fahivcziv/>

8. Свідчення про реєстрацію авторського права на твір № 122618. Науковий твір «Військова експрес превентивна реабілітація» / Є. Ю. Страшко, В. А. Лебедев, В. О. Рудь, М. О. Павленко, Є. І. Афанас'єв, Є. О. Кондратьєва. Дата реєстрації 4 січня 2024 р. URI: <https://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/27491>.

## **ЖІНОЧЕ ОБРІЗАННЯ КРИЗЬ ПРИЗМУ ПРАВ ЛЮДИНИ: МЕДИЧНІ ТА ЕТИЧНІ НАСЛІДКИ ДЛЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

**Сокол К.М., Акопян А.А.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

**Актуальність теми.** Дане дослідження відображає медико-соціальні детермінанти здоров'я, оскільки жіноче обрізання є результатом культурних і соціальних практик, що завдають шкоди фізичному та психічному стану жінок. У статті розглядається проблема «жіночого обрізання», як факту порушення прав людини, що тягне за собою медичні, етичні та соціально-правові наслідки. Аналізуються різні підходи до питання жіночого обрізання, в контексті громадського здоров'я. Особлива увага приділяється медичним ускладненням, що виникають внаслідок жіночого обрізання, зокрема фізичним та психоемоційним травмам, ризику розвитку інфекцій та порушенням репродуктивного здоров'я.

**Мета.** Аналіз медичних й етичних аспектів дозволяє визначити ефективні профілактичні стратегії для зменшення поширеності цієї практики та зміцнення системи громадського здоров'я.

**Методами дослідження** стала система міждисциплінарних методів з використанням порівняльно-аналітичного методу та медико-соціального аналізу.

### **Виклад основного матеріалу.**

Понад 230 мільйонів дівчат і жінок у світі зазнали практики жіночого обрізання геніталій. Під жіночим обрізанням (female genital mutilation) розуміють «усі процедури, що передбачають часткове або повне видалення зовнішніх жіночих статевих органів чи інші їх пошкодження, які здійснюються без медичних підстав» [1, с. 4].

Жіноче обрізання визнається порушенням прав людини, зокрема дівчат і жінок на міжнародному рівні. Перш за все, права людини на здоров'я, безпеку та фізичну цілісність, право на свободу від тортур і жорстокого, нелюдського чи принижуючого поводження, найголовніше – право на життя. Дана проблема відображає глибоко вкорінене гендерне нерівноправ'я і є проявом дискримінації дівчат і жінок. Практика жіночого обрізання, розповсюджується також і на малолітніх та неповнолітніх, що в свою чергу, є порушенням прав дітей.

«Калічення жіночих геніталій завдає шкоди здоров'ю дівчат, обмежує їхнє майбутнє та загрожує їхньому життю», – зазначила Виконавчий директор ЮНІСЕФ Кетрін Рассел. «Ми також фіксуємо тривожну тенденцію: збільшення кількості дівчат, які піддаються цій практиці в ранньому віці, часто до п'яти років. Це суттєво скорочує (або мінімізує) вік для втручання (профілактики/допомоги). Нам необхідно активізувати (або посилити) зусилля для припинення цього згубного явища» [2].

У 1997 році Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) розробила класифікацію наслідків жіночих генітальних мутацій, виокремивши чотири основні типи. Подальший досвід її застосування та аналіз випадків жіночого обрізання засвідчили потребу деталізованого поділу, щоб точніше відобразити різноманітність практик [3].

Подібна практика не має жодних медичних показань, і завдає шкоди дівчатам та жінкам фактично у всіх аспектах їх життя. Це включає в себе пошкодження, іноді і видаленні здорових жіночих статевих тканин, порушення природних функцій організму жінки. Серед ускладнень жіночого обрізання, зокрема розповсюдженими є: кровотеча; проблеми з сечовипусканням (болісне сечовипускання, інфекції сечовивідних шляхів); вагінальні проблеми (виділення, свербіж, бактеріальний вагіноз та інші інфекції); менструальні проблеми; підвищений ризик ускладнень при пологах (складні пологи, надмірні кровотечі, кесарів розтин, необхідність реанімації дитини тощо) і смертність новонароджених; психологічні проблеми (депресія, тривожність, посттравматичний стресовий розлад, низька самооцінка тощо).

Хоча й практика жіночого обрізання, має тенденцію зменшення у світі, аналіз показує, що кількість дівчат, народжених у країнах, де практикується жіноче обрізання, швидко зростає порівняно з іншими частинами світу. Це означає, що майбутні зусилля з профілактики повинні бути спрямовані на більшу групу населення, що перебуває під загрозою.

Проведений аналіз свідчить, що 40 % жінок, які пережили калічення жіночих геніталій, проживають у регіонах, охоплених кризовими ситуаціями або військовими конфліктами. Для цих країн також характерні високі темпи приросту населення. Поєднання цих факторів (криза/конфлікт та високий приріст населення) потенційно призводить до критичного перевантаження освітніх та медичних установ, які забезпечують відповідні послуги. Це, у свою чергу, викликає дефіцит ресурсів, необхідних для подолання кризових явищ, та нівелює (або руйнує) програми, спрямовані на боротьбу з гендерною нерівністю. Така ситуація ускладнює та сповільнює процес протидії каліченню жіночих геніталій (КЖГ). Низка країн, зокрема Сомалі та Судан, стикаються з мультифакторними викликами, що включають широке розповсюдження калічення жіночих геніталій (КЖГ) на тлі військових конфліктів та демографічного зростання.

Ефіопія демонструє стабільний прогрес у подоланні КЖГ, проте кліматичні негаразди, епідеміологічні загрози та продовольча криза ускладнюють надійну імплементацію (або впровадження) програм, спрямованих на підтримку дівчат [5].

Водночас, звіт акцентує на досяжності прогресу у подоланні калічення жіночих геніталій (КЖГ) та прискореній динаміці цього процесу. Половина загального прогресу, зафіксованого протягом останніх 30 років, була досягнута лише в останнє десятиліття.

Показовими прикладами є Кенія, де рівень поширеності КЖГ знизився від помірного до низького, Сьєрра-Леоне – від високого до помірно високого, також Єгипет, де практика почала зменшуватися з рівня, близького до універсального [6].

Калічення жіночих геніталій (КЖГ) засуджується низкою міжнародних правових документів та конвенцій, також національними законодавствами багатьох держав, як порушення права на здоров'я: стаття 25 Загальної декларації прав людини проголошує, що «кожна людина має право на рівень життя, необхідний для збереження здоров'я та добробуту». Цей принцип використовується як правова основа для аргументації порушення КЖГ права на здоров'я та тілесну недоторканність (або цілісність тіла).

Оскільки КЖГ класифікується як форма насильства щодо жінок, до цієї практики застосовується Конвенція ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (CEDAW).

Аналогічно, у випадку визначення КЖГ як форми тортур, вона підпадає під дію Конвенції проти тортур та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження чи покарання.

Крім того, з огляду на те, що КЖГ розглядається як традиційна практика, шкідлива для здоров'я дитини, і у переважній більшості випадків здійснюється щодо неповнолітніх, це є прямим порушенням Конвенції про права дитини.

Спільна заява міжнародних агентств щодо КЖГ, що об'єднала позиції 10 організацій ООН, була оприлюднена у 2008 році, що свідчить про скоординований міжнародний підхід до цієї проблеми [7].

З метою ліквідації калічення жіночих геніталій (КЖГ) лідери ЮНІСЕФ закликають світову спільноту та громади-бенефіціари до наступних пріоритетних кроків: активізації зусиль у протидії гендерній дискримінації та нерівності; термінового інвестування у соціальні та медичні послуги, орієнтовані на дівчат.

Підвищення рівня сприяння розвитку прав і можливостей дівчат та пріоритетизація їхніх прав у національних законодавчих актах і політичних програмах забезпечить можливість моніторингу поширеності калічення жіночих геніталій (КЖГ) за допомогою валідованих якісних даних.

У межах триваючих зусиль з повної елімінації цієї практики, агенція ООН опублікувала (або видала) нові рекомендації, що спонукають до активізації дій з боку медичної спільноти, урядів та місцевих громад.

Ця проблема вимагає консолідованих глобальних зусиль з боку міжнародної спільноти. Успішне подолання КЖГ потребує не лише правового впливу, й інтеграції культурних трансформацій, медичного забезпечення та освітніх ініціатив.

Сумісні зусилля урядів, фахівців сфери охорони здоров'я, правозахисних організацій та місцевих спільнот сприятимуть поступовій ліквідації цієї практики та гарантуванню поваги до прав жінок і дітей у світовому масштабі.

Ефективне вирішення проблеми калічення жіночих геніталій (КЖГ) вимагає комплексного підходу, що охоплює юридичні, медичні та соціокультурні аспекти. У зв'язку з цим критично важливим є не лише проведення освітніх та просвітницьких кампаній з питань здорового способу життя, й інтенсифікація міжнародної співпраці у боротьбі з цією практикою.

Доктор Паскаль Аллотей, директорка ВООЗ з питань сексуального та репродуктивного здоров'я і досліджень, підкреслила, що медичні працівники повинні виступати як агенти соціальних змін, не як виконавці цієї шкідливої практики. Вона наголосила, що КЖГ є серйозним порушенням прав дівчат, яке критично загрожує їхньому здоров'ю.

Наукові дані підтверджують, що КЖГ завдає шкоди незалежно від особи, яка її виконує. Однак практика може бути додатково небезпечною у випадку, коли її здійснюють медичні працівники. ВООЗ у своїй заяві *Genital examinations in cases of suspected 'female genital mutilation' in Sweden 1982–2022: lawful decisions resulting in structural injustice* (від 26 липня 2025 р.) попереджає, що так звана «медикалізована» процедура здатна призвести до тяжких негативних наслідків [8].

#### **Література:**

1. World Health Organization, *Eliminating Female Genital Mutilation: An interagency statement*, WHO, UNFPA, UNICEF, UNIFEM, OHCHR, UNHCR, UNECA, UNESCO, UNDP, UNAIDS, WHO, Geneva, 2008. P. 4.

2. Over 230 million girls and women alive today have been subjected to female genital mutilation UNICEF. URL: <https://www.unicef.org/press-releases/over-230-million-girls-and-women-alive-today-have-been-subjected-female-genital>

3. Female genital mutilation. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>

4. Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation. *World Health Organization*, 2020. 27 p.

5. Dahlui, M. 'The Practice of Female Circumcision in Malaysia', paper presented at Universiti Sains Malaysia (USM), Penang, 10 May 2012; Rashid, A. K., S. S. Patil and A. S. Valimalar, 'The Practice of Female Genital Mutilation among the Rural Malays in North Malaysia'. *The Internet Journal of Third World Medicine*. Vol. 9, No. 1, 2010.

6. United Nations Children's Fund, *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*, UNICEF, New York, 2013.

7. Акопян А.А. Жіноче обрізання як порушення прав людини: медичні та етичні аспекти в рамках охорони громадського здоров'я. Science in the modern world : innovations and challenges. Proceedings of the 7th International scientific and practical conference. Perfect Publishing, Toronto, Canada. 2025. P. 21–27. URL: <https://sci-conf.com.ua/vii-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-science-in-the-modern-world-innovations-and-challenges-20-22-03-2025-toronto-kanada-arhiv/>.

8. Sara Johnsdotter, Lotta Wendel, Klara Grönvall & Birgitta Essén «Genital examinations in cases of suspected 'female genital mutilation' in Sweden 1982–2022: lawful decisions resulting in structural injustice» URL: <https://www.nature.com/articles/s41599-025-05476-6>

## СТОМАТОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ В УМОВАХ СЬГОДЕННЯ

**Соколова І.І., Слинко Ю.О.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Незважаючи на значні досягнення сучасної стоматології, на жаль, спостерігається невтішна тенденція до зростання поширеності основних стоматологічних захворювань серед населення України [1–3]. А поширеність та тяжкість захворювань ротової порожнини знаходяться в прямій залежності від рівня надання стоматологічної допомоги, питання організація якої, на жаль, до кінця не є вирішеними.

Організація стоматологічної допомоги військовослужбовцям – це ще більш складний та проблемний напрямок діяльності. Пріоритетною причиною є специфічні умови життєдіяльності та бойової роботи особового складу Збройних Сил України (ЗСУ), також особливості професійної діяльності. Ці фактори здатні сприяти виникненню та несприятливому перебігу патологічних процесів у порожнині рота. Як правило, військовослужбовці звертаються за допомогою на пізній стадії стоматологічних захворювань, коли виникає гострий біль, посилення кровоточивості ясен, значна рухомість зубів або розвиваються гнійно-запальні ускладнення [4]. Зазначене призводить до формування пригніченого психологічного стану, навіть з тенденцією до самоізоляції, зниження рівня якості життя та професійної діяльності. Не менш гострим є питанням необхідності реабілітації дефектів зубних рядів внаслідок втрати зубів як з приводу захворювань тканин пародонту, так і з приводу карієсу зубів. А саме видаленню зубів військовослужбовці віддають перевагу перед тривалим лікуванням, яке складно довести до кінця враховуючи особливості професійної діяльності [5].

Причини низького рівня стоматологічного здоров'я військовослужбовців, безумовно, можуть формуватися ще й на етапі строкової служби, потім переходити на етап професійної діяльності. Також, на жаль, попередні етапи реформування стоматологічної служби в Україні не тільки не зміцнили засади надання допомоги військовослужбовцям, ще й через брак фінансування відомчих лікувальних установ, їхню реорганізацію або скорочення, тільки загострили вже існуючі проблеми. Саме недостатня матеріально-технічна база та відсутність профілактичної спрямованості призвели до того, що стоматологічна допомога військовослужбовцям надається у більшості випадків у форматі лише невідкладної.

Не підлягає сумнівам той факт, що основою боєготовності та боєздатності Збройних Сил України є стан здоров'я військовослужбовців, в тому числі і стан стоматологічного здоров'я. Одонтогенна інфекція (зокрема, ураження зубів, запальні процеси в періапикальних тканинах та захворювання пародонту) становить ризик не лише для локального здоров'я, але й провокує розвиток системних ускладнень з боку внутрішніх органів та систем. Цей негативний вплив суттєво знижує загальний адаптаційний потенціал організму військовослужбовців [6]. Окрім того, виконання бойових завдань в місцях тимчасової дислокації підрозділу може відбуватися тривалий час, що робить майже неможливим швидке реагування у випадку різкого погіршення стоматологічного здоров'я та необхідності отримання кваліфікованої допомоги.

Безумовно, дуже потужним кроком у бік покращення стану стоматологічного здоров'я військовослужбовців є ініційований МОЗ України з 2024 року пілотний проєкт щодо лікування та протезування певних категорій військовослужбовців.

Власний досвід роботи з військовослужбовцями дозволив встановити, що 85,5 % осіб зверталися за стоматологічною допомогою лише через гострий біль і тільки 14,5 % мали в анамнезі епізоди планової санації. Але приводом до лікування були виключно естетичні, не функціональні проблеми в ротовій порожнині. Також слід зазначити, що навіть в останній категорії осіб відвідування стоматолога не відбувалися частіше, ніж раз на 2 роки. І лише два пацієнти звернулися з метою проведення профілактичного огляду. Постійну кровоточивість ясен під час чищення зубів та прийому твердої їжі відмічали переважна частина військовослужбовців (78 % осіб). При цьому індивідуальна гігієна порожнини рота була регулярною і хоча б раз на день лише у 37 % військовослужбовців.

Отже, питання стоматологічної допомоги військовослужбовцям вимагають ретельного вивчення й удосконалення, що відповідає нагальним потребам сьогодення і набуває особливої актуальності через військову агресію рф.

#### **Література:**

1. Круть А. Г. Аналіз стану стоматологічного здоров'я населення України (огляд літератури). *Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика*. Київ, 2019. Вип. 33. С. 47–56.

2. Возний О. В., Германчук С. М., Струк В. І., Біда В. І., Погоріла А. В. Стан і перспективи розвитку стоматологічної допомоги населенню України *Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики*. 2019. Т. 12, № 2. С. 228–234.

3. Захворюваність населення України запальними захворюваннями пародонта, прогнозування та профілактика патологій в сучасних умовах / В. О. Зюзін, В. С. Черно, С. В. Черно, Д. В. Зюзін, Л. Я. Мунтян. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2021. Т. 2, № 30. С. 125–132.

4. Оцінка рівня стоматологічного здоров'я військовослужбовців Збройних Сил України згідно даних анкетування / О. Я. Лаврін, О. В. Авдєєв, Т. І. Дзещох, А. Б. Воробець. *Клінічна стоматологія*. 2023. Вип. 23. С. 51–53.

5. Лаврін О. Я. Аналіз потреби надання ортопедичної стоматологічної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України. Здобутки клінічної та експериментальної медицини : матеріали підсумкової LXVI наук.-практ. конф., Тернопіль, 16–17 черв. 2023 р. Тернопіль, 2023. С. 71–72.

6. Карпенко Ю. В., Слаутинська Т. О., Салюта М. Ю. Вивчення захворюваності на хвороби органів травлення з урахуванням хвороб порожнини рота військовослужбовців офіцерського складу Збройних Сил України. *Проблеми військової охорони здоров'я*. 2015. Вип. 43. С. 87–93.

## ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СПРИЙНЯТТЯ І ПОДОЛАННЯ СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЙ ЧЛЕНАМИ РОДИН ВІЙСЬКОВИХ

*Мякина О.В.<sup>1</sup>, Прокоф'єва О.О.<sup>2</sup>, Вовк Ю.А.<sup>2</sup>*

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

*<sup>2</sup>Мелітопольський державний педагогічний університет імені Богдана Хмельницького, м. Запоріжжя, Україна*

Військові конфлікти чинять глибокий соціально-психологічний вплив на суспільне та індивідуальне життя, що охоплює не лише військовослужбовців, й їхні родини, які часто є недооціненою категорією постраждалих.

З початку повномасштабного вторгнення Росії в Україну у 2022 році країна зазнала безпрецедентних змін у соціальній, економічній та психологічній сферах. Велика кількість громадян стали внутрішньо переміщеними особами або вимушено залишили країну. Ці події супроводжуються колективною психотравмою, зростанням тривожності, депресивних та посттравматичних симптомів серед населення. Психічне благополуччя стало визначальним чинником громадського здоров'я в умовах кризи, адже воно безпосередньо впливає на адаптивність, економічну активність, соціальну згуртованість та інші індикатори суспільної стабільності.

Особливо це стосується членів сімей військовослужбовців, які постійно перебувають у стані тривоги та психоемоційного напруження, що формує особливі умови їхнього існування та розвитку.

Звичні механізми психологічного самозахисту виявляються недостатніми, що призводить до підвищеної вразливості, розвитку тривожних і депресивних станів, емоційного виснаження, проблем у сімейних стосунках та труднощів із соціальною адаптацією [1].

Актуальність нашого дослідження обумовлена тим, що в Україні в умовах війни кількість сімей, які стикаються з наслідками стресових перевантажень, стрімко зростає. Водночас, незважаючи на важливість проблеми, система психологічної підтримки для родин військовослужбовців ще не має достатньо цілісної, комплексної структури. Вона потребує розробки ефективних програм, які враховували б як індивідуальні особливості сприйняття стресу, так і соціальні чинники, зокрема роль соціальної підтримки, спільнот взаємодопомоги та доступності сучасних форм консультування [2; 3]. Відсутність адаптованих до українських реалій програм психологічної допомоги значно підвищує ризик формування посттравматичних розладів, поглиблення депресивних станів та соціальної дезадаптації. Саме тому сучасні дослідження у сфері психології мають не лише теоретичне, й гостре практичне значення, адже спрямовані на пошук рішень, що можуть зменшити негативний вплив стресу на цю вразливу соціальну групу [2].

Проблематика цього дослідження полягає у необхідності чіткого визначення психологічних особливостей сприйняття та подолання стресових ситуацій членами родин військових. Наукові роботи демонструють, що одними з найсильніших дестабілізуючих факторів є відчуття безсилля, невизначеності та соціальної ізоляції [4; 1]. Тривалий вплив цих факторів призводить до зростання емоційної напруженості та до формування у членів родин військовослужбовців специфічних стратегій копінгу, які не завжди є онструктивними.

Тому важливим завданням є дослідження не тільки негативних наслідків стресу, й вивчення ефективних механізмів подолання, які можуть бути підґрунтям для створення сучасних психотерапевтичних і психоосвітніх програм.

Мета нашого дослідження полягає у вивченні психологічних особливостей сприйняття та стратегій подолання стресових ситуацій членами родин військовослужбовців, також у формулюванні практичних рекомендацій щодо вдосконалення програм психологічної допомоги.

Огляд наукової літератури свідчить, що проблема стресових чинників і копінг-стратегій у родинах військовослужбовців активно досліджується як українськими, так і зарубіжними науковцями. Встановлено, що тривала невизначеність є одним із головних джерел деструктивних емоційних переживань [3; 5]. Дружини військових часто демонструють симптоми депресії та емоційного вигорання, тоді як у дітей виникають труднощі в навчанні, соціалізації та підтримці психоемоційної стабільності [6; 7]. Соціальна ізоляція додатково посилює психологічне навантаження, адже відсутність підтримки й комунікаційного середовища погіршує відчуття контролю над власним життям [5]. Водночас дослідження зарубіжних авторів підтверджують, що ефективна соціальна підтримка може стати вирішальним фактором у процесі адаптації: вона знижує рівень стресу, сприяє розвитку життєстійкості та підвищує загальну психологічну стійкість [8–10].

Участь у дослідженні взяли 37 членів родин військовослужбовців, які проходили короткострокову програму психологічної реабілітації. Дані оброблялися методами описової статистики з використанням середніх показників та порівняльного аналізу.

Результати цього дослідження показали, що більшість респондентів мали високий рівень суб'єктивного стресу, вимірний за шкалою PSS-10. У дружин військовослужбовців виявлено симптоми тривожності та депресії за шкалою DASS-21, що підтверджує тенденцію до емоційного виснаження. Діти військових демонстрували підвищений рівень тривожності, проблеми зі сном, труднощі у навчанні та соціальній адаптації. Такі результати узгоджуються з даними інших наукових досліджень [7; 8] і свідчать про необхідність підвищеної уваги до психологічного благополуччя членів родин військових.

Разом із тим нами виявлено, що попри високий рівень стресу значна частина учасників застосовувала конструктивні копінг-стратегії. Найбільш поширеними були активне вирішення проблем, пошук соціальної підтримки та позитивна переоцінка ситуацій. Важливим результатом стало підтвердження вирішальної ролі соціальної підтримки: аналіз за MSPSS продемонстрував, що наявність соціальної мережі значно підвищує життєстійкість та психологічну адаптацію респондентів. Це свідчить про те, що саме соціальні ресурси можуть стати найефективнішим механізмом подолання наслідків стресу.

Обговорення результатів дослідження дозволяє зробити висновок, що система психологічної допомоги родинам військовослужбовців повинна бути спрямована на зміцнення соціальних зв'язків і розвиток адаптивних стратегій подолання стресу. Ефективними формами роботи можуть бути групи взаємопідтримки, психоосвітні програми, сімейна психотерапія, також використання цифрових платформ, які забезпечують доступність допомоги навіть у віддалених регіонах [3]. Запровадження таких заходів дозволить не лише знизити рівень стресу, й допоможе родинам зберегти відчуття контролю над життям і сформувати позитивне бачення майбутнього.

Узагальнюючи результати нашого дослідження, можна стверджувати, що члени родин військовослужбовців належать до соціальної групи з високим ризиком розвитку психоемоційних розладів. Основними чинниками стресу є невизначеність, страх за життя близьких та соціальна ізоляція. Проте наявність конструктивних копінг-стратегій і соціальної підтримки суттєво підвищує їхню адаптивність. Тому сучасна система психологічної допомоги повинна орієнтуватися на інтеграцію традиційних методів і новітніх технологій, створюючи умови для комплексної підтримки родин військових. Важливим є розроблення державних і громадських програм, спрямованих на психоосвітню роботу, профілактику емоційного вигорання, формування мереж взаємопідтримки та розвиток цифрових платформ психологічної допомоги.

### **Література:**

1. Жигун Л. М., Берегова Н. П. Соціально-психологічна підтримка сімей військовослужбовців в Україні. *Психологічні студії*. 2022. № 3. С. 56–72. DOI: <https://doi.org/10.32405/2617-7118-2022-3-56-72>
2. Агаєв Н. А. Стратегії психологічної підтримки сімей військовослужбовців в умовах військового конфлікту. *Наукові праці НАН України*. 2021. № 5. С. 134–142. URL: DOI: <https://doi.org/10.15407/nipn2021.05.134>
3. Дідик Н. Ф. Соціально-психологічна підтримка членів родин військовослужбовців як чинник впливу на морально-психологічний стан бійця під час виконання завдань у зоні АТО. *Український психологічний журнал*. 2018. № 1(7). С. 41–57. DOI: <https://doi.org/10.5749/ukrpsychj.2018.1.07>
4. Дворник М. С. Психологічна допомога засобами електронної комунікації в кризових ситуаціях. *Психологія і особистість*. 2020. № 1(23). С. 172–183. URL: <https://psychologyjournal.com.ua/article/view/172>
5. Глазка Н. Д. Психологічна допомога родинам військових у кризових умовах. *Вісник психології та соціальної роботи*. 2021. № 2. С. 91–104. URL: [http://vpsrw.kiev.ua/2021/2\\_21/Article\\_Glazka.pdf](http://vpsrw.kiev.ua/2021/2_21/Article_Glazka.pdf)
6. Гуменюк О. В., Ковальчук Л. П. Адаптація та психометричні властивості багатомірної шкали соціальної підтримки (MSPSS) в українській вибірці. *Психологія і суспільство*. 2018. № 4(72). С. 112–125. URL: <https://psyandsojjournal.com.ua/article/view/125>
7. Прокоф'єва О. О., Кононенко О. І., Кононенко А. О., Базиленко К. П., Медянова О. В. Соціальна акомодация та життєстійкість як ресурси виживання в умовах війни. *Наукові інновації та передові технології. Серія «Психологія»*. 2023. № 11(25). С. 677–688. URL: <https://innotech-journal.com.ua/article/view/688>
8. Tsukrovych K.K., Otto A.R., Joiner T.E. Cognitive-behavioral therapy for PTSD in military personnel. *Journal of Clinical Psychology*. 2015. Vol. 71(12). P. 1136–1148. URL: DOI: <https://doi.org/10.1002/jclp.22266>
9. Sayer N.A., Friedemann-Sánchez G., Spont M., Murdoch M., Parker L.E., Chiros C., Rosenheck R. Qualitative study of PTSD treatment initiation among veterans. *Psychiatry*. 2017. Vol. 80(3). P. 201–217. URL: DOI: <https://doi.org/10.1080/00332747.2017.1309423>
10. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983. Vol. 24(4). P. 385–396. DOI: <https://doi.org/10.2307/2136404>

# ВИКЛИКИ СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я: СКАЗ – ІНФЕКЦІЯ ВОЄННОГО ЧАСУ

*Медведєва О.М., Трезуб П.О.*

*Харківський національний медичний університет, м. Харків*

**Вступ.** Війна створює унікальні умови для поширення інфекційних хвороб, які раніше контролювалися. Моніторинг епідемічної ситуації зі сказу залишається одним з пріоритетних напрямків у сфері громадського здоров'я. Сказ – це одна з найбільш летальних інфекцій людини, яка характеризується ураженням центральної нервової системи і 100 % смертністю. За даними ВООЗ робічна інфекція входить в число 5-ти найнебезпечніших зооантропонозів, що завдають величезні соціально-економічні збитки. Щорічно в світі помирають від сказу до 60 тисяч людей, з однією смертю кожні 15 хвилин. Також кожен рік гине більше 1 млн. тварин. Збитки від цього небезпечного захворювання становлять майже 4 млрд євро на рік.

Природні вогнища сказу існують по всій території України. Щороку від сказу помирає від 1 до 7 осіб. Епізоотична та епідемічна ситуація щодо сказу протягом 3-х років війни залишається складною. Після початку повномасштабного вторгнення офіційна статистика стала фрагментарною через втрату контролю над частиною територій, однак у прифронтових областях (Харківська, Запорізька, Дніпропетровська, Херсонська) фіксується збільшення випадків сказу серед тварин та зростання кількості звернень громадян після укусів тварин.

Через наслідки повномасштабного вторгнення істотно підвищилися ризики зараження на сказ, серед яких можна виділити наступні:

1. Міграція населення – переміщення людей в більш небезпечні регіони призвела до різкого збільшення чисельності покинутих домашніх тварин, які з часом перетворились на дичавілих безпритульних.

2. Відсутність вакцинації проти сказу у безпритульних тварин.

3. Неможливість проведення регулювання чисельності хижих тварин, які є джерелом сказу, відсутність пероральної вакцинації хижаків.

4. Збільшення кількості контактів диких тварин, в т.ч. і хворих на сказ, з домашніми та безпритульними, як результат міграції хижаків до населених пунктів через активні бойові дії.

5. Складність своєчасної доставки в лабораторії Держпродспоживслужби біологічного матеріалу тварин для проведення досліджень на сказ.

6. Обмеженість доступу людей, постраждалих від укусів тварин в зоні проведення активних бойових дій, до працюючого лікувального закладу для отримання антирабічної допомоги.

7. Пошкодження та руйнування приміщень закладів охорони здоров'я, які надавали антирабічну допомогу, нестача медичних кадрів.

8. Недостатня кількість антирабічних препаратів в закладах охорони здоров'я окремих регіонів України для надання кваліфікованої якісної допомоги постраждалим від укусів тварин.

Через частково зруйновану лабораторну базу ветеринарної медицини підтвердження випадків сказу у тварин стало складнішим. Багато випадків залишаються непідтвердженими або не реєструються офіційно. Лікування сказу після появи симптомів залишається неможливим, тому ключовою залишається екстрена постконтактна профілактика, яка включає:

- ретельне промивання рани мильною водою не менше 15 хвилин;
- обробку антисептиком (спиртовим розчином, перекисом водню);
- введення антирабічного імуноглобуліну(в разі необхідності);
- курс вакцинації за схемою 0–3–7–14–28 днів.

Наразі важливо проводити профілактичні заходи:

✓ Вирішення питання регулювання чисельності безпритульних тварин з метою зменшення ризиків розповсюдження рабічної інфекції серед людей.

✓ Створення мобільних ветеринарних бригад у зонах бойових дій.

✓ Моніторинг забезпеченості закладів охорони здоров'я антирабічними препаратами, своєчасність надання потреби в ІБП.

✓ Підвищення ефективності системи закупівлі антирабічних препаратів для людей і тварин.

✓ Створення єдиної бази даних пацієнтів, постраждалих від укусів тварин і проведення щеплення.

✓ Проведення інформаційних заходів щодо профілактики сказу шляхом розповсюдження у громадських місцях алгоритмів реагування на покус/ослинення тваринами (плакати, пам'ятки, листівки тощо), поширення в соціальних мережах.

✓ Включення в освітні програми закладів дошкільної та шкільної освіти навчальних матеріалів з питань профілактики сказу та правильного поводження з тваринами.

✓ Вдосконалення комунікацій між медичним і ветеринарним секторами, цивільної та військової ланок медицини, залучення місцевих органів виконавчої влади для впровадження профілактичних заходів зі сказу.

✓ Залучення міжнародних партнерів до постачання вакцин і ветеринарних препаратів.

З метою покращення епізоотичної та епідеміологічної ситуації з рабічної інфекції протягом 2024 року фахівцями МОЗ, Центру громадського здоров'я, Центрів контролю та профілактики хвороб МОЗ, Держпродспоживслужби, міжнародних організацій: ВООЗ, Глобальний альянс з контролю сказу (GARC), Продовольча та сільськогосподарська організація ООН (FAO) була напрацьована Державна Стратегія та операційний план з ліквідації сказу серед людей на території України до 2030 року. Стратегія спрямована на зменшення кількості випадків сказу в Україні і ґрунтується на міжнародних стандартах, зокрема, на Глобальній стратегії «0 до 30», тобто 0 випадків сказу серед людей до 2030 року, покрокового переходу країни від ендемічного стану до країни безпечної відносно сказу. Стратегія передбачає комплекс заходів, які включають розробку національних протоколів для профілактики і лікування гідрофобії серед людей, вакцинацію тварин, підвищення обізнаності населення щодо профілактики хвороби, реалізацію програми моніторингу та управління ризиками, також налагодження міжвідомчої взаємодії в рамках «Єдине здоров'я». Затвердження даної Стратегії і операційного плану та їх реалізація надасть можливість нашій країні, навіть в умовах проведення бойових дій, досягти елімінації – зниження поширеності сказу серед тварин та ліквідації захворювання у людей.

### **Висновки:**

1. В умовах війни сказ залишається реальною загрозою життю та здоров'ю населення.

2. Недостатній контроль за тваринами, знищення інфраструктури та дефіцит вакцин погіршують епідемічну ситуацію.

3. Найефективнішим методом боротьби є масова вакцинація тварин і екстрена профілактика у людей після укусів.

4. Необхідно посилити державну програму «Єдине здоров'я», забезпечити міжсекторальну співпрацю між медичною, ветеринарною та військовою сферами.

5. Участь міжнародних партнерів та волонтерських організацій є критично важливою для забезпечення антирабійними препаратами, інформаційної підтримки та навчання кадрів.

6. Запобігання сказу – це не лише медичне, й гуманітарне завдання, яке має бути пріоритетом навіть у воєнний час.

#### **Література:**

1. World Health Organization. Rabies: Epidemiology and Prevention Strategies, 2024.

2. OIE (World Organisation for Animal Health). Global Rabies Control Program Report, 2023.

3. МОЗ України. Про удосконалення заходів профілактики захворювань людей на сказ, Наказ від 15.04.2004 №205.

4. Мінсільгоспрод України. Інструкція про заходи щодо боротьби зі сказом тварин, Наказ від 15.03.1994 №5.

5. FAO & WHO. Zero by 30: The Global Strategic Plan to End Human Deaths from Dog-Mediated Rabies by 2030, Geneva, 2022.

6. Держпродспоживслужба України. Аналітичний звіт про стан сказу в Україні, 2024.

7. Статистичні дані з сайту ДУ «ЦГЗ МОЗ України», 2024–2025.

## **МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ОХОПЛЕННЯ РОМСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ ВАКЦИНАЦІЄЮ В ГРОМАДАХ**

***Ревть Н.Ф., Подпрядова А.А.***

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

**Вступ.** Вакцинація є одним із ключових інструментів громадського здоров'я, спрямованих на попередження інфекційних хвороб, зменшення рівня захворюваності та смертності. Однак на території України, зокрема у Закарпатській області, спостерігається низьке охоплення щепленнями серед ромського населення. Цей феномен має, як медичні, так і соціальні причини, що потребує комплексного аналізу для вироблення ефективних підходів до подолання проблеми.

#### **Медичні аспекти проблеми.**

1. Роми становлять велику соціально вразливу групу населення, значна частина якої не має системного доступу до медичних послуг.

2. Відсутність регулярного спостереження за станом здоров'я та недостатній рівень планової імунопрофілактики знижують колективний імунітет у громадах.

3. Часто реєструються випадки відмови або несвоєчасного проведення щеплень у дітей, що сприяє збереженню ризику спалахів керованих інфекційних хвороб (кір, епідемічний паротит, поліомієліт).

4. Недостатня інформованість про користь вакцинації та міфи щодо побічних ефектів формують негативне ставлення до імунопрофілактики.

#### **Соціальні аспекти.**

1. Значна частина ромського населення проживає у віддалених громадах та компактних поселеннях без благоустрою та доступу до якісної питної води, що збільшує загальний рівень захворюваності.

2. Відсутність документів у частини ромів ускладнює офіційну реєстрацію дітей та їх включення у щеплювальні списки.

3. Низький рівень освітньої підготовки обмежує можливості розуміння важливості профілактичних заходів.

4. Недостатня співпраця між закладами охорони здоров'я, соціальними службами та місцевим самоврядуванням призводить до низької ефективності реалізації державних програм імунопрофілактики.

**Медико-соціальні наслідки** низького рівня вакцинації ромського населення:

– Підвищений ризик виникнення локальних спалахів інфекційних хвороб у компактних поселеннях.

– Загроза поширення інфекцій серед усього населення громади, включно з іншими соціальними групами.

– Збільшення економічного навантаження на систему охорони здоров'я через лікування ускладнень та госпіталізації.

– Поглиблення соціальної ізоляції ромського населення через стигматизацію у разі виникнення спалахів.

#### **Шляхи вирішення проблеми:**

1. Проведення цільових інформаційно-просвітницьких кампаній серед ромських родин із залученням лідерів громад.

2. Організація мобільних виїзних бригад для здійснення щеплень у місцях компактного проживання ромів.

3. Співпраця між медичними закладами, органами місцевого самоврядування, громадськими організаціями та освітніми установами.

4. Впровадження системи мотиваційних заходів для підвищення рівня довіри до вакцинації (інформаційні зустрічі, робота амбасадорів здоров'я, приклади успішних кейсів).

5. Розширення державних програм імунопрофілактики із урахуванням соціально вразливих груп.

**Висновки.** Проблема низького охоплення ромського населення вакцинацією є комплексною і вимагає інтегрованого підходу. Поєднання медичних та соціальних інструментів дозволить підвищити рівень імунізації, знизити ризику поширення інфекцій та забезпечити захист як ромської громади, так і всього населення.

#### **Література:**

1. Національний календар профілактичних щеплень в Україні (Наказ МОЗ України № 595 від 16.09.2011 р., зі змінами).

2. Міністерство охорони здоров'я України. Аналітичні матеріали з охоплення профілактичними щепленнями (2023–2024).

3. WHO. Immunization Agenda 2030: A Global Strategy to Leave No One Behind. Geneva: World Health Organization, 2020.

4. Черноусов А., Щербань С. Безпека ромського населення: результати дослідження в Одеській та Закарпатській областях : звіт за результатами соціологічного дослідження. Харків : Харківський інститут соціологічних досліджень. 2017. 74 с.

5. European Centre for Disease Prevention and Control. Vaccination and vulnerable groups: Roma communities in Europe. Stockholm: ECDC, 2021.

6. Мельник С. В., Ковальчук Л. В. Медико-соціальні аспекти імунопрофілактики в Україні. Київ: Здоров'я, 2022.

## **ВИКЛИКИ ТА МОЖЛИВОСТІ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО ТУРИЗМУ В УКРАЇНІ ДЛЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВЕТЕРАНІВ**

*Поступна О.В.<sup>1</sup>, Бурма А.П.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Державний університет економіки і технології, м. Кривий Ріг, Україна  
<sup>2</sup>Національний університет цивільного захисту України, м. Черкаси, Україна*

В умовах сучасних військових конфліктів, що призводять до значної кількості травм, як фізичних, так і психологічних, реабілітація військовослужбовців та ветеранів стає одним з найгостріших соціальних та медичних викликів для України. Наявна система охорони здоров'я, попри всі зусилля, не завжди може забезпечити повний спектр послуг для такої великої кількості людей, які потребують тривалого та комплексного відновлення [1]. Це створює нагальну потребу в пошуку нових, більш ефективних підходів. Саме в цьому контексті медичний туризм набуває нового, стратегічного значення. Цей напрямок відкриває для України унікальні можливості для позиціонування себе як регіонального центру реабілітації завдяки низці факторів, зокрема: українські лікарі, фізіотерапевти та психологи, які працюють з військовими вже понад десять років, набули безцінного досвіду в лікуванні складних бойових травм, протезуванні та роботі з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Цей досвід є унікальним і може бути затребуваним у світі. Крім того, в Україні функціонують потужні медичні освітні центри, які готують фахівців на рівні, що відповідає міжнародним стандартам, що створює кадровий потенціал для розвитку спеціалізованих реабілітаційних послуг; вартість медичних послуг в Україні є значно нижчою порівняно з країнами Європейського Союзу, США чи Ізраїлем, що робить послуги реабілітації доступними для іноземних військовослужбовців та ветеранів, що можуть звертатися до України в рамках програм медичного туризму. Водночас, Україна багата на природні ресурси, такі як мінеральні води, лікувальні грязі та кліматичні умови, які можуть бути використані для санаторно-курортного лікування та відновлення військовослужбовців та ветеранів. Таким чином, медичний туризм може стати не лише джерелом залучення іноземної валюти, й ключовим інструментом для системного вирішення проблеми реабілітації українських та іноземних військовослужбовців, забезпечуючи їм якісне та доступне відновлення. Проте, попри значний потенціал, розвиток медичного туризму для реабілітації військовослужбовців в Україні стикається з низкою серйозних викликів, які вимагають системного вирішення.

Зокрема, першим і одним із найважливіших викликів є стан законодавчого та регуляторного поля. Наразі в Україні відсутня чітка законодавча база, яка б комплексно регулювала медичний туризм. Це створює юридичні ризики як для медичних закладів, так і для іноземних пацієнтів [2]. Зокрема, існують прогалини у: стандартизації послуг – необхідно розробити та затвердити єдині державні стандарти для реабілітаційних послуг, що надаються військовослужбовцям, особливо тим, які приїжджають з-за кордону (це має охоплювати як медичні, так і психологічні аспекти); правовому статусі – юридичний статус іноземних пацієнтів, особливо військових, їхні права та обов'язки, також правові механізми захисту медичної інформації, потребують детального врегулювання; фінансові бар'єри – інноваційна реабілітація потребує значних інвестицій. Однак, існує проблема з недостатнім фінансуванням та відсутністю ефективних механізмів для залучення приватного капіталу; обмеженості бюджетних коштів – державного фінансування не завжди достатньо для будівництва нових центрів та закупівлі високотехнологічного обладнання; низькій інвестиційній привабливості – відсутність податкових пільг та інших стимулів для інвесторів стримує бізнес від вкладення коштів у сферу реабілітації.

Окрім законодавчих та фінансових проблем, серйозною перешкодою є також стан інфраструктури та матеріально-технічної бази. Більшість українських реабілітаційних центрів не відповідає сучасним міжнародним стандартам. Для залучення іноземних пацієнтів потрібно: модернізувати існуючі заклади (закупити сучасне обладнання, забезпечити безбар'єрність та створити комфортні умови для пацієнтів); будувати нові центри (створювати спеціалізовані центри, які б пропонували повний спектр реабілітаційних послуг, від фізичної терапії до психологічної допомоги); підготувати медичні кадри (хоча українські спеціалісти мають великий досвід, існує потреба в їхньому додатковому навчанні та сертифікації); організувати відповідне навчання кадрів (необхідно розробити спеціалізовані освітні програми для лікарів, фізіотерапевтів, ерготерапевтів та психологів, які б враховували специфіку військових травм); провести сертифікацію (міжнародна сертифікація медичних закладів та їхнього персоналу стане важливим інструментом для підвищення довіри та залучення іноземних пацієнтів).

Всі зазначені вище виклики є взаємопов'язаними і вимагають комплексного, системного підходу для їх подолання. Для цього, подолання викликів, пов'язаних із розвитком медичного туризму для реабілітації військовослужбовців, потребує системного та багатогранного підходу, який поєднує державні зусилля з ініціативами приватного сектору та міжнародною співпрацею. Одним з ключових механізмів є державно-приватне партнерство (далі – ДПП), адже держава самостійно не зможе забезпечити необхідний обсяг інвестицій. Тому ДПП є ключовим механізмом для залучення інвестицій (приватний бізнес може інвестувати в будівництво та оснащення нових реабілітаційних центрів, що дозволить швидко наростити потужності без значного навантаження на державний бюджет) та підвищення ефективності (приватні партнери приносять із собою сучасні управлінські практики, що сприятиме підвищенню якості та швидкості надання послуг).

Окрім фінансових аспектів, не менш важливим є створення сприятливого правового поля. Цей процес включає розробку спеціалізованих законів (закони мають врегулювати всі аспекти медичного туризму, включаючи ліцензування реабілітаційних центрів, страхування пацієнтів, та захист їхніх прав),

також гармонізацію з міжнародними нормами, щоб привести українське законодавство у відповідність до міжнародних стандартів, особливо щодо лікування та реабілітації. Додатково до внутрішніх реформ, співпраця з міжнародними партнерами може значно прискорити процес. Це стосується не лише фінансової підтримки, й обміну досвідом та найкращими практиками з країнами, що мають розвинену систему реабілітації ветеранів (наприклад, Ізраїль, США). Також це відкриває можливості для залучення грантів та програм для фінансування досліджень, навчання та модернізації інфраструктури. Для того, щоб реалізувати ці можливості та залучити іноземних пацієнтів, необхідний ефективний маркетинг та популяризація. Щоб активно просувати Україну на міжнародному ринку медичних послуг, варто зосередитися на інформаційних кампаніях (проводити рекламні кампанії, забезпечити участь у міжнародних медичних виставках і форумах) та створенні єдиного інформаційного порталу (розробити онлайн-платформи з інформацією про реабілітаційні центри, актуальні ціни, доступні послуги та відгуки пацієнтів).

Впровадження цих шляхів дозволить не лише подолати існуючі виклики, й перетворити Україну на лідера в сфері реабілітації військовослужбовців, сприяючи соціальному, економічному та політичному розвитку країни. Саме тому успішне впровадження медичного туризму для реабілітації військовослужбовців може принести Україні значні позитивні результати, які матимуть довгостроковий вплив на соціальну, економічну та політичну сфери.

Розглянемо більш детально *соціальний ефект* від цих змін. Насамперед, надання високоякісної, сучасної реабілітації допоможе військовослужбовцям та ветеранам швидше відновити фізичне та психологічне здоров'я, що є ключовим для їхньої реінтеграції в суспільство та повернення до повноцінного життя. Крім того, успішні кейси реабілітації та впровадження інноваційних практик підвищать довіру населення до медичної системи, демонструючи її ефективність та здатність відповідати на найскладніші виклики. Додатковим важливим аспектом є *соціальна адаптація*. Комплексна реабілітація, що включає психологічну допомогу та соціальну адаптацію, сприятиме зменшенню рівня ПТСР та інших психологічних проблем, що є вкрай важливим для стабільності суспільства.

Окрім позитивного соціального впливу, розвиток медичного туризму для реабілітації також матиме значний *економічний ефект*. Залучення іноземних пацієнтів-військовослужбовців перетворить реабілітаційні послуги на значний сектор експорту, що сприятиме притоку іноземної валюти в країну. Це стимулюватиме зростання суміжних галузей, таких як готельний бізнес, транспортні послуги, сфера послуг та розваг, що призведе до створення нових робочих місць для медичного та обслуговуючого персоналу. Більш того, успішні проєкти в цій сфері продемонструють *інвестиційний потенціал України*, залучаючи нових інвесторів для розвитку інфраструктури та технологій. Крім того, значні переваги очікуються на міжнародному рівні. Розвиток цього напрямку матиме потужний політичний ефект. Він сприятиме посиленню міжнародного іміджу, адже Україна може позиціонувати себе як лідер у сфері військової реабілітації. Це продемонструє здатність країни не лише захищати свої кордони, й впроваджувати інноваційні та гуманні підходи в медицині. Також надання реабілітаційних послуг іноземним військовослужбовцям може стати інструментом так званої «м'якої сили», сприяючи зміцненню дипломатичних

зв'язків та поглибленню співпраці з країнами-партнерами. Досвід України в цій сфері може слугувати прикладом для інших держав, що стикаються з подібними викликами, пов'язаними з наслідками військових конфліктів.

### **Література:**

1. Подзіров А. О. Організаційно-правове забезпечення розвитку медичного туризму в Україні : монографія / за наук. ред. В. І. Теремецького. Київ: НДІ ППіП НАПрН України, 2024. 242 с.

2. Тишко Д. Ф. Державна політика забезпечення розвитку медичного туризму : монографія. Житомир: ТОВ «Видав. дім «Бук-ДРУК», 2024. 300 с.

## **УЛАМКОВІ УРАЖЕННЯ ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ ПІД ЧАС ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ ТА ЗАЛУЧЕНІСТЬ ХІРУРГА ДО НАВЧАННЯ ГРОМАДСЬКОСТІ**

***Бойко В.В., Ріга А.С.***

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Тривалі воєнні дії на території України призводять до безлічі травматизації не лише військових, й цивільного мирного населення. Для громадського здоров'я в Харківській області вони мають особливе значення, адже стосуються бойових дій в області та місто Харків розташоване біля лінії фронту [1].

Серед всіх видів поранень та пошкоджень є уламкові металеві та неметалеві ураження [2]. Особливою економічною складовою є те, що поранення можуть спостерігатися серед дітей (майбутніх платників податку), молодих працездатних людей. Такі поранення є тягарем для системи охорони здоров'я, оскільки спостерігаються високі витрати на лікування, реабілітацію й протезування. Економічні витрати також спостерігаються при набутій інвалідності внаслідок уламкових поранень, втраті працездатності, втраті «ресурсності» людини порушеннях ментального здоров'я: посттравматичному стресовому розладі та депресії, які потребують довготривалого лікування [3].

Якщо статистика уламкових поранень серед військових може бути секретною інформацією, то статистика уламкових поранень серед цивільних може бути відкритою інформацією або для громадськості з метою уваги на власну безпеку, або частково відкритою для фахівців (хірургів, травматологів, психологів, представників громадського здоров'я тощо) з метою аналізу випадків уламкових поранень та планування дій.

Дії держави цілком широко впроваджено щодо профілактики уламкових поранень (сповіщення сигналами тривоги, плакати, створення укриття, ЗМІ), але роль хірурга в цьому процесі не окреслена остаточно. Тому ми з урахуванням досвіду хотіли б підняти дискусію стосовно цього питання [4, 5]. Організаційними заходами можуть бути навчання в громадах населення за участю лікарів-хірургів, саме, навчання населенню самопомоги та допомоги іншим. Оскільки уламкові поранення можуть супроводжуватися такими ускладненнями, як шок, кровотечі, інфікування ран, навчання населення має включати й ці питання. Особливо пам'ятати, що ці дії можуть бути застосовані ще до приїзду служби «103». Залученість лікаря-хірурга може бути й для навчання населення заходами самопомоги з використання турнікетів,

асептичних оклюзивних пов'язок, бандажів, тампонування ран, правил транспортування поранених з різномірними тілами, які повинні вилучатися лише в умовах стаціонару. Створення постерів, листівок, відеороликів, експрес-уроків для населення може включати всі вище означені заходи з методикою надання екстреної медичної самопомоги.

Ще одним проблемним питанням є знеболення під час ураження уламками [6]. Ми вважаємо, що місією громадського здоров'я є також покращення інформації щодо індивідуальних аптечок для кожного громадянина Харківської області із знеболюючими засобами та засобами для первинної обробки рани.

Лікарі-хірурги можуть також надавати пояснення для громадськості щодо розвитку ризиків уламкових уражень, такі як кровотечі, інфікування, ампутації, міграція до життєво важливих органів.

Зазвичай, в громадах лікар-хірург має повагу та авторитет, оскільки сам має реальний досвід лікування уламкових поранень, тому є надійним джерелом інформації. Лікар-хірург також може адаптувати новітні наукові та клінічні знання для широких верств населення. Це в свою чергу сприяє підвищенню готовності громадськості до викликів. Отже, роль лікаря-хірурга полягає в тому, що він у воєнний час має не лише клінічну роль, й просвітницьку роль в якості медичного експерта для суспільства.

#### **Література:**

1. Chumachenko D, Chumachenko T. Ukraine war: The humanitarian crisis in Kharkiv. *BMJ*. №376. С. 796. doi: 10.1136/bmj.o796.

2. Petrone P, Dagnesses-Fonseca JO, Marín-García J, McNelis J, Marini CP. Principles of wound ballistics and their clinical implications in firearm injuries. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2025 № 51(1). С. 101. doi: 10.1007/s00068-025-02777-y.

3. Vintilă M, Kalaitzaki A, Turliuc MN, Goian C, Tudorel OL. Editorial: The war in Ukraine: impact on mental health on a global level. *Front Psychol*. 2023. №14.C.1226184. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1226184.

4. Riga A. One Surgeon's Experience During Armed Conflict in Ukraine. *Narrat Inq Bioeth*. 2023; №13(3). С. 174–176. doi: 10.1353/nib.2023.a924186.

5. Riga A. Features of the application of a magnet for the surgical treatment of the fire fragment wounds of the thigh and buttocks. Clinical case. *East Ukr Med J*. 2024. № 12(3). С. 559–566.

6. Morozova O, Ivanchuk I, Gvozdetzka O, Nesterova O, Skala P, Kuzin I, Dumchev K. Treatment of opioid use disorder in Ukraine during the first year of the Russia-Ukraine war: Lessons learned from the crisis. *Int J Drug Policy*. 2023 Jul;117:104062. doi: 10.1016/j.drugpo.2023.104062.

## **DEFINITION OF A SET OF MEASURES TO IMPROVE THE QUALITY OF LIFE OF YOUNG PEOPLE WHO HAVE BECOME ADDICTED TO SMOKING, ALCOHOL AND DRUGS**

***Pomohaibo K.G., Podpriadova A.A., Nesterenko V.G.***  
*Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

The problem of tobacco, alcohol, and drug addiction among young people is one of the most pressing medical and social challenges facing modern society.

The development of addictions in adolescence and young adulthood leads not only to deteriorating physical and mental health but also to decreased social adaptation, loss of ability to work, and a deterioration in quality of life. According to the WHO, approximately 15–20 % of young people under 25 show signs of substance dependence, necessitating the development of comprehensive measures for prevention, treatment, and social rehabilitation.

A range of interventions aimed at improving the quality of life of young people with addictions to tobacco, alcohol, and drugs should include medical, psychological, social, and educational components. Medical care should focus on detoxification, physical health restoration, and the treatment of mental health issues. Substitution therapy programs, individual and group counseling, and cognitive behavioral therapy are effective.

Psychological support plays a key role in rehabilitation. Young people need to restore their self-esteem, develop motivation for a healthy lifestyle, and increase their resilience. Psychological support programs should be implemented with the involvement of psychotherapists, social workers, and teachers.

Social rehabilitation includes measures to restore social status, employment, and engagement in community service. The establishment of social adaptation centers, support from local communities, and participation in volunteer programs facilitate the return of young people to active life.

Educational programs and preventative efforts should be aimed at increasing knowledge about the harms of psychoactive substance use, fostering healthy attitudes, and developing skills to resist social pressure. An important area is the use of modern digital technologies, online consultations, and mobile apps for psychological support and health monitoring [1–5].

**Conclusion.** A comprehensive set of measures to improve the quality of life of young people suffering from addictions must be interdisciplinary, encompassing medical, psychological, and social-educational aspects. The effectiveness of these measures depends largely on the early detection of addictions, a personalized approach to each patient, and the active participation of the state and society in prevention. Only an integrated approach can ensure sustainable remission and improve the quality of life of this population.

#### **References:**

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2023. Geneva: WHO Press, 2023.
2. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). National Survey on Drug Use and Health 2022. U.S. Department of Health and Human Services, 2023.
3. Volkow N.D., Blanco C. The changing face of addiction: modern challenges and public health strategies. *The Lancet Psychiatry*, 2022; 9(7): 563–576.
4. Rehm J., Shield K.D., Manthey J. et al. Global burden of disease and injury attributable to alcohol and drug use in 2020. *Addiction*, 2022; 117(4): 1024–1040.
5. Calvo E., Gómez-Benito J., et al. Quality of life and recovery in young adults with substance use disorders: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2021; 30(5): 1218–1232.

# HOW OFTEN HEALTHCARE PRACTITIONERS MONITOR CANCER RISK FACTORS AMONG THEIR PATIENTS AND HOW OFTEN ARE THEY IMPACTED BY THE SAME RISK FACTORS

*Semenov V.V.<sup>1</sup>, Kriachkova L.V.<sup>1</sup>, Ustymchuk O.V.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Dnipro State Medical University, Dnipro, Ukraine*

*<sup>2</sup>Dnipro Regional Council, Dnipro, Ukraine*

**Introduction.** Cancer is one of the most impactful causes of death worldwide [1]. One of the most powerful ways to control cancer incidence and mortality is to reduce the burden of cancer risk factors [2]. The aim of the study was to investigate the frequency of monitoring cancer risk factors among patients by healthcare practitioners and to assess the frequency of impact of the same cancer risk factors on the healthcare practitioners in the study.

**Methods.** We analysed the results of questionnaire of 34 healthcare practitioners. Using the questionnaire the authors checked if the healthcare practitioners monitor cancer risk factors among their patients in their routine practice, and if the healthcare practitioners themselves are impacted by the same cancer risk factors.

**Results.** 29 (85.3 %) respondents claimed that they monitor cancer risk factors among their patients regularly. The most frequently the healthcare practitioners monitored their patients with regard to smoking (27 (93.1 %)) and obesity (23 (79.3 %)), the least frequently – with regard to their level of physical activity (13 (44.8 %)) and risks of environmental pollution (11 (37.9 %)).

27 (79.4 %) respondents reported the impact of at least one of the studied cancer risk factors on themselves. The most frequently reported issues by healthcare practitioners were lack of physical activity (21 (77.8 %)), environmental pollution (19 (70.4 %)) and poor nutrition (17 (63.0 %)).

**Discussion.** Healthcare practitioners are playing a major role in promoting healthy behaviours of the population. Therefore the attitude to cancer risk factors by healthcare practitioners themselves might be a potential point of action for the future interventions in cancer primary prevention. It is quite remarkable that the healthcare practitioners in the study more frequently monitored risk factors that were not affecting themselves.

**Conclusions.** The healthcare practitioners in the study regularly monitored their patients with regard to cancer risk factors that were causing the least issues to the healthcare practitioners (smoking, obesity and alcohol consumption). A suboptimal frequency of monitoring modifiable cancer risk factors (alcohol consumption, HPV/HBV vaccination, insufficient physical activity) was identified.

## **References:**

1. Dattani S, Spooner F, Ritchie H, Roser M. Causes of Death. Our World Data [Internet]. [cited 2025 Sep 16]; Available from: <https://ourworldindata.org/causes-of-death>

2. World Health Organization. [Internet]. [cited 2025 Sep 16]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

# ORGANIZATION OF MEDICAL CARE DURING HOSTILITIES UKRAINIAN AND WORLD EXPERIENCE

*Orel O.V.<sup>1</sup>, Orel M.O.<sup>2</sup>*

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

*<sup>2</sup>Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine*

**Introduction.** Military conflicts are a powerful challenge for the health care system as they create emergency conditions for medical care, limit resources and increase the need for emergency medical activities. In Ukraine, a war continues, accompanied by mass losses among civilians and the military. World experience (Israel, USA, NATO) demonstrates effective models of organization of medical care in combat, which can be adapted to Ukrainian realities.

The aim of the work was to study the peculiarities of the organization of medical care during hostilities in Ukraine and to analyze the world experience to find the best solutions.

**Materials and Methods.** Analysis of scientific publications, international protocols (NATO, WHO, ICRC) and normative documents of Ukraine in the field of health care for 2014–2025.

**Results and Conclusions.** In the context of hostilities in Ukraine, a multilevel medical evacuation system is gradually formed, at the center of which lies the principle of «golden hour», which provides for emergency care in the shortest possible time after the injury. One of the modern decisions was the introduction of telemedicine, which allows remote consultations for doctors in the frontal areas. An important area of development is the expansion of tactical medicine not only among military personnel, but also among civilians, which significantly increases the chances of survival of the victims. At the same time, significant problems remain: a shortage of qualified personnel, the limited material and technical resources and the destruction of medical infrastructure.

Israel's experience demonstrates the importance of rapid stabilization of the wounded condition at the pre-hospital stage and the use of a centralized alert system to coordinate the actions of medical services. In the US, the principle of Damage Control Surgery is effectively used, a step-by-step surgery that is combined with the integration of military and civilian health care systems. NATO countries have developed standardized assistance algorithms (NATO Medical Support Doctrine), which regulate all stages in detail – from stabilizing the patient's condition to its evacuation and specialized treatment.

Comparison of Ukrainian and world experience shows that the combination of international practices with national opportunities can increase the efficiency of organizing medical care. Adaptation of such approaches optimizes the use of resources, helps to increase the survival of the wounded and reduce the frequency of complications, which is a key task of the health care system in the conditions of military challenges.

**Conclusions.** Organization of medical care during the war requires a systematic approach: from training and mobility of medical units to integration of military and civilian health care. The Ukrainian experience has shown the effectiveness of adaptation of international protocols, but there is a need to strengthen the material and technical base and strengthen the personnel potential. The use of world experience (NATO, USA, Israel's Models) in combination with its own experience will allow you to build a stable medical care system under military challenges.

### References:

1. NATO Standardization Office. NATO Medical Support Doctrine. 2019. Available: [https://www.coemed.org/files/stanags/01\\_AJP/AJP-4.10\\_EDC\\_V1\\_E\\_2228.pdf](https://www.coemed.org/files/stanags/01_AJP/AJP-4.10_EDC_V1_E_2228.pdf) [in English]
2. Drew B, Montgomery HR, Butler FK Jr. Tactical Combat Casualty Care (TCCC) Guidelines for Medical Personnel: 05 November 2020. *J Spec Oper Med*. 2020 Winter;20(4):144-151. doi: 10.55460/RBRA-WMWV. PMID: 33320328.
3. Стандарт медичної допомоги «Оцінка та лікування головного болю після стусу головного мозку/легкої черепно-мозкової травми: керівництво для фахівців первинної медичної допомоги (бойова травма)». Затверджений Наказом МОЗ України № 856 від 22.05.2025 Доступно на: [https://moz.gov.ua/storage/uploads/81050d97-ebb9-4bdc-98f1-6b32c8bd2601/dn\\_856\\_22052025\\_dod.pdf](https://moz.gov.ua/storage/uploads/81050d97-ebb9-4bdc-98f1-6b32c8bd2601/dn_856_22052025_dod.pdf).
4. Стандарт медичної допомоги «Оцінка та лікування порушень сну після стусу мозку/ легкої черепно-мозкової травми: рекомендації для керівника первинної медичної допомоги (бойова травма)». Затверджений Наказом МОЗ України № 856 від 22.05.2025 Доступно на: [https://moz.gov.ua/storage/uploads/81050d97-ebb9-4bdc-98f1-6b32c8bd2601/dn\\_856\\_22052025\\_dod\\_2.pdf](https://moz.gov.ua/storage/uploads/81050d97-ebb9-4bdc-98f1-6b32c8bd2601/dn_856_22052025_dod_2.pdf)

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

## ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ВІЛ-ІНФІКОВАНИМ ЯК ЗАДАЧА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

**Помогайбо К.Г., Овчарова В.С.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Захворювання на ВІЛ-інфекцію/СНІД в Україні залишається серйозною медико-соціальною проблемою. За офіційними даними Центру громадського здоров'я МОЗ України, на 1 листопада 2023 року в країні зареєстровано 158 803 осіб, які живуть з ВІЛ. Лише за 2023 рік виявлено 9 769 нових випадків інфікування (переважно статевим шляхом інфікування), серед вперше встановлених випадків ВІЛ-інфекції, 2 738 хворим діагностовано СНІДом, 1 198 випадків захворювання СНІДу завершилися смертю. За оцінками експертів, близько 25 % ВІЛ-позитивних українців не знають про свій ВІЛ-статус. Такий рівень поширеності ВІЛ (приблизно 1 % дорослого населення) – один із найвищих у Європі. Ця ситуація підкреслює необхідність комплексної відповіді системи громадського здоров'я, що поєднує профілактику, діагностику, лікування, медичний догляд та широку соціальну підтримку ВІЛ-інфікованих.

Епідемія ВІЛ в Україні триває понад 30 років. За офіційними даними ЦГЗ, у липні 2025 року близько 83 % нових випадків ВІЛ в Україні було інфіковано статевим шляхом, ~15 % – через вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. Географічно епідемія концентрується в східних і південних регіонах (Харківська, Дніпропетровська, Одеська, Миколаївська, Донецька області та м. Київ), де показники поширеності в 2–3 рази вищі загалом по країні.

Рівень смертності від СНІДу залишається високим: у 2023 році від ВІЛ/СНІДу померло майже 1,2 тисячі людей. З початком повномасштабного вторгнення 2022 р. у зв'язку з міграцією значна частина ВІЛ-позитивних людей перемістилася до інших регіонів України або за кордон. Цим створено додаткові виклики щодо безперервності лікування: наразі в Україні понад 121,8 тис. людей отримують АРТ.

Захворювання на ВІЛ/СНІД має багатовимірний вплив на суспільство і на систему охорони здоров'я. Медичний тягар проявляється в потребі довічного прийому терапії десятків тисяч людей, зростанні випадків опортуністичних інфекцій та інших супутніх захворювань, що суттєво навантажує систему охорони здоров'я. За оцінками, лікування та підтримка ВІЛ-інфікованих вимагають значних бюджетних ресурсів (безперерйне забезпечення АРТ, постійний лабораторний моніторинг, профілактичні програми, соціальну допомогу тощо).

Одним із найбільших викликів є соціальна стигматизація й дискримінація ВІЛ-інфікованих. Незважаючи на наявність законодавчої заборони дискримінації, у суспільстві залишаються упередження, через які хворі часто уникають тестування або приховують свій ВІЛ-статус. Стигма підвищує психологічне навантаження, призводить до соціальної ізоляції, втрати роботи чи побутових труднощів, сприяє пізній діагностиці та зниженню прихильності до лікування.

Демографічно ВІЛ-інфекція/СНІД вражає молоді та працездатні верстви населення. В Україні понад три чверті ВІЛ-інфікованих пацієнтів належать до вікової групи 25–49 років. Щорічно від СНІДу помирають понад тисячу людей працездатного віку, що посилює й без того негативні демографічні тренди (низька народжуваність, міграція, воєнні втрати).

Боротьба з ВІЛ/СНІДом є одним з ключових завдань громадського здоров'я. Такий підхід передбачає захист здоров'я популяції через профілактику, раннє виявлення, належне лікування і підтримку пацієнтів, також формування дружнього середовища для людей з ВІЛ. Система громадського здоров'я виконує кілька ключових функцій: профілактика нових випадків – знижуються масштаби передачі інфекції за рахунок інформаційно-просвітницьких кампаній, програм зменшення шкоди (обмін шприців, роздача презервативів) та біомедичних методів (пре- та постконтактна профілактика). Також активно здійснюється профілактика вертикальної трансмісії: усі вагітні жінки зобов'язані проходити діагностику ВІЛ, ВІЛ-експонованим дітям призначається профілактика новонароджених; діагностика і лікування – за стратегією «тестуй і лікуй» (Test and Treat) кожен ВІЛ-позитивний має дізнатися про свій статус якомога раніше та негайно розпочати АРТ. Сьогодні в Україні кожна людина з діагнозом ВІЛ гарантовано має право на безоплатне АРТ. Наразі близько 121,8 тисячі українців отримують АРТ. Головні завдання – нарощувати тестування (особливо у первинній ланці охорони здоров'я); догляд і підтримка – українське законодавство визначає, що люди, які живуть з ВІЛ, мають право на отримання психологічної, соціальної та правової допомоги. Здійснюються післятестове і кризове консультування, групова психотерапія. Медико-соціальна підтримка включає консультування з дотримання режиму прийому препаратів, захист прав пацієнтів та ін. Держава забезпечує «профілактику, лікування, догляд і підтримку» для ВІЛ-інфікованих та попереджає будь-яку їх дискримінацію. Таким чином, спільно з медичними закладами та НУО система громадського здоров'я координує комплекс послуг і стандартизує їх надання.

Крім того, Україна інтегрувала свою стратегію ВІЛ/СНІД до глобальних цілей: уряд затвердив Державну стратегію протидії ВІЛ до 2030 року, що враховує ініціативи UNAIDS (цілі 95–95–95). Важливими є міжсекторальні заходи: наприклад, в Україні впроваджено замісну підтримувальну терапію для наркозалежних.

Досвід провідних країн демонструє низку ефективних підходів. *По-перше*, залучення самих спільнот ВІЛ-позитивних («peer support») є загальносвітовою практикою: наприклад, у США і Європі існують програми «buddy» для нових пацієнтів. Цей підхід підвищує прихильність до лікування і знижує втрати пацієнтів на ранніх етапах. *По-друге*, масштабне децентралізоване тестування (мобільні клініки в сільській місцевості, ініціативи самотестування) взято з практики африканських та азійських країн і поступово впроваджується в Україні. *По-третє*, концепція «Лікування як профілактика» (Treatment as Prevention) і принцип «U=U» (невизначуване вірусне навантаження = непередаване).

В Україні створено розгалужену систему медико-соціальної підтримки ВІЛ-інфікованих. Законодавчо гарантовано доступ до профілактики, лікування й допомоги. Неперервність терапії в умовах війни підтримують міжнародні партнери: укладені угоди з ЄС про постачання препаратів, налагоджені телемедичні консультації та доставка препаратів поштовими операторами.

Проте є виклики. У деяких областях доступ до послуг утруднений через бойові дії. Брак кадрів та нерівномірний розподіл ресурсів створюють регіональні розриви у доступі до медично-соціальних послуг.

Ключовими перспективами є: посилення антистигматичних ініціатив, збільшення інтеграції ВІЛ-послуг у первинну медицину, розширення використання нових технологій. Україна вже має затверджений стратегічний план до 2030 року і підтримку міжнародних партнерів, що створює сприятливу базу для подальшого розвитку системи підтримки ЛЖВ.

Висновки. В сучасних умовах ВІЛ/СНІД слід розглядати не лише як медичну хворобу, як виклик для громадського здоров'я. Ефективна відповідь вимагає синтезу лікувальних програм і соціальних інтервенцій. Досвід нашої держави показує, що включення психологічної допомоги, матеріальної підтримки та правового захисту поряд з АРТ дозволяє досягати кращих результатів у боротьбі з епідемією. Незважаючи на складності війни та пандемії, наша країна продовжує удосконалювати систему підтримки ЛЖВ. Подальший успіх залежить від послідовного фінансування програм, міжсекторальної співпраці та активної участі самих спільнот у подоланні епідемії ВІЛ.

### **Література:**

1. Міністерство охорони здоров'я України. Щорічна довідка з ВІЛ-інфекції в Україні за 2023 рік. Київ, 2024.
2. WHO. On the frontline of the fight against HIV: Ukraine's resilience and WHO's support. World Health Organization (19 грудня 2023).
3. Закон України №1972-ХІІ «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ, та правовий і соціальний захист ЛЖВ» (від 12.12.1991).
4. Профілактика, догляд і підтримка людей, які живуть з ВІЛ, керівництво. Київ : Центр громадського здоров'я України, 2012.
5. Люди та ВІЛ: Книга для небайдужих. 5-е вид. К., 2009. 148 с.

## **ХОЛІСТИЧНІ ПРАКТИКИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У GERONТОЛОГІЇ**

**Нещенко О.О., Мякина О.В., Сокол К.М.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Сучасна геронтологія дедалі частіше переходить від біомедичної до холистичної моделі – такої, що поєднує ціннісні виміри благополуччя літньої людини. Холистична підтримка здорового способу життя (ЗСЖ) людей старшого віку – це комплексний підхід до вирішення проблем, який враховує взаємодію між фізичним, емоційним, соціальним та духовним аспектами життя людини, також вплив навколишнього середовища. Замість того, щоб зосереджуватись лише на окремих симптомах, холистична підтримка прагне лікувати особу в цілому, сприяючи загальному благополуччю [1, 2].

Однією із концепцій підтримки цієї категорії населення є стратегія «Активного старіння», або ж «Активного довголіття» (Active ageing). Така політика дає змогу цим людям реалізувати потенціал для фізичного, соціального і ментального добробуту впродовж усього життя та брати участь у громадській діяльності згідно з їхніми потребами та бажаннями [3, 4].

У розвинутих країнах світу фіксується існують різні ініціативи, тенденції до збільшення широкого спектру програм холистичної підтримки літніх людей, кількості організації, що працюють у сфері допомоги людям похилого віку, спрямовані на покращення їх здоров'я та добробуту. Ці програми спрямовані на комплексну турботу про благополуччя та охоплюють широке коло послуг, спрямованих на покращення якості життя літніх людей, підтримку їхньої незалежності та активної участі в житті суспільства [2, 5].

Існуючі програми підтримки ЗСЖ для літніх людей включають комплекс заходів, спрямованих на покращення фізичного, психологічного та соціального добробуту: фізичну активність (наприклад, скандинавську ходьбу, гімнастику, танці), збалансоване харчування, профілактичні медичні огляди, психологічну підтримку, також соціальну активність та інтелектуальні заняття [2, 6].

Прикладом аналогічних програм є Соціальні центри та Будинки для літніх людей (включаючи медичну допомогу, психологічну підтримку, соціальну активність, заняття фізичною культурою та творчістю); Громадські організації та Благодійні фонди (надають допомогу у вигляді соціальної підтримки, продуктів харчування, медикаментів, також організують різноманітні заходи); Програми місцевих органів влади (надання соціальних послуг, компенсації вартості ліків та медичних послуг, також організацію спортивних та культурних заходів) [6].

У Європейському Союзі (ЄС), для активного та здорового способу життя функціонують «Школи здоров'я» (Health Schools) та інші подібні заклади. Деякі країни мають спеціальні «Школи здоров'я» для людей літнього віку – «Школи сприяння здоров'ю». Ці заклади пропонують широкий спектр освітніх та оздоровчих програм, спрямованих на покращення фізичного та психічного здоров'я, також на соціальну інтеграцію [6, 7].

Перші Школи сприяння здоров'ю (ШСЗ) було створено у 1991 році (експериментальні, пілотні школи) у країнах Східної Європи – Угорщині, Чехії, Словачії та Польщі з ініціативи Європейської Ради Бюро (ЄРБ) Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ), Європейської комісії (ЄК) і Ради Європи (РЄ). Причиною їх виникнення стали негативні тенденції у стані здоров'я населення. Наслідком аналізу позитивного досвіду експериментальних шкіл, у 1992 році стало заснування «Європейської мережі шкіл сприяння здоров'ю» (ЄМШСЗ). Першими членами цього проекту стали сім країн – Польща, Чехія, Угорщина, Данія, Греція, Королівство Бельгія та Ірландія.

У березні 1995 року членами ЄМШСЗ стали Україна, Росія, Нідерланди, Македонія, Італія, Туреччина, Ізраїль, Мальта та Кіпр. Мережа закладів почала активно розвиватися і вже в 1997 році у проєкті брали участь 43 країни.

Починаючи з 2007 року проєкт розвивається під новою назвою «Школи здоров'я в Європі» (ШЗЄ), що пов'язано зі змінами фінансування та розташування координаційного центру.

Багато університетів у ЄС пропонують програми для людей похилого віку, які часто називаються «Університетами третього віку» (УТВ) (Universities of the Third Age). Ці програми надають можливість продовжувати навчання, розвивати нові навички та підтримувати соціальну активність. УТВ – найпоширеніші й найрозвиненіші заклади освіти й соціалізації людей похилого (третього) віку, які утворюють широкую мережу в багатьох країнах світу, пов'язану з Міжнародною асоціацією Університетів третього віку (AUITA), що має акредитований статус ООН [5–7].

Ідея заснування УТВ зародилась у Франції в 1972 році, де в м. Тулуза було відкрито перший такий заклад. У ньому мав можливість навчатися кожний, хто вийшов на пенсію (або вже був пенсійного віку) і спроможний сплачувати номінальну (невелику) вартість навчання. Такі освітні програми виявилися успішними і згодом з'явилися нові групи старших студентів в інших містах країни та в континентальних європейських франкомовних державах.

Перед першим УТВ ставили такі перспективи: а) організація вільного часу для осіб похилого віку; б) пропагування активного способу життя і відпочинку; в) забезпечення доступу до освіти; г) створення середовища для комунікації та міжпоколінневої і суспільної інтеграції; ґ) всебічна активізація людей похилого віку; д) привчання до самонавчання і самопомоги; е) допомога в реалізації та розвитку інтересів; є) підтримання розумової, психічної і фізичної здатності осіб похилого віку; ж) залучення до участі в суспільному житті.

Фахівці у сфері освіти людей старшої вікової категорії із Франції та Великобританії, у 1979 році, видали освітній маніфест, який започаткував формування УТВ у Великій Британії. Першим таким містом, де було засновано у липні 1981 року заклад, став Кембридж. Головною метою освітнього центру – створення середовища для подальшого особистісного розвитку людей похилого віку, забезпечення відповідних ресурсів для задоволення інтелектуальних потреб та інтересів цієї категорії, стимулювання їхньої розумової активності і в такий спосіб спростувати твердження про спад розумової здатності у старшому віці [2].

Залучення старших груп населення до навчальної діяльності – дієвий спосіб перетворення пост-пенсійної фази життя у змістовний і значущий період. Основними мотивами участі осіб у програмах УТВ є: а) спроба уповільнення фізичного і психічного спаду, характерного для похилого віку; б) бажання підтримувати власну психологічну незалежність; в) пошук нових можливостей соціалізації; г) прагнення здобути нові знання і навички та розширити власний культурний світогляд [6, 7].

Робота з людьми третього віку відбувається за двома навчальними моделями: сегрегаційною, в окремому закладі, спеціально створеному для цих людей, та інтегративною, в навчальному закладі, де пристарілі є слухачами курсів разом зі студентами. У більшості європейських країн для осіб у літах існує два основні способи здобуття формальної освіти у коледжах та університетах: звичайне систематичне навчання і навчання в ролі вільних слухачів [6].

УТВ пропонує широкий спектр діяльності – від академічних лекцій, фізичних вправ, гуртків за інтересами до подорожей. Його визначають як соціокультурний центр, де люди здобувають нові знання з важливих суспільних проблем, або ж розширюють чи вдосконалюють набуті раніше компетенції.

Крім описаних «Шкіл» та «Університетів», існують інші програми, які також надають послуги людям старшого віку. Метою всіх цих програм є забезпечення гідного життя для цих осіб, підтримка їхнього здоров'я, активності та соціальної інтеграції. Соціальні центри: часто пропонують різноманітні заходи, заняття та соціальні послуги для цих категорій. Медичні програми: розроблені спеціально для людей похилого віку, які зосереджуються на профілактиці захворювань, лікуванні та реабілітації; Програми для підтримки самостійності: спрямовані на підтримку людей похилого віку в їхньому власному домі, такі як програми догляду на дому та інші послуги, що допомагають їм залишатися незалежними [7].

В Україні такі холистичні практики (підходи до здоров'я та добробуту) лише починають впроваджуватися, однак вже є позитивні результати в рамках соціальних ініціатив та медико-соціальних проєктів. Вони входять у три ключові треки: рекреаційно-оздоровча рухова активність; творчо-терапевтичні підходи (арт-терапія); просвітницькі програми ЗСЖ для літніх [5, 8].

За останні роки зроблені важливі кроки до деінституціалізації системи соціальної підтримки людей похилого віку. Одним з найбільш масштабних кроків є організація мережі територіальних центрів соціального обслуговування (ТЦСО) для надання соціальних послуг. За інформацією Міністерства соціальної політики України (МСПУ), на кінець 2013 року, діяли 733 ТЦСО, якими виявлено майже 1 900 000 осіб, обслуговувалося понад 1 600 000, що на 6 % більше ніж у 2012 році [9, 2].

### **Література:**

1. Геронтологія в сімейній медицині : у 2-х ч. Ч.2 : навч. посіб. / за заг. ред. проф. Л. С. Бабінець. Львів : Магнолія, 2024. 478 с.
2. Оржеховська О. Холистична концепція здоров'я у Британській школі: перспективи для України. Порівняльно-педагогічні студії № 1 (15), 2013. С. 41–48.
3. Андрєєва О., Гакман А. Теоретичний базис активного старіння населення України. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*. 2021; 1: 13–18 DOI: 10.32652/tmfvs.2021.1.13–18
4. Єжова О. О. Основи популяризації здорового способу життя : навч. посіб. / О. О. Єжова, В. І. Кириченко. Суми : Сумський державний університет, 2024. 154 с. ISBN 978-966-657-969-3
5. Чаграк Н. І. Освітні програми для людей похилого віку в закладах вищої освіти США: досвід для України. *Рідна школа*. 2016. №7. С. 68–73.
6. Чаграк Н. І. Модель освітнього середовища людей похилого віку в контексті безперервної освіти. *Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору*. Київ, 2013. Дод. 1 до вип. 31, Том VI (48). С. 425–436.
7. Каркач А., Кравченко О., Семигіна Т. Сучасні підходи до розуміння літніх людей як особливої соціальної групи. Соціальна робота та соціальна освіта. 2022. Вип. 2 (9). С. 77–89.
8. Тринус О. В. Програма «Основи здорового способу життя» для «університетів третього віку». Київ : ІТЗН НАПН України, 2023. 24 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/741635/1/> (дата звернення: 18.08.2025).
9. Джуган Р. І. Потреби людей похилого віку та їх реалізація в умовах сучасного українського суспільства (соціологічний дискурс): монографія / Р. І. Джуган. Ужгород: ТОВ «РІК-У», 2023. 164 с.
10. Шевченко О. М., Мякина О. В., Шевченко О. О., Нещенко О. О. Здоровий спосіб життя у літньому віці: проблеми і бар'єри. *Збірник наукових праць з матеріалами 4-ої Міжнародної науково-практичної конференції «Modern Perspectives on Global Scientific Solutions»*. European Open Science Space. (4-6 серпня 2025 | Берген, Норвегія). 2025. С. 56–60.

## **ПРОБЛЕМИ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ: МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ БАР'ЄРИ ТА ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ**

*Помогайбо К.Г., Приходько Н.І.*

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Імунопрофілактика є одним із найефективніших заходів громадського здоров'я, що дозволяє попередити розвиток інфекційних захворювань, знизити смертність та інвалідність. Основними цілями імунопрофілактики є збереження здоров'я населення шляхом зниження рівня захворюваності, смертності та інвалідизації в результаті інфекційних хвороб, формування колективного імунітету та зниження витрат системи охорони здоров'я на лікування інфекційних хвороб, яким можна запобігти за допомогою вакцинації.

Для забезпечення і підтримання в Україні епідемічного благополуччя щодо інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики, необхідно забезпечити рекомендований Всесвітньою організацією охорони здоров'я обсяг охоплення населення профілактичними щепленнями. Вакцинація сприяє формуванню колективного імунітету, що особливо важливо для осіб із груп ризику (немовлят, літніх людей, осіб із хронічними захворюваннями). Охоплення вакцинацією на рівні 95 % населення країни надає можливість забезпечити повноцінний захист від спалахів та епідемій інфекційних хвороб, яким можна запобігти щепленнями. Такий рівень охоплення захищає інших громадян у спільноті, допомагаючи зупинити поширення хвороб серед невакцинованих за медичними показниками громадян. У разі зниження популяційного імунітету рівень захворюваності стрімко зростає.

Імунопрофілактика населення під час повномасштабної війни – це питання національної безпеки. Серед основних причин недостатніх рівнів охоплення щепленнями у цей час є наступні: переселення людей у межах України та за кордон; погіршення санітарних умов; стресові ситуації; зміна пріоритетів, адже порівняно із воєнними загрозами життю, інфекційні захворювання не сприймаються як ризик; вакцинальний скептицизм і відмова від щеплень; недовіра до ефективності та безпечності вакцин через поширення міфів і дезінформації у медіа та соціальних мережах; нерівний доступ до вакцин – в умовах економічної нестабільності, військових конфліктів чи віддалених територій виникають труднощі із забезпеченням вакцинами та дотриманням календаря щеплень; перебої у постачанні вакцин, саме – логістичні проблеми, порушення холодового ланцюга, відсутність достатніх запасів у регіонах; недостатня інформованість населення та відсутність якісних освітніх кампаній щодо користі вакцинації і ризиків відмови; медико-соціальні фактори: низький рівень довіри до системи охорони здоров'я, соціальна вразливість окремих груп населення, виникнення нових інфекцій і мутації вірусів; потреба у постійному оновленні вакцин (наприклад, сезонні штами грипу, COVID-19); недостатнє фінансування програм імунопрофілактики і обмежений державний бюджет, що знижує можливість для проведення масових щеплень та інформування населення.

У зв'язку з вищевикладеним, наслідками проблем імунопрофілактики є: зростання ризику спалахів інфекційних хвороб (кір, кашлюк, поліомієліт); підвищення рівня захворюваності і смертності серед нещепленого населення, переважання системи охорони здоров'я та зростання економічних витрат на

лікування замість профілактики. Так, в Україні спостерігались найнижчі серед країн Європи показники охоплення населення вакцинацією. У результаті цього Україна набула статусу світового і європейського лідера з інфекційних захворювань.

Підсумовуючи, важливо розрізнити факти та вигадки, коли йдеться про вакцинацію. Дезінформація та міфи можуть підірвати довіру до вакцин і створити серйозний ризик для здоров'я населення. Покладаючись на наукові дані та висновки експертів, ми можемо розвіяти міфи навколо вакцинації та популяризувати її важливу роль у профілактиці захворювань, порятунку життів і забезпеченні добробуту суспільства.

Донесення інформації про необхідність імунізації до населення є важливим завданням, яке можна виконати за допомогою різноманітних стратегій і комунікаційних засобів.

**Висновки.** Таким чином, основними заходами щодо підвищення рівня охоплення вакцинацією є: проведення масштабних інформаційно-просвітницьких кампаній для підвищення довіри до вакцинації; забезпечення рівного доступу до вакцин у всіх регіонах; удосконалення системи моніторингу та контролю за охопленням щепленнями; підтримка медичних працівників у комунікації з населенням і протидія антивакцинальним міфам та розвиток міжнародної співпраці для боротьби з пандеміями та швидкого впровадження нових вакцин.

#### **Література:**

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. Імунізація. 2024. Режим доступу: <https://www.who.int>

2. Andre, F.E., Booy, R., Bock, H.L. та ін. Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008, 86(2): 140–146. DOI: 10.2471/BLT.07.040089

3. Dubé, E., Vivion, M., MacDonald, N.E. Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: influence, impact and implications. *Expert Review of Vaccines*, 2015, 14(1): 99–117. DOI: 10.1586/14760584.2015.964212

4. Wilson, S.L., Wiysonge, C. Social media and vaccine hesitancy. *BMJ Global Health*, 2020, 5: e004206. DOI: 10.1136/bmjgh-2020-004206

5. MacDonald, N.E. Vaccine safety: Evidence-based approach. *Vaccine*, 2020, 38(5): 770–776. DOI: 10.1016/j.vaccine.2019.11.002

## **ЗАКОНОДАВЧІ НОВЕЛИ В РЕГУЛЮВАННІ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**Жарлінська Р.Г., Зверховська В.Ф., Адамчук О.Ф.**

*Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,  
м. Вінниця, Україна*

Система громадського здоров'я України є однією з ключових складових національної безпеки та соціального розвитку держави. Вона спрямована на збереження, зміцнення та відновлення здоров'я населення завдяки комплексним міжсекторальним заходам. В останні роки в Україні активно триває реформування у сфері охорони здоров'я, що супроводжується оновленням нормативно-правової бази. Особливу увагу приділено розвитку

законодавства, яке регулює питання громадського здоров'я. Нові законодавчі акти відображають не лише внутрішні потреби суспільства, але й орієнтуються на інтеграцію України у міжнародний простір через адаптацію до європейських стандартів.

Ключовим нормативним актом у цій сфері став Закон України «Про систему громадського здоров'я» (2022 рік), який закріпив основні принципи, завдання та структуру галузі [1]. У ньому визначено, що громадське здоров'я є сферою спільної відповідальності держави, органів місцевого самоврядування, роботодавців, громадських організацій та самих громадян. Законодавчі положення базуються на міжнародних документах, зокрема Міжнародних медико-санітарних правилах 2005 року, рекомендаціях Всесвітньої організації охорони здоров'я, також враховують європейські підходи до формування політики громадського здоров'я [2, 3]. Одним із важливих інституційних нововведень стало створення Центрів контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України, покликаних зміцнити державні можливості у сфері моніторингу та реагування на загрози для здоров'я населення.

Законодавчі новели стосувались, передусім, зміни підходів до організації та управління у цій сфері. Так, посилено роль міжсекторальної взаємодії: тепер акцент зроблено на співпраці медицини з освітою, соціальним захистом, екологією та безпекою, що дозволяє комплексно вирішувати проблеми, які впливають на здоров'я населення. Значний розвиток отримала система епідеміологічного нагляду: передбачено цифровізацію процесів збору та аналізу даних, що відповідає європейській практиці health surveillance. Водночас особливу увагу приділено кадровому забезпеченню: передбачається впровадження сучасних програм підготовки фахівців у сфері громадського здоров'я, включаючи підготовку біостатистиків, епідеміологів, спеціалістів із менеджменту та комунікації ризиків.

Новим є й акцент на пріоритетності профілактики. Законодавство чітко визначає, що профілактичні заходи мають переважати над лікувальними. Це відображається у розробленні державних програм вакцинації, скринінгів та інформаційних кампаній для населення. Вперше на законодавчому рівні закріплено положення щодо біобезпеки та біозахисту, включно з готовністю до пандемій та біотерористичних ризиків, що є надзвичайно важливим у сучасному світі. Суттєву роль у розвитку системи відіграють цифрові технології, які передбачають використання електронних реєстрів, систем моніторингу здоров'я та інструментів штучного інтелекту для прогнозування ризиків.

Законодавчі зміни також торкнулися фінансово-економічних аспектів функціонування системи. Передбачено багатоканальне фінансування: за рахунок державного та місцевого бюджетів, міжнародної технічної допомоги, також у рамках державно-приватного партнерства. Зростає й роль роботодавців у забезпеченні належних умов праці та профілактиці професійних ризиків. У процесі реалізації політики громадського здоров'я все активніше залучаються громадські організації, що відповідає принципам демократичного врядування та сприяє зростанню довіри населення.

Водночас імплементація законодавчих новел стикається з певними викликами. Серед основних проблем можна виділити недостатнє фінансування, кадровий дефіцит, також складність практичної реалізації багатьох положень

на місцевому рівні. Подальший розвиток нормативної бази вимагає більшої гармонізації з правом Європейського Союзу, адже саме європейські стандарти визначають вектор реформ. Перспективним напрямом є цифрова трансформація системи, яка потребує водночас належного захисту персональних даних.

Таким чином, новели законодавства, що регулюють сферу громадського здоров'я, демонструють новий підхід держави до збереження та зміцнення здоров'я населення. Вони ґрунтуються на пріоритетності профілактики, міжсекторальній співпраці, використанні цифрових технологій та міжнародних стандартів. Оновлення нормативної бази створює передумови для підвищення ефективності національної системи громадського здоров'я, проте потребує належних ресурсів, підготовки фахівців і злагодженості дій усіх учасників процесу.

#### **Література:**

1. Закон України «Про систему громадського здоров'я» від 06.09.2022 № 2573-IX. *Відомості Верховної Ради України*. 2022. № 50.

2. Міжнародні медико-санітарні правила (2005): Офіц. видання ВООЗ. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я, 2008. 82 с.

3. WHO. Public health systems and services: overview. Geneva: World Health Organization, 2021. 56 p.

## **СУЧАСНІ ПРОФІЛАКТИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ У СТРУКТУРІ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ ГІГІЄНИ СЬГОДЕННЯ ТА ЇХ РОЛЬ У ПРОЦЕСІ РОЗБУДОВИ ЕФЕКТИВНОЇ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

***Сергета І.В., Хричіков Д.О., Дмитришен П.В.***

*Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,  
м. Вінниця, Україна*

Сучасний період розвитку медичної науки і практики переконливо засвідчують той факт, що університетська медицина загалом та її провідна профілактична ланка, саме університетська гігієна, має бути орієнтована як на запровадження заходів, спрямованих на обмеження несприятливого впливу чинників навчальної та позанавчальної діяльності на стан здоров'я студентської молоді та використання різноманітних підходів здоров'язберігаючого змісту, але й на глибоку інтеграцію останніх безпосередньо у навчально-виховний процес з урахуванням індивідуальних психофізіологічних та психічних властивостей особистості дівчат і юнаків, котрі навчаються, та забезпечення підвищення якості їх життя.

Ураховуючи наведене, одне із визначальних місць у структурі сучасних технологій профілактики і оздоровлення, що являють собою комплекс заходів соціального, медичного, і, обов'язково, гігієнічного та психогігієнічного характеру і зумовлюють збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я студентської молоді, займають засоби психогігієнічної корекції донозологічних відхилень у стані здоров'я дівчат і юнаків.

У цьому контексті потрібно відзначити, що засоби психогігієнічної корекції становлять цілісну систему психофізіологічних і психологічних,

за своєю суттю, впливів на особистість, котрі спрямовані на формування позитивних змін та забезпечення сприятливої перебудови як особливостей особистості загалом, так і окремих психічних рис, які відіграють вагомую роль у виникненні негативних змін у формуванні психологічних передумов до розвитку несприятливих зрушень з боку провідних корелят психічного здоров'я на підставі урахування властивостей темпераменту, тривожності, характеру, рівня суб'єктивного контролю та психічного стану досліджуваних осіб.

Слід відзначити, що під час проведених впродовж останніх десятиліть наукових досліджень розроблена концепція психогігієнічного впливу на процеси формування, збереження та зміцнення здоров'я дівчат і юнаків, головними компонентами якої є: (а) методологічний компонент, який полягає у формуванні профілактично-спрямованої методології вивчення психічного здоров'я, (б) діагностичний компонент, що передбачає визначення адекватних вимогам сьогодення діагностичних підходів до оцінки особливостей особистості людини, (с) профілактичний компонент, який зумовлює обґрунтування профілактичних технологій збереження психічного здоров'я на підставі використання різноманітних засобів психогігієнічного впливу на особистість, (d) прогностичний компонент, що передбачає запровадження системного підходу до проведення процесу прогнозування психічного здоров'я.

Під час наукових досліджень визначене місце заходів психогігієнічної корекції донозологічних відхилень в стані здоров'я студентів у структурі сучасних профілактичних технологій, встановлена їх надзвичайно висока ефективність та доцільність використання в практичній діяльності сучасних закладів вищої освіти та установ охорони здоров'я.

Натомість необхідно підкреслити, що основними компонентами запропонованої концепції психогігієнічного впливу на процеси формування, збереження та зміцнення здоров'я дівчат і юнаків, слід вважати: (а) проведення узагальненої оцінки ступеня розвитку окремих психофізіологічних функцій і особливостей особистості кожного конкретного студента та урахування провідних тенденцій їх формування (етап гігієнічної психодіагностики), (б) проведення корекції основних режимних елементів добової діяльності студентів (етап раціональної організації добової діяльності), (с) використання психофізіологічного компоненту (етап психофізіологічного впливу), (d) застосування психогігієнічного компоненту (етап власне психогігієнічної корекції) розробленого підходу.

Головними принципами оптимального запровадження заходів психогігієнічної корекції є: (а) урахування необхідності здійснення корекції основних режимних елементів добової діяльності, передусім, на підставі підвищення до рівня оптимальних величин рівня добової рухової активності та на основі здійснення науково-обґрунтованого упорядкування вільного часу; (б) урахування особливостей процесів формування та розвитку психофізіологічних функцій як у природних умовах, так і внаслідок використання засобів цілеспрямованого тренування; (с) урахування стану здоров'я, особливостей особистості та біоритмологічних характеристик організму; (d) урахування особливостей перебігу психічної, психофізіологічної та соціально-психологічної адаптації студентів, що відбувається; (е) запровадження сучасних форм, методів та засобів психогігієнічної діагностики, корекції та реабілітації функціонального стану організму дівчат і юнаків.

Дані проведених досліджень стали підґрунтям для наукового обґрунтування ряду методик комплексної бальної оцінки особливостей перебігу психофізіологічної і психічної адаптації студентської молоді, що дозволяють здійснити об'єктивну діагностику і прогностичну оцінку особливостей рівня розвитку адаптаційних можливостей організму, обґрунтувати індивідуалізовані, відповідно до змісту та особливостей і способів запровадження, стратегії застосування засобів психогігієнічної корекції, визначити провідні їх структурні компоненти та особливості змістовного наповнення тощо. Як провідні етапи їх практичної інтерпретації необхідно визначити: (а) встановлення ступеня вираження психофізіологічних функцій та особливостей особистості; (б) оцінку отриманих результатів у балах відповідно до спеціально створених шкал бальної оцінки; (с) розрахунок згідно із узагальненими формулами інтегральних показників успішності перебігу психічної і психофізіологічної адаптації та їх кількісну оцінку; (д) обґрунтування конкретних шляхів використання засобів психофізіологічного впливу та психогігієнічної корекції.

#### **Література:**

1. Мороз В. М., Серебреннікова О. А., Сергета І. В., Стоян Н. В. Психофізіологічні та психогігієнічні основи ефективного використання здоров'язберігаючих технологій у закладах вищої освіти. Вінниця: ТОВ «ТВОРИ», 2021. 208 с.

2. Петрушенко, В. В., Сергета, І. В., Вергелес, Т. М. Особливості психофізіологічної і психічної адаптації студентів медичних закладів вищої освіти за умов використання дистанційних форм навчання та їх урахування в контексті громадського здоров'я. Вінниця: ТОВ «ТВОРИ», 2024. 217 с.

3. Сергета І. В., Панчук О. Ю., Яворовський О. П. Гігієнічна діагностика професійної придатності студентів закладів медичної освіти (на прикладі стоматологічних спеціальностей). Вінниця: ТОВ «ТВОРИ», 2020. 348 с.

4. Сергета І. В., Браткова О. Ю., Серебреннікова О. А. Наукове обґрунтування гігієнічних принципів профілактики розвитку донологічних зрушень у стані психічного здоров'я учнів сучасних закладів середньої освіти. *Журнал НАМН України*. 2022. № 28 (1). С. 306–326.

5. Сергета І. В., Серебреннікова О. А., Стоян Н. В., Дреженкова І. Л., Макарова О. І. Психогігієнічні принципи використання здоров'язберігаючих технологій у сучасних закладах вищої освіти. *Довкілля та здоров'я*. 2022. № 2 (103). С. 32–41.

6. Тимошук О. В., Полька Н. С., Сергета І. В. Наукові основи комплексної гігієнічної оцінки якості життя та адаптаційних можливостей сучасної учнівської і студентської молоді. Вінниця: ТОВ «ТВОРИ», 2020. 272 с.

## **ТЕЛЕМЕДИЦИНА: МОЖЛИВОСТІ ТА РИЗИКИ**

**Яременко А.В.<sup>1</sup>, Орел М.О.<sup>2</sup>**

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

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

Телемедицина – це форма надання медичних послуг з використанням інформаційно-комунікаційних технологій на відстані, коли лікар і пацієнт (або лікарі між собою) взаємодіють без фізичної присутності у тому самому місці.

З одного боку, вона відкриває значні можливості для покращення доступності, якості та ефективності охорони здоров'я, з іншого – створює низку суттєвих викликів, які слід долати, щоб реалізувати її потенціал повністю.

Першою з важливих можливостей є збільшення доступності медичної допомоги, особливо для населення у віддалених або малозабезпечених регіонах, де немає профільних спеціалістів. Через географічні бар'єри, транспортні витрати чи складність пересування для маломобільних осіб традиційна медицина часто недоступна. У контексті України, особливо в умовах війни та пошкодженої інфраструктури, телемедичні рішення відіграють надважливу роль як спосіб компенсації дефіциту фізичних закладів і як канал для доставки медичних послуг у зони, де звична медицина працює із обмеженнями. Друга важлива можливість – економія ресурсів і підвищення ефективності системи охорони здоров'я. Передусім менше витрат на логістику, транспортування пацієнтів чи фахівців, менше часу «в дорозі» для пацієнта й лікаря. Третя перевага – підвищення якості та спеціалізації медичної допомоги через міжрегіональні та міжнародні консультації. Лікарі у сільській місцевості чи периферійних лікарнях можуть залучати фахівців із великих центрів або з-за кордону для другого висновку чи супроводу складних випадків. Це сприяє дифузії знань, підвищенню кваліфікації медиків, поліпшенню стандартів лікування. Четверта можливість – безперервність медичного супроводу й персоналізація послуг. У пацієнтів із хронічними захворюваннями важливо постійне спостереження та оперативна реакція на зміни стану. Телемедицина дає змогу встановити канали постійної комунікації, швидше реагувати на погіршення, коригувати лікування без необхідності повного візиту до лікарні. П'ята – підтримка систем охорони здоров'я в кризових ситуаціях (епідемії, катастрофи, війна). Під час пандемії COVID-19 телемедицина стала невід'ємним інструментом збереження доступу до медпослуг, зменшення ризику інфікування в медзакладах та підтримки першого контакту з пацієнтами онлайн.

**Проте, поряд із значним потенціалом, телемедицина стикається з рядом викликів і обмежень, які може й треба долати.**

Перший виклик – технічна інфраструктура та доступ до зв'язку. Надійне інтернет-з'єднання, широка пропускна здатність, мінімальні затримки – все це необхідне для якісного телемедичного обміну даними (відео, зображення, медичні сигнали). У регіонах із низьким рівнем покриття або нестабільним інтернетом це може бути проблемою.

Другий – вартість обладнання, програмного забезпечення й утримання систем. Розгортання телемедичних платформ, закупівля спеціалізованої діагностичної апаратури, оновлення програмного забезпечення, технічна підтримка – усе це потребує інвестицій.

Третій – правове та нормативне регулювання, ліцензування, стандарти безпеки й захисту даних. Телемедицина пов'язана з обміном персональними медичними даними, що вимагає високої захищеності, дотримання конфіденційності, міжнародних стандартів. Лікарі і медустанови мають гарантувати захист інформації, що не завжди просто в умовах обмеженого технічного забезпечення чи недостатнього рівня кібербезпеки.

Четвертий – інтероперабельність систем, стандарти обміну даними та сумісність. Щоб телемедицина працювала ефективно в масштабах системи охорони здоров'я, потрібно, щоб різні системи (електронні медичні картки, лабораторні системи, ПЗ клінік, програми телеметрії) могли «спілкуватися» між собою.

Без загальних стандартів обміну даними виникає фрагментація, дублювання зусиль або витрати на перетворення форматів.

П'ятий – проблеми довіри, готовності користувачів (лікарів і пацієнтів), технологічна й цифрова грамотність. Деякі пацієнти віддають перевагу особистому контакту, вважають традиційний огляд більш надійним. Лікарям може бути складно перейти до нових моделей роботи – освоїти ПЗ, апаратуру, врахувати юридичні аспекти, змінити звичні алгоритми.

Шостий – обмеження клінічних застосувань і відсутність фізичного контакту. Телемедицина добре працює для консультацій, моніторингу, супроводу, але складні хірургічні втручання, певні діагностичні процедури або маніпуляції.

Сьомий – етичні та відповідальнісні питання, зокрема щодо розмежування відповідальності лікаря, в разі помилки чи недостовірного тлумачення даних, права на доступ до інформації, інформованої згоди пацієнта у межах телемедицини процедур.

Восьмий – фінансові моделі, відшкодування, стале фінансування. Щоб телемедицина стала системною, держави або страхові системи мають закласти компенсацію за дистанційні послуги, стимулювати лікарів використовувати ці моделі (наприклад, через оплату за консультацію, за дистанційний моніторинг).

Нарешті, дев'ятий виклик – ринок постачальників, конкуренція, стандарти якості та моніторинг ефективності. Велика кількість приватних стартапів і платформ може призвести до фрагментації, відсутності контролю якості, неоднорідності послуг. Потрібні системи контролю, сертифікації, оцінювання ефективності телемедицини втручань (клінічні дослідження, послідовне збирання даних, моніторинг результатів).

**На основі наведених можливостей і викликів можна сформулювати кілька рекомендацій і умов успішного впровадження телемедицини:**

1. Стратегічне планування на національному рівні – держава має розробити стратегію розвитку телемедицини з чітким баченням, цілями, дорожньою картою та механізмами підтримки (фінансової, нормативної, інфраструктурної).

2. Нормативно-правова база, стандарти, сертифікація – ухвалення законів, які визнають та регламентують телемедицину, встановлення стандартів безпеки даних і захисту конфіденційності, чітке визначення відповідальності лікарів і інституцій.

3. Інвестиції в інфраструктуру – розвиток ширококутового інтернету, забезпечення лікарень і клінік необхідним телемедициним обладнанням та програмним забезпеченням з подальшим оновленням і техпідтримкою.

4. Підтримка інтероперабельності – використання відкритих стандартів обміну медичними даними, створення національних платформ чи шлюзів для з'єднання різних систем (електронні медичні картки, лабораторні системи, телеметрія).

5. Освітні програми й підвищення цифрової грамотності – навчання лікарів, медичного персоналу, пацієнтів користуватися телемедициними інструментами, усвідомлювати права й обов'язки, забезпечення технічної підтримки.

6. Стимулювання застосування через фінансові механізми – включення телемедицини до пакету медичних гарантій, страхових програм, державних програм, надання надбавок або бонусів лікарям, компенсація вартісних витрат.

7. Пілотні проекти й поступове масштабування – впровадження телемедицини через пілотні ініціативи, оцінювання їх ефективності, збір зворотного зв'язку, коригування перед масштабуванням.

8. Моніторинг, оцінка, інновації – систематичне збирання даних, наукові дослідження ефективності телемедичних інтервенцій, впровадження інновацій (штучний інтелект, аналітика, автоматизація), адаптація до нових технологій.

9. Партнерство з приватним сектором, міжнародна кооперація – залучення технологічних компаній, стартапів, донорів, міжнародних організацій для підтримки інфраструктури, забезпечення обладнання, обміну досвідом.

У підсумку, телемедицина має потенціал змінити ландшафт охорони здоров'я, зробивши її більш доступною, ефективною, персоналізованою та стійкою до криз. Однак без системного підходу, стратегії, нормативного забезпечення та інфраструктурних інвестицій цей потенціал може залишитися недосяжним. У контексті України, особливо в умовах війни й перевантаження медичної системи, телемедицина може стати одним із ключових інструментів адаптації та збереження функціональності системи охорони здоров'я – за умови правильного планування та поступового розвитку з урахуванням викликів.

### **Література:**

1. Дубчак Л. О. Телемедицина : сучасний стан та перспективи розвитку [Електронний ресурс] / Л. О. Дубчак. Системи обробки інформації. 2017. Вип. 1. С. 144–146. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/soi\\_2017\\_1\\_28](http://nbuv.gov.ua/UJRN/soi_2017_1_28)

2. Мартишин О. Телемедицина в українському селі: підписання меморандуму наблизило реалізацію проекту [Електронний ресурс] / О. Мартишин. Український медичний часопис. 2018. № 4(1). С. 35–36. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh\\_2018\\_4\(1\)\\_9](http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh_2018_4(1)_9)

3. Оксак Г. А. Телемедицина як форма надання медичних послуг [Електронний ресурс] / Г. А. Оксак. Вісник соціальної медицини та організації охорони здоров'я України. 2019. № 2. С. 115–119. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG\\_2019\\_2\\_19](http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG_2019_2_19)

## **MENTAL HEALTH OF THE POPULATION AS A PRIORITY OF PUBLIC HEALTH**

***Podpriadova A.A.***

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

**Introduction.** Mental health is an integral component of public health and one of the key factors determining quality of life, social integration, and economic productivity of the population. According to the World Health Organization (WHO), approximately 1 in 8 people worldwide suffers from some form of mental disorder. Depression, anxiety disorders, post-traumatic stress disorders (PTSD), and addictions are major causes of disability and social maladaptation.

In Ukraine, the relevance of this issue is increasing due to the war, internal displacement of millions of people, high levels of stress and social instability. According to WHO estimates, over 9 million Ukrainians may require psychological or psychiatric care of varying intensity. Mental health becomes not only an individual but also a societal problem that requires systemic solutions within public health.

Globally, there are several programs aimed at strengthening mental health (for example, WHO's initiative «Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030»). In Ukraine, programs are actively being implemented, such as the National Mental Health Strategy, the activities of the Mental Health and Rehabilitation Center «Lisova Polyana» and the creation of mobile psychosocial support teams.

Thus, mental health is a priority direction in the development of public health systems, as it directly affects the stability of society, economic development and national security.

**Materials and Methods.** The study is based on analysis of statistical data from WHO, UN and the Ministry of Health of Ukraine regarding the prevalence of mental disorders; review of modern scientific publications and programs in the field of mental health; comparative analysis of international experience in integrating mental health into public health systems; study of regulatory documents and strategic plans of Ukraine in the field of mental health.

The research methodology included content analysis, comparative methods, and a systems approach to studying the problem.

**Results.** Mental health is a state of well-being in which an individual: recognizes their own abilities, can effectively cope with the normal stresses of life, works and learns productively, collaborates with others and contributes to the community. In other words, mental health is not merely the absence of mental disorders but an active state of psychological well-being that allows a person to realize their potential, adapt to stressful situations and maintain harmonious relationships with others.

Mental health can be considered from several approaches: *by state of psychological well-being*: good mental health (optimal adaptation to stress, absence of functional impairments); at-risk mental health (presence of stress factors without clear symptoms of disorders); mental disorders (depression, anxiety disorders, schizophrenia, etc.).

*By duration and course*: acute mental disorders (short-term, often associated with stressful events); chronic mental disorders (long-term, requiring medical treatment and psychosocial support); recurrent disorders (cyclic disorders, e.g., depressive episodes).

*By type of mental disorders*: affective disorders (depression, bipolar disorder); anxiety disorders (generalized anxiety disorder, panic attacks<sup>6</sup> phobias); psychotic disorders (schizophrenia, schizoaffective disorder); developmental and behavioral disorders (autism, ADHD); personality disorders (narcissistic, antisocial types); addictions and behavioral disorders (alcohol, drug, or gambling addiction).

Global mental health situation: According to WHO (2022), 970 million people worldwide have one or more mental disorders. The most common are anxiety disorders (301 million people) and depressive disorders (280 million). Depression is among the top five causes of disability worldwide. Approximately 700,000 people commit suicide annually, which is one of the leading causes of death among youth aged 15–29. WHO emphasizes that every 1 USD invested in treating depression and anxiety yields an average of 4 USD in economic benefit.

Situation in Ukraine: Due to the war, over 9.6 million Ukrainians may require mental health support. On average, one in four citizen's experiences symptoms of depression, anxiety or PTSD. The most vulnerable groups are internally displaced persons, military personnel, children and adolescents, and people who have lost housing or employment. There are only about 8 psychiatrists per 100,000 population, compared to 20–25 in EU countries. Only about 10 % of Ukrainians with mental disorders receive adequate care.

Key problems and barriers in Ukraine: stigmatization of mental disorders; insufficient integration of mental health into primary healthcare; low funding (3–5 % of the health budget); geographical inequality in access to services.

International experience: Canada: Stepped Care 2.0 program for multi-level psychological care. UK: National IAPT program providing access to psychotherapy. Finland: Integration of mental health into all policy areas. Estonia: Active use of digital technologies.

Positive changes in Ukraine: National Mental Health Strategy (2022–2030); establishment of mental health and rehabilitation centers for veterans; activities of mobile psychosocial support teams; educational initiatives for primary care doctors (mhGAP program); partnerships with international organizations (UNICEF, WHO, USAID).

#### **Conclusions.**

1. Mental health is a key priority of public health, as it determines not only individual well-being but also socio-economic stability of society.

2. Ukraine is undergoing a transformation of its mental health system but requires further integration of services into primary care and development of human resources.

3. Reducing stigma through information campaigns and educational programs is crucial.

4. Intersectoral cooperation and partnerships with international organizations are fundamental for building a modern mental health system.

5. A state policy priority should be the creation of an accessible, high-quality, and comprehensive mental health care system.

#### **References:**

1. World Health Organization. (2022). World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All. Geneva: WHO.

2. Ministry of Health of Ukraine. (2022). National Mental Health and Psychosocial Support Strategy 2022–2030. Kyiv: Ministry of Health of Ukraine.

3. Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2019). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 6(2), 167–168.

4. Patel, V., Saxena, S., Lund, C., et al. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553–1598.

5. World Health Organization. (2021). Mental Health ATLAS 2020. Geneva: WHO.

## **INTEGRATION OF BASIC PUBLIC HEALTH FUNCTIONS (EPHF) INTO THE NATIONAL POLICY OF UKRAINE: ARCHITECTURE, INDICATORS, MANAGEMENT**

***Palamar B.I.<sup>1</sup>, Bibyk I.G.<sup>1</sup>, Makhniuk V.M.<sup>2</sup>***

*<sup>1</sup>Bohomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine*

*<sup>2</sup>State Institution «Marzиеv Institute for Public Health of the National Academy of Sciences of Ukraine», Kyiv, Ukraine*

**The goal** of this study is to determine strategic priorities, institutional models, and operational mechanisms for developing Ukraine's public health system in 2025. This work takes into account the updated concept of Essential Public Health Functions (EPHF), the International Health Regulations (IHR 2005), European approaches, and national legislation. It also aims to justify the integration of public health functions with primary health care, digital data, epidemic security, and human resources policy, as well as to propose an implementation roadmap and a system of performance indicators. The development of a modern public health system relies on a unified framework.

The EPHF Global Framework (updated 2020–2023) identifies 12 functions that ensure universal health coverage and system resilience. These include health leadership and management; surveillance and epidemic preparedness; laboratory capacity; prevention and health promotion; risk analysis and management; policy formulation, regulation and intersectoral collaboration; human resource development; risk communication; quality assurance and technology assessment; and financing and accountability [1–5].

The IHR (2005) sets out minimum core capabilities for States to detect, assess, report and respond to threats, which include capacities at airports, seaports and land points of entry. Monitoring is done through tools such as SPAR and JEE [6]. The European dimension is complemented by the WHO/ERB framework on professionalising the public health workforce and strengthening public health services in line with the EPW 2020–2025 programme and IANPHI approaches to establishing or strengthening national public health institutes (NPHI). The Ukrainian legal framework – Law of Ukraine No. 2573-IX «On the Public Health System» (2022/2023) defines the institutional architecture, powers, mechanisms for interdepartmental coordination and regionalisation of public health services.

**Ukraine’s baseline conditions in 2025.** Ukraine combines PHC transformation, EPHF implementation, and wartime requirements: sustainable chains of surveillance, laboratories, risk communication, and health and sanitation measures at borders are needed. The impact of war manifests in direct damage to infrastructure, population displacement, mental health risks, interruption of preventive programs, and inequalities of access.

**Target model: institutional architecture, operational directions and value streams. The institutional architecture of the PH system in Ukraine** provides for a two-tier structure. Central level: NPHI/CPH as the «system integrator» of the EPHF; intergovernmental coordination under the IHR; national reference laboratories; a single data and risk analysis center; a risk communication center; PH school. Regional level: PH centers with surveillance, laboratories, communications, prevention programs and analytics; points of entry and mobile teams.

**The target model of the PH includes the following operational areas of activity: epidemiological surveillance, multipathogen, event-based, syndromic approaches are being introduced, antimicrobial resistance (AMR) and zoonoses monitoring are being implemented.** Surveillance is being integrated with laboratory information systems, regular analysis of epidemic trends and warnings of potential outbreaks are being provided; **emergency preparedness and response:** development and updating of a national plan, conducting exercises, simulations, creating reserves of medical supplies and using an incident management system (ICS); **health prevention and promotion:** emphasis on reducing tobacco and alcohol use, prevention of obesity, HIV, tuberculosis, COVID 19; expanding coverage of vaccination (in particular HPV) and cancer screenings (cervical cancer, CRC). Intersectoral policies are being applied; **data and analytics:** creation of a national repository of public health indicators, registries and cohort panels; development of open data and mechanisms for health technology assessment; **human resources policy:** introduction of competency standards, continuous professional development programs and a system of personnel certification in accordance with the professionalization roadmap; **risk communication:** functioning of a national media center, ensuring cross-border information interaction and implementation of protocols

for rapid public information; **management and financing:** implementation of program-specific budgeting of EPHF functions, with the introduction of mechanisms for transparent accountability and external quality audit [1, 6].

**Value streams.** The proposed model is aimed at generating long-term outcomes and values, including: reducing the burden of disease and inequalities in access to services; timely detection, localization and response to outbreaks of infections; increasing public trust in the health care system; minimizing financial and social losses for the state and communities; strengthening national security and economic sustainability through the implementation of the IHR and EPHF.

**Digital transformation and data management in the public health system.**

**The target benchmark is to create a «single source of truth» for public health – an integrated information ecosystem that includes:** a national eHealth platform, laboratory information systems (LIS), epidemiological surveillance systems, demographic registries, and geospatial information layers. Developing and implementing a national EPHF data model is necessary to ensure standardisation, unification and interoperability of information flows between subsystems. The key elements of the digital infrastructure should be: minimum data sets (MDS) for priority areas – epidemiological surveillance, vaccination, screening programs, risk factor monitoring; interoperability based on international medical data exchange standards (FHIR, HL7); data quality assurance modules, data governance, access logging; public indicator dashboards that provide transparent visualization of key indicators for specialists, managers and the public.

**The analytical component of the digital system includes:** automated data loading, processing and transformation (ETL processes), early signal detection modules, integration of laboratory data, in particular threshold values (Ct) and genomic sequencing results, tools for assessing the effectiveness of public health policies (policy impact analysis), scenario modeling of threats (chemical, radiological, food), functional connection with international monitoring tools (SPAR, JEE) for strategic investment planning and increasing system capabilities.

**Human resources policy and professionalisation.** The main priorities of human resources policy in the Public Health Service are: updating the national profile of specialist competencies, which includes the development and implementation of modular educational programs for key professional groups: epidemiologists, biostatisticians, laboratory specialists, risk communication specialists and incident managers; developing human resources potential in the regions, in particular through motivational mechanisms aimed at retaining specialists and developing their career opportunities; activities in this area should be based on WHO/ASPHER recommendations and roadmaps, and also take into account the best practices of the International Association of National Public Health Institutes (IANPHI).

**Key indicators of achievement and monitoring (2025–2028): IHR and Surveillance:** Median time to detection (TTD) and response (TTR) for priority threats; % of lab-confirmed cases within regulatory timeframe; Quality/completeness of genomic surveillance (respiratory, enteric). **Prevention and Coverage:** Vaccination coverage (basic, HPV, influenza); refusal rate; regional equity; Screening coverage (CRC, breast, cervical); NCD risk factor control (tobacco, alcohol, obesity); Health promotion reach and intensity; Mental health program coverage. **System Readiness and Evaluation:** SPAR and JEE results; corrective plans; entry point readiness. **Data and Transparency:** Data system maturity index (interoperability,

quality, openness); % of datasets published as open data. **Workforce and Financing:** PH specialists per 100k; certification rate; staff turnover; EPHF spending per capita; % of indicator-linked funding; % of programs with independent quality audit.

**Implementation roadmap (12–24 months) includes:** **regulatory:** harmonize EPHF catalog and roles; update by-laws per Law No. 2573 IX; **institutional:** approve NPHI/CPH and regional center models; establish government IHR/EPHF committee; **data:** define minimum data sets; integrate eHealth, LIS, and surveillance; launch public dashboards; **laboratories:** standardize QA/QC; modernize genomic surveillance; improve sample logistics; **surveillance:** implement multi-pathogen and event-based surveillance; conduct regular risk analyses; **human resources:** approve competency profiles; launch training programs; create PH specialists registry; **risk communication:** form target function; develop message templates and media/community channels; **financing:** Implement EPHF program budgeting; launch multi-source co-financing; **evaluation:** Annual implementation report with external review and corrective actions.

**Conclusions.** Developing a modern public health system in Ukraine requires the simultaneous institutionalisation of EPHF, implementation of IHR, digital data integration, professionalisation of personnel, and programmatic budgeting. Focusing on the NPHI model, European standards, and transparent indicators can accelerate sustainability, reduce disease burden, and increase public trust.

#### References:

1. WHO. Essential Public Health Functions (EPHFs). Режим доступу: <https://www.who.int/teams/primary-health-care/health-systems-resilience/essential-public-health-functions>

2. Bascolo, E., Houghton, N., del Riego, A., & Fitzgerald, J. (2020). A renewed framework for the essential public health functions. *Journal of Public Health Policy*, 41(4), 512–521. DOI:10.1057/s41271-020-00244-y

3. WHO. (2023). Essential public health functions: Attaining UHC and health security. Режим доступу: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376578/9789240090743-eng.pdf>

4. Mohamed-Ahmed, O., & Al-Sharif, M. A. (2024). Reviewing EPHF in the Eastern Mediterranean. *BMJ Global Health*, 9(3), e013782. DOI:10.1136/bmjgh-2023-013782

5. Zhang, Y., Bano, N., Nhamo, L., et al. (2023). Towards applying the essential public health functions for building health systems resilience: A renewed list and key enablers for operationalization. *BMJ Global Health*, 8(2), e013136. DOI:10.1136/bmjgh-2023-013136

6. WHO. IHR core capacities and monitoring (SPAR). Режим доступу: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/sdgihr2021>

# VACCINATION AND IMMUNIZATION IN THE PUBLIC HEALTH SYSTEM STRATEGIES, COVERAGE PROBLEMS, PUBLIC CONFIDENCE

**Yaremenko A.V.<sup>1</sup>, Orel M.O.<sup>2</sup>**

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

*<sup>2</sup>Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine*

Vaccination and immunization is a cornerstone of public health systems, protecting individuals and teams from infectious diseases, reducing morbidity, complications and mortality. In Ukraine, this role is especially relevant in the conditions of intensified challenges: war, internal resettlement, violation of medical chains, logistics problems and reducing the level of trust in institutions. These theses look at the key strategies for the development of vaccination and immunization programs, the main coverage problems and factors that affect the public's trust, as well as possible ways to improve the efficiency and sustainability of such programs.

Vaccination and immunization is a cornerstone of public health systems, protecting individuals and teams from infectious diseases, reducing morbidity, complications and mortality. In Ukraine, this role is especially relevant in the conditions of intensified challenges: war, internal resettlement, violation of medical chains, logistics problems and reducing the level of trust in institutions. These theses look at the key strategies for the development of vaccination and immunization programs, the main coverage problems and factors that affect the public's trust, as well as possible ways to improve the efficiency and sustainability of such programs.

Regarding the coverage, according to UNICEF and WHO, despite the difficult conditions of war and healthcare, managed to maintain routine child immunization at 82–86 % for major vaccines: antipoliomyelitis, against diphtheria, tetanus, cough, measles.

However, this level of coating is insufficient for the formation of collective immunity – most infections require the level of vaccinations within at least 90–95 %. In addition to general indicators, there are significant inequalities in the regions, the status of internally displaced persons, as well as for people living in frontier or remote areas. Population trust is a critical component of the success of vaccination strategies. According to Ukrainian polls, more than 60–70 % of adults agree that vaccination is important, effective and safe; More – among people of older age or with higher education. There is a proportion of the population that expresses the hesitance: with the fear of side effects, due to lack of trust in information, with lack of convincing communications from healthcare professionals, through the spread of myths or misinformation. Family doctors play a particularly important role, pediatricians – they have a high level of trust in the population and can be key agents of influence.

The main problems of coverage and efficiency of immunization in Ukraine include logistics difficulties: preservation of the cold chain of vaccines, delivery to remote and low-income settlements, as well as a lack of medical staff, especially in the regions. military actions lead to the movement of people, disruption of health care facilities, destruction of infrastructure, which creates additional obstacles in access to vaccinations. there is also insufficient or ineffective communication with the population: information campaigns often do not reach all groups, or do not reach doubts, do not attract local communities, do not take into account cultural or social factors. Myths and misinformation through the media or social networks remain a powerful weight factor.

Another important problem is the financial support of immunization programs: vaccine purchases, cold chain maintenance, doctors' remuneration, logistics, compensation for teams that go on exit vaccinations. In times of crisis, cases of lack of vaccines are described or their non-simultaneous presence in all regions, which undermines the confidence of the population.

Among the strategies for improving the efficiency of vaccination and building an immunization system in modern challenges, the following approaches are possible: development and implementation of adaptive communication campaigns that take into account regional features; active involvement of local leaders, health workers, communities; ensuring transparency of vaccine safety information, their effectiveness and side effects; Expanding access at the expense of mobile clinics, outbound crews, strengthening work in rural and remote areas. It is also important to update the legislative framework and standards for immunization, the provision of the same standards, and to control the implementation of programs. In addition, international partners can support through funding, technical assistance, trainings for medical staff, vaccines, logistics assistance.

Summarizing, vaccination and immunization in the public health system of Ukraine have both significant successes and significant challenges. Public trust is growing, state strategies are upgraded, but in order to achieve coverage levels that guarantee collective protection, purposeful work on informing, improving access, financing and systematic support is required. Only when combining these components can it be consolidated, critical gaps, and health and safety for all segments of the population can be consolidated.

#### **References:**

1. Delmas JF, Dronnier D, Zitt PA. Optimal vaccination: various (counter) intuitive examples. *J Math Biol.* 2023 Jan 10;86(2):26. doi: 10.1007/s00285-022-01858-5. PMID: 36625980; PMCID: PMC9832132.
2. Senevirathne TH, Wekking D, Swain JWR, Solinas C, De Silva P. COVID-19: From emerging variants to vaccination. *Cytokine Growth Factor Rev.* 2024 Apr;76:127–141. doi: 10.1016/j.cytogfr.2023.11.005. Epub 2023 Dec 9. PMID: 38135574.
3. World Health Organization Available at: [https://www.who.int/europe/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab\\_1](https://www.who.int/europe/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1) [accessed 05 Jan 2024].
4. Prevention of infections and infection control. [Internet]. Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine: [Last reviewed 17 Dec 2022; accessed 05 Jan 2024]. Available at: <https://www.phc.org.ua/pro-centr/contacts>.
5. Tolovova T.I, Halchuk O.V. Current issues of vaccination in Ukraine. *Nursing.* 2020;(4):15-8. Available at: <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2019.4.10830> [In Ukrainian].

## Секція 4. ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА, СУЧАСНА ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА БІОЛОГІЧНА СТАТИСТИКА

### ВПЛИВ КРИЗ НА ДИНАМІКУ ВИПАДКІВ ІПСШ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ В УКРАЇНІ У 2015–2024 РОКАХ

*Нізяєва В.В., Чумаченко Т.О., Бугаєнко Н.С.*

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Протягом останніх десятиліть різноманітні кризи суттєво впливають на систему охорони здоров'я та напрями контролю і профілактики захворювань, обмежуючи доступ до медичних послуг і сприяючи виникненню та поширенню інфекційних хвороб, зокрема серед уразливих груп населення, таких як підлітки [1]. В Україні криза COVID-19 з 2022 року посилилася кризою воєнного стану, що сприяло додатковим викликам системи епідеміологічного нагляду, профілактики та лікування ІПСШ. Поширення ІПСШ пов'язане з такими чинниками, як ВІЛ-позитивний статус, вживання алкоголю, тютюну та наркотичних речовин, особливості сексуальної поведінки, рівень соціально-економічного розвитку країни, також впровадженням програм статевого виховання в закладах освіти на національному рівні [2]. Соціальні потрясіння й міграція асоціюються з ризиками для психічного здоров'я, такими як тривожність і депресія [3]. Підлітки мають підвищений ризик ІПСШ через особливості поведінки та психосоціальний стан в освітньому середовищі з наявністю факторів ризику, що посилюють ймовірність зараження [4].

**Мета.** Метою цього дослідження було проаналізувати динаміку поширення інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) серед підлітків віком 15-17 років обох статей у період з 2015 по 2024 рік з урахуванням впливу пандемії COVID-19 та воєнного конфлікту на території України.

**Матеріали та методи.** Ретроспективний аналіз випадків ІПСШ в Україні, аналіз її статево-вікової структури здійснювали за матеріалами форм статистичної звітності № 9 «Звіт про захворювання, які передаються переважно статевим шляхом, грибові шкірні хвороби та коросту за 20\_\_ рік» за 2015–2024 роки. Об'єктом дослідження стали випадки захворювання на: сифіліс, гонококову інфекцію, хламідіоз, трихомоніаз і урогенітальний мікоплазмоз серед підлітків 15–17 років.

Застосовували епідеміологічний метод дослідження (описово-оціночні та аналітичні підходи) у комплексі з методами математичної статистики.

**Результати.** Динаміка кількості зареєстрованих випадків ІПСШ у 2015–2024 роках демонструє стійку тенденцію до зниження. У 2015 році кількість випадків серед дівчат була у 14,2 рази вищою, ніж у 2024 році, серед хлопців – у 13 разів.

Загальна кількість випадків ІПСШ була вищою серед дівчат віком 15–17 років. З 2015 по 2020 рік співвідношення дівчата/хлопці поступово знижувалося. У 2021 році це співвідношення досягло мінімуму – 2,1, що суттєво нижче, ніж у 2020 році (3,7). У період активного воєнного конфлікту (2022–2024) спостерігалось протилежне – співвідношення дівчата/хлопці зросло до 3,8.

У 2015–2019 роках кількість зареєстрованих випадків у порядку спадання була такою: трихомоніаз, урогенітальний мікоплазмоз, хламідіоз, гонококова інфекція, сифіліс. У період пандемії COVID-19 і воєнного конфлікту (2020–2024) трихомоніаз залишався провідною ІПСШ з найвищою часткою випадків.

Поширеність сифілісу зменшилася на 50,8 % у порівнянні між періодами 2015–2019 і 2020–2024 років, що є найменшою зміною серед досліджених інфекцій. Зниження випадків гонореї – 76,3 %. Стабільна тенденція по трихомоніазу (<78,9 % зміна). Зниження рівня урогенітального мікоплазмозу – 90,7 %.

Було проведено аналіз регіональної локалізації за кількістю зареєстрованих випадків у докризовий і кризовий періоди. Первинна локалізація змістилася з південних регіонів України до західних і центральних для сифілісу, трихомоніазу та урогенітального мікоплазмозу. Столиця (Київ) демонструє неспецифічне зростання кількості ІПСШ у період криз.

### **Обговорення.**

Ймовірно, розрив у кількості випадків ІПСШ між дівчатами та хлопцями буде надалі зростати, повертаючись до докризових рівнів. Пандемія COVID-19 спричинила неспецифічне зростання ІПСШ серед хлопців, можливими факторами можуть бути: вищий рівень супутньої діагностики під час захворювання на COVID-19, підвищена сексуальна активність під час локдауну тощо.

Зміни у регіональному розподілі, ймовірно, пов'язані з міграцією під час воєнного конфлікту, що змусила населення зі східних і південних регіонів переїжджати до безпечніших місць у центрі та на заході України. Цей процес створив несприятливе середовище в тимчасових пунктах та соціально вразливих умовах проживання. Міграція до столиці може бути пов'язана з кращим економічним становищем та доступності до навчальних закладів, що особливо важливо для вікової групи осіб 15–17 років. Програми з просування сексуального та репродуктивного здоров'я мають на меті зниження ризику ІПСШ, ВІЛ та підліткової вагітності в цій групі.

Соціальні кризи посилили вразливість підлітків щодо ІПСШ через низку факторів: переміщення, проживання у скупчених умовах, обмеження доступу до медичних послуг та освітніх програм. Пандемія COVID-19, локдауну та тривожність могли вплинути на зміну сексуальної поведінки, що частково пояснює тимчасове зростання кількості випадків серед хлопців.

### **Висновки.**

Кількість випадків ІПСШ серед підлітків в Україні має тенденцію до зниження, однак у період криз виникають локальні зміни у структурі та поширеності. Необхідне посилення профілактичної роботи серед підлітків, зокрема у регіонах із високим рівнем переміщеного населення. Слід забезпечити доступ до сексуальної освіти, конфіденційної діагностики та підтримки психічного здоров'я для підлітків у кризовий період.

### **Література:**

1. Marou, V., Vardavas, C.I., Aslanoglou, K. et al. The impact of conflict on infectious disease: a systematic literature review. *Confl Health*. 2024.
2. Jiahong Sun, Yongliang Zhu, Liu Yang, Chuanwei Ma. Associations of tobacco and alcohol use with sexual behaviors among adolescents in 59 countries: a population-based study. *BMC Public Health*. 2024.
3. James B Kirkbride, Deidre M Anglin, Ian Colman, Jennifer Dykxhoorn, Peter B Jones, Praveetha Patalay, Alexandra Pitman, Emma Sonesson, Thomas Steare, Talen

Wright, Siân Lowri Griffiths. The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*. 2024.

4. Chelsea L Shannon, Jeffrey D Klausner. The Growing Epidemic of Sexually Transmitted Infections in Adolescents: A Neglected Population. *Curr Opin Pediatr*. 2018.

## **COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF EMPIRICAL AND EXPERIMENTAL STUDIES IN MEDICINE WITH CLINICAL EXAMPLES**

***Pomohaibo K.G., Belkhadri Othman***

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

Modern medicine is based on the principles of evidence-based research, where data obtained through scientific research is crucial. Among these, empirical (observational) and experimental studies occupy a central place. Empirical research aims to collect factual data without active researcher intervention, allowing for the evaluation of real processes in natural settings. Experimental studies, by contrast, involve controlled interventions and allow for the identification of cause-and-effect relationships. Comparison of these studies is especially important for clinical practice, where the internal and external validity of the data obtained must be balanced [1].

Empirical studies include cohort, cross-sectional, and case-control studies. They enable the identification of patterns, disease incidence, risk factors, and prognoses for the course of pathological processes. For example, a large cohort study conducted in 2022 in the United States found that consumption of sugary drinks and ultra-processed foods is significantly associated with an increased risk of developing type 2 diabetes in adults. Another observational study found a direct link between air pollution and increased stroke rates in individuals over 60. Such studies help understand the role of the environment and human behavior in the development of chronic diseases. In oncology, observational studies have established that long-term smoking is associated with an increased risk of lung cancer, while alcohol consumption is associated with an increased incidence of liver and esophageal cancer. These data would have been impossible to obtain experimentally due to ethical constraints, highlighting the unique role of an empirical approach [3].

Experimental studies, particularly randomized controlled trials (RCTs), provide the highest level of evidence and are considered the "gold standard" in clinical medicine. An example is the SPRINT study (2021), which demonstrated that intensive blood pressure control (reducing systolic pressure below 120 mmHg) reduces the risk of cardiovascular complications and mortality in patients with hypertension. Another example is the EMPA-REG OUTCOME trial (2020), which confirmed the efficacy of empagliflozin in patients with type 2 diabetes in reducing cardiovascular risk. In oncology, experimental studies such as the pembrolizumab trial (KEYNOTE-177, 2020) demonstrated the efficacy of immunotherapy in patients with colorectal cancer, marking a revolutionary step in the treatment of this disease [2, 3, 8].

However, experimental studies also have limitations. Due to strict inclusion and exclusion criteria, they often fail to reflect real-world clinical practice. Patients with comorbid conditions or the elderly are often excluded from RCTs, which reduces the generalizability of the results. Observational studies fill this gap by demonstrating how

new treatments perform in real-world settings. For example, after the introduction of SGLT2 inhibitors for diabetes treatment, a number of cohort studies demonstrated that these drugs are safe and effective even in patients with chronic kidney disease, a finding subsequently confirmed experimentally [6]. The interplay of empirical and experimental methods has become particularly evident during the COVID-19 pandemic. Initially, observational data from China and Europe allowed us to identify risk factors for severe infection - age, obesity, and cardiovascular disease. Based on these data, predictive models and preventative measures were developed. At the same time, it was experimental studies, such as the RECOVERY RCT (2021), that confirmed the effectiveness of dexamethasone in reducing mortality in severely ill patients, while other RCTs demonstrated the ineffectiveness of hydroxychloroquine and convalescent plasma, which helped adjust clinical protocols [4, 5].

Thus, both approaches proved complementary: observational studies provided direction, while experimental studies tested and refined hypotheses. In cardiology, a similar situation is observed when studying the impact of diet and lifestyle on heart health. Observational studies have repeatedly demonstrated that the Mediterranean diet reduces the risk of coronary heart disease, stroke, and metabolic syndrome. However, experimental clinical trials, such as PREDIMED (repeated in 2022), have confirmed these findings in controlled settings, demonstrating that olive oil and nut consumption do indeed reduce the risk of cardiovascular disease. In oncology practice, observational studies have identified an association between obesity and an increased risk of breast cancer, and experimental studies have shown that weight loss and physical activity reduce the risk of disease recurrence in women who have undergone treatment [6, 7].

Thus, comparative analysis shows that empirical studies better reflect reality, identify associations, and serve as the basis for generating hypotheses, while experimental studies allow for the confirmation or refutation of these hypotheses with a high degree of certainty. Their combination provides the opportunity to obtain comprehensive and clinically relevant data. Modern approaches to integrating the results of different types of studies, such as meta-analysis, triangulation, and the use of real-world evidence, combine the advantages of both approaches. For example, a systematic review conducted in 2024 showed that in 70 % of cases, the results of observational studies coincide with the results of RCTs in the direction of effect, confirming their scientific value when methodology is properly applied [9].

In conclusion, it should be emphasized that empirical and experimental research are not opposed to each other, but rather complement each other. The former provides insight into the natural history of diseases and social factors, while the latter confirms the effectiveness of interventions and medications. The integrated use of both approaches forms the basis of evidence-based medicine, contributes to improved clinical decisions, and enhances the quality of medical care.

#### **References:**

1. Kim S. et al. (2023). Overview of clinical study designs. *PLoS Medicine*.
2. The SPRINT Research Group. (2021). A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *New England Journal of Medicine*.
3. Zinman B. et al. (2020). Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. *New England Journal of Medicine*.
4. RECOVERY Collaborative Group; Horby P. et al. (2021). Dexamethasone in hospitalized patients with COVID-19. *New England Journal of Medicine*.

5. Holman N. et al. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19. *The Lancet*.

6. Toews I. et al. (2024). Healthcare outcomes assessed with observational study designs vs RCTs: updated methodological review. *BMJ Open*.

7. Martínez-González M.A. et al. (2022). Mediterranean diet and cardiovascular disease: the PREDIMED randomized trial. *The Lancet*.

8. Keynote-177 Investigators. (2020). Pembrolizumab in microsatellite-instability–high advanced colorectal cancer. *New England Journal of Medicine*.

9. Ashcraft L.E. et al. (2024). A systematic review of experimentally tested implementation strategies. *Implementation Science*.

## МОЛЕКУЛЯРНА ЕПІДЕМІОЛОГІЯ МІТОХОНДРІАЛЬНОЇ КАРДІОМІОПАТІЇ: ПОШУК СЕРЕД МІТОХОНДРІАЛЬНИХ ТА ЯДЕРНИХ ГЕНІВ

**Данько Ю.С., Ячмєньова Е.С., Орловська К.В.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

**Актуальність.** Мітохондріальна кардіоміопатія, входить до числа найскладніших порушень функції мітохондрій, що характеризується поступовим руйнуванням міокарда та підвищеною ймовірністю розвитку серцевої недостатності й аритмій. Дане захворювання проявляє генетичну гетерогенність, оскільки його патогенез може бути обумовлений мутаціями як у мітохондріальній, так і в ядерній ДНК. Своєчасне молекулярно-генетичне дослідження, не лише забезпечує остаточну діагностику, й дозволяє прогнозувати динаміку хвороби, формувати індивідуальні підходи до терапії та надавати генетичні консультації.

Дослідження в цій галузі, грають вирішальну роль для підвищення якості діагностики кардіоміопатій та її профілактики.

**Мета.** Ми маємо на меті оцінити досягнення сучасних міжнародних молекулярних епідеміологічних досліджень, у вивченні мітохондріальної кардіоміопатії основна увага приділяється ролі мітохондріальних ядерних генів у прогресуванні цього захворювання.

**Ключові слова.** генетичне тестування; мутації; мітохондріальна ДНК; мітохондріальні захворювання; мітохондріальна кардіоміопатія;

**Матеріали та методи.** Ми провели огляд праць, що стосуються вивчення молекулярно-епідеміологічної тематики мітохондріальної кардіоміопатії, приділяючи основну частину уваги вивченню особливостей мутацій в мітохондріальних і ядерних генах, їхнього впливу на характер хвороби, можливості діагностики та вибір індивідуальних лікувальних заходів. Виконувався літературний систематизований аналіз, що склався зі статей, результатів досліджень та рекомендацій експертів, що були опубліковані в інформаційних базах даних таких як PubMed, Cochrane Library за останні 5 років, з 2020 до 2025 року включно. Також був проведений всебічний аналітичний огляд для виявлення основних напрямків та вивчення вкладу сучасних досліджень у розробку даної проблематики.

**Результати.** У 2020 р. Wei X., et al. досліджували вплив мітохондріальної дисфункції в розвитку серцевих патологій. Вони виявили, що порушення

енергетичного обміну та підвищений оксидативний стрес є ключовими механізмами, що стоять за мітохондріальною кардіоміопатією, спричиняючи поступове ураження міокарда та розвиток серцевої недостатності [1].

У 2021 р. Mazzaccara С. та колеги виконали систематичний огляд 29 досліджень, включаючи клінічні випадки, ретроспективні та проспективні аналізи, з метою виявлення генетичних факторів кардіоміопатії. Було ідентифіковано приблизно 130 генів, пов'язаних із захворюванням, 34,3 % яких кодують білки ланцюга дихального ланцюга:

22,8 % – субодиниці комплексів OXPHOS, 11,5 % – фактори їхнього складання. Крім того, 15,3 % мутацій локалізовано у генах тРНК мітохондріальної ДНК, що асоціюються як із мультисистемними, так і ізольованими мітохондріальними кардіоміопатіями. Найчастішим фенотипом виявилась гіпертрофічна кардіоміопатія [2].

У 2022 р. Ян Дж. та співробітники провели спеціальний аналіз генетичної гетерогенності, поряд з дослідженням функціональних властивостей клітинних і тваринних моделей. Завдяки результатам дослідження можемо спостерігати, що для точної діагностики необхідно поєднання молекулярно-генетичних методів з функціональною діагностикою, водночас з цим визначенням перспективних напрямів лікування, включаючи розробку цільових наукових стратегій узагальнили новітні дані щодо молекулярної епідеміології, діагностики та моделей мітохондріальної кардіоміопатії. Дослідники зазначають, що ця патологія виникає внаслідок генетичної різноманітності, яка була спричинена мутаціями як в ядерних, так і в мітохондріальних ДНК [3].

У 2023 році Werbner B. et al. оприлюднили результати огляду, в якому наголосили на значенні накопичення побічних сполук метаболізму, окислювального руйнування та порушення структури мітохондрій при розвитку фіброзу тканин міокарда та її гіпертрофії. Дослідники розглянули наявність зв'язків між дисфункцією мітохондрій та реорганізацією структури міокарда при метаболічних порушеннях, серцевій недостатності [4].

У 2024 році Watson W.D. та колеги провели огляд, в якому детально описали механістичний зв'язок між підвищеною потребою серця в енергії та мітохондріальною дисфункцією. Дослідники вказали, що мітохондріальна дисфункція, особливо спричинена порушенням гомеостазу кальцію, окислювальним стресом та структурними аномаліями, є основним чинником прогресування серцевої недостатності. Вони підкреслили важливість дослідження цих механізмів для розробки нових терапевтичних підходів [5].

У 2024 році Джонсон Е. та колеги дослідили вплив мітохондріальної дисфункції та порушення гомеостазу кальцію на розвиток серцевої недостатності. Автори підкреслили значення окисного стресу та ремоделювання міокарда, як ключових патогенних факторів цього захворювання, також обговорили перспективи терапевтичних втручань, спрямованих на відновлення функції мітохондрій [6].

**Висновки.** Тому ми можемо сформулювати такі висновки: результати міжнародних наукових даних доводять, що мітохондріальна кардіоміопатія є мультифакторною хворобою, яка є спричиненою мутаційними змінами мітохондріальної та ядерної ДНК. Ключовими факторами її виникнення є дисбаланс фосфорно-кальцієвого гомеостазу, оксидативний стрес, енергетична недостатність, дисфункція ендотелію. Інтегрування методів

генетичної та функціональної діагностики, дає певну можливість виявити окремі категорії пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку мітохондріальної кардіоміопатії та прогнозувати перебіг захворювання.

### **Література:**

1. Mutations in FASTKD2 are associated with mitochondrial disease with multi-OXPHOS deficiency Xiujuan Wei, Miaomiao Du, Dongxiao Li, Shumeng Wen, Jie Xie, Yuanyuan Li, Aolong Chen, Kun Zhang 1, Pu Xu, Manli Jia, Chaowei Wen, Huaibin Zhou, Jianxin Lyu, Yanling Yang, Hezhi Fang 2020 May. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31944455/>

2. Molecular Epidemiology of Mitochondrial Cardiomyopathy: A Search Among Mitochondrial and Nuclear Genes Cristina Mazzaccara, Bruno Mirra, Ferdinando Barretta, Martina Caiazza, Barbara Lombardo, Olga Scudiero, Nadia Tinto, Giuseppe Limongelli, Giulia Frisso 2021 May. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34072184/>

3. Mitochondrial Cardiomyopathy: Molecular Epidemiology, Diagnosis, Models, and Therapeutic Management Jinjuan Yang, Shaoxiang Chen, Fuyu Duan, Xiuxiu Wang, Xiaoxian Zhang, Boonxuan Lian, Meng Kou, Zhixin Chiang, Ziyue Li, Qizhou Lian. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36359908/>

4. Werbner B., Tavakoli-Rouzbehani O.M., Fatahian A.N., Boudina S. The dynamic interplay between cardiac mitochondrial health and myocardial structural remodeling in metabolic heart disease, aging, and heart failure. *J Cardiovasc Aging*. 2023 Jan;3(1):9. doi: 10.20517/jca.2022.42 URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36742465/>

5. Watson W.D., Arvidsson P.M., Miller J.J., Lewis A.J., Rider O.J. A Mitochondrial Basis for Heart Failure Progression. *Cardiovasc Drugs Ther*. 2024 Dec;38(6):1161–1171. doi: 10.1007/s10557-024-07582-0 URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38878138/>

6. Johnson E., Albakri J.S., Allemailem K.S., Sultan A., Alwanian W.M., Alrumaihi F., Almansour N.M., Aldakheel F.M., Khalil F.M.A., Abdullallah M., Smith O. Mitochondrial dysfunction and calcium homeostasis in heart failure: Exploring the interplay between oxidative stress and cardiac remodeling for future therapeutic innovations. *Curr Probl Cardiol*. 2025 Mar;50(3):102968. doi: 10.1016/j.cpcardiol.2024.102968 URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39653095/>

## **RANDOMIZED TRIALS AS MOST RELIABLE APPROACHES TO EVALUATE THE EFFICACY AND SAFETY OF MEDICAL INTERVENTIONS**

***Pomohaibo K.G., Ait Bahadou Ayub***

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

In modern medicine, methods that ensure high reliability of scientific data are of particular importance. One of the most reliable and recognized approaches is the randomized controlled trial. This method is used to evaluate the efficacy and safety of drugs, diagnostic procedures, and therapeutic interventions. The basic principle of randomization is the random assignment of study participants to groups, which minimizes the influence of subjective factors and increases the objectivity of the results.

Randomized trials have become the foundation of evidence-based medicine and play a key role in the development of clinical guidelines and treatment protocols.

Randomization is the process of randomly assigning study participants to two or more groups: the experimental group and the control group. Patients in the experimental group receive a new treatment or intervention, while those in the control group receive standard therapy or a placebo. Random assignment eliminates selection bias and makes the groups comparable in important characteristics. The main advantage of randomized controlled trials is their ability to identify causal relationships between intervention and outcome. Such studies allow us to determine with a high degree of certainty whether a new treatment is truly more effective than an existing one. They also help identify potential side effects and assess the safety of the therapy.

An ideal randomization procedure would achieve the following goals: maximize statistical power, especially in subgroup analyses – generally, equal group sizes maximize statistical power, however, unequal group sizes may be more powerful for some analyses, and are sometimes desirable for non-analytic reasons; minimize selection bias – this can occur if investigators may consciously or unconsciously favor patients between treatment groups. A good randomization procedure will be: unpredictable, so researchers cannot guess the next subject's treatment assignment based on previous treatment assignments. The risk of selection bias is greatest when previous treatment assignments are known (as in unblinded studies) or can be inferred (perhaps if a drug has characteristic side effects); minimize allocation bias. This can occur when the variables that influence the outcome are not equally distributed between treatment groups, and the effect of the treatment is confounded with the effect of the variables. If the randomization procedure causes imbalance in outcome variables across groups, effect estimates may be biased unless they are adjusted for variables (which may be immutable and therefore cannot be adjusted for).

However, no single randomization procedure meets these goals in all circumstances, so researchers must choose a procedure for a given study based on its advantages and disadvantages.

There are several methods for allocating participants: simple, block, stratified, and adaptive randomization. Blinding increases the accuracy and objectivity of results. In a single-blind study, patients do not know which treatment they are receiving, while in a double-blind study, neither patients nor physicians know. Randomized trials are widely used in the development and registration of drugs, vaccines, and treatments. They have confirmed the efficacy and safety of many modern drugs for the treatment of cardiovascular, oncological, and infectious diseases [1–4].

**Conclusion.** Randomized trials are central to evidence-based medicine. They provide objective data on the impact of medical interventions and provide scientific justification for clinical decisions. The use of randomization makes study results more reliable and reproducible, which contributes to improved quality of care and patient safety. In the future, advances in statistical methods and digital technologies will make randomized controlled trials even more accurate, efficient, and accessible to a wider range of researchers.

#### **References:**

1. Friedman, L. M., Furberg, C. D., & DeMets, D. L. (2010). *Fundamentals of Clinical Trials* (4th ed.). Springer.
2. Pocock, S. J. (2013). *Clinical Trials: A Practical Approach*. Wiley.

3. Schulz, K. F., Altman, D. G., & Moher, D. (2010). CONSORT 2010 Statement: Updated Guidelines for Reporting Parallel Group Randomised Trials. *BMJ*, 340, c332.

4. Hariton, E., & Locascio, J. J. (2018). Randomised Controlled Trials – The Gold Standard for Effectiveness Research. *BJOG*, 125(13), 1716–1716.

## **ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ВІДМОВУ ВІД ВАКЦИНАЦІЇ: АНАЛІЗ ПРИЧИН ТА СТРАТЕГІЇ ПОДОЛАННЯ**

*Монакова О.С., Харченко Л.В., Ярош Д.В.*

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

**Вступ.** Вакцинація проти інфекційних хвороб відіграє ключову роль у запобіганні епідеміям, ускладненням і смертям від захворювань, яких можна уникнути завдяки щепленням [1]. Відмова від вакцинації – це серйозна загроза не тільки для здоров'я самого відмовника, й для людей довкола та суспільства в цілому [2]. Причини відмови від вакцинації багатогранні і залежать не лише від знань, й від психологічних та соціальних факторів, таких як страх, недовіра та особистий досвід. Важливою складовою для заохочення суспільства до вакцинації є стратегії подолання, що насамперед зосереджені на підвищенні довіри та боротьбі з дезінформацією.

**Мета роботи.** Аналіз та систематизація соціальних, психологічних та соціокультурних факторів, що впливають на відмову від вакцинації; визначення та обґрунтування ефективних стратегій подолання цих бар'єрів для залучення суспільства до імунізації.

**Матеріали і методи.** Проаналізовано наукові джерела з баз PubMed/Medline, статті в міжнародних та вітчизняних наукових журналах та публікації МОЗ, опубліковані за останні 7 років (2018–2025 рр.). Відбір літератури здійснено за ключовими словами «refusal of vaccination», «strategies for vaccine uptake», «vaccination» та їх українськими еквівалентами «відмова від вакцинації», «вагання щодо вакцинації», «причини відмови від щеплень».

**Результати та обговорення.** Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає небажання вакцинуватися як «небажання або відмова від вакцинації, незважаючи на наявність вакцин», що знижує наміри щодо вакцинації та охоплення вакцинацією [3]. Великі дослідження розглядають сумнів у вакцинації як властивість гетерогенної групи людей, що варіюється від часткового неприйняття до повної відмови. На основі аналізу наукових джерел, основні причини відмови від вакцинації можна згрупувати у 3 категорії. *До першої групи* входить недовіра до вакцини та медичної сфери, яка включає страх перед побічними ефектами, конспірологічні теорії та недовіру до фармацевтичних компаній [11]. *Друга група* – релігійні та культурні фактори, які включають релігійні переконання, вплив суспільного середовища та негативний досвід [4, 5]. *Третя група* включає недостатню інформованість та доступність, що проявляється у нестачі знань, відсутності доступу до медичних послуг або низьку їх якість.

Дані досліджень, проведених в Україні, підтверджують значну роль психоемоційних факторів у формуванні антивакцинальних настроїв. За даними

Пугач А.М. зі співавт. [6], серед основних причин відмови від вакцинації перше місце посідає страх побічних реакцій (67,3 %), за ним йдуть недовіра до виробника (41,8 %) та страх протипоказань (32,7 %). Інші фактори, що в сукупності становлять 29,1 %, включають релігійні переконання, віру в неефективність вакцинації та думку, що «краще перехворіти» для отримання природного імунітету [6]. Аналогічні тенденції були виявлені в дослідженні Bukhari, M.H.et al. [7], де серед опитаних українських батьків 24,26 % вважають вакцини ризикованими, включаючи 5,62 % респондентів, які розуміють ефективність та безпеку вакцини, 18 % стикалися з дезінформацією про вакцину, 22,3 % цінували індивідуальну автономію у рішеннях щодо охорони здоров'я, 16,7 % стурбовані доступом до вакцин. Загалом 44,22 % мали брак довіри в інформації про вакцини, з яких 35,1 % розуміли ефективність вакцин, 29,1 % зазнали впливу дезінформації, 41,2 % цінували індивідуальну автономію, 37,5 % мали занепокоєння щодо доступу до вакцини [7].

Навіть у медичній сфері, яка має доступ до науково-обґрунтованих досліджень, існує проблема вагань щодо імунізації. Згідно з даними Андрієвської Л. з співавт. [8], ставлення медичних працівників до імунізації є переважно позитивним: 94 % опитаних ставляться до щеплень позитивно, 4 % – з застереженням і 0,7 % – негативно. Незважаючи на високий рівень позитивного сприйняття, спостерігається значний розрив між ставленням та фактичним рівнем вакцинації. Результати опитування показують, що лише 54 % медичних працівників щеплені повністю згідно з Національним календарем щеплень, 30 % – отримали додаткові щеплення, рекомендовані або обов'язкові для медичних працівників (наприклад, проти грипу, гепатиту В, 15 % – щеплені неповністю, 1 % – не щеплені взагалі [8].

Важливою складовою для заохочення суспільства до вакцинації є стратегії подолання, які насамперед зосереджені на підвищенні довіри та боротьбі з дезінформацією. Кожна стратегія має бути спрямована на ефективну комунікацію з суспільством. На сьогодні медична сфера та лікарі мають проводити просвітницьку роботу, спрямовану на спростування відомих міфів (наприклад, про побічні реакції від вакцини, які набагато шкідливіші або про зв'язок з аутизмом) не лише теоретично [9], й спираючись на доведені факти. Батьки називають довірчі відносини з педіатром найбільш важливим фактором, що впливає на їх рішення щодо вакцинації [4, 12]. Історичні приклади вказують що масова вакцинація дозволила перемогти натуральну віспу назавжди, що є вагомим аргументом на користь від проведеної імунізації [10]. Крім того, в умовах широкого поширення цифрових медіа, лікарі мають розповсюджувати інформацію не лише при прямому спілкуванні з пацієнтами, й через підвищення рівня медіаграмотності, що дозволить критично сприймати інформацію і знизити рівень антивакцинальних настроїв.

**Висновки.** Відмова від вакцинації зумовлена комплексом соціальних, психологічних та культурних чинників. Подолати цю проблему можна шляхом підвищення довіри до медичної сфери, якісної просвітницької роботи, боротьби з дезінформацією та формування критичного мислення в суспільстві. Комплексний підхід дозволяє знизити антивакцинальні настрої та забезпечити належний рівень колективного імунітету.

## Література:

1. Центр громадського здоров'я України | МОЗ. Чим небезпечна відмова від вакцинації. Центр громадського здоров'я. URL: <https://phc.org.ua/news/chim-nebezpechna-vidmova-vid-vakcinacii>
2. Центр громадського здоров'я України | МОЗ. Вакцинація проти кору: чому батьки відмовляються від щеплень дітей? Центр громадського здоров'я. URL: <https://phc.org.ua/news/vakcinaciya-proti-koru-chomu-batki-vidmovlyayutsya-vid-sheplen-ditey>
3. MacDonald, N. E., & SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33(34), 4161–4164. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>
4. Tokish, H., & Solanto, M. V. (2020). The problem of vaccination refusal: a review with guidance for pediatricians. *Current Opinion in Pediatrics*, 32(5), 683–693. doi:10.1097/MOP.0000000000000937
5. Howell, J. L., Gasser, M. L., Kaysen, D., & Lindgren, K. P. (2022). Understanding parental vaccine refusal: Implicit and explicit associations about vaccines as potential building blocks of vaccine beliefs and behavior. *Social Science & Medicine*, 310, 115275. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953622005810>
6. Пугач А. М., Бондаренко, А. В. Обізнаність майбутніх батьків про вакцинацію. *Сучасна педіатрія. Україна*, 5(133), 85–89. <https://doi.org/10.15574/sp.2023.133.85>
7. Bukhari, M. H., Pavlova, I., Lapii, F., & Haque, U. (2025). Vaccine hesitancy in war-torn Ukraine: A machine learning framework for resilient immunization. URL: [https://www.researchgate.net/publication/394869731\\_Vaccine\\_hesitancy\\_in\\_war-torn\\_Ukraine\\_A\\_machine\\_learning\\_framework\\_for\\_resilient\\_immunization](https://www.researchgate.net/publication/394869731_Vaccine_hesitancy_in_war-torn_Ukraine_A_machine_learning_framework_for_resilient_immunization)
8. Андрієвська, Л., Пасічна, С., & Гринюк, О. (n.d.). Прихильність медичних працівників до вакцинації. *Український медичний часопис*. URL: <https://www.umj.com.ua/uk/publikatsia-242412-prihilstnist-medichnih-pratsivnikiv-do-vaktsinatsiyi>
9. Міністерство охорони здоров'я України. (n.d.). 9 міфів про вакцинацію. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/9-mifiv-pro-vakcinacii>
10. Центр громадського здоров'я України | МОЗ. (n.d.). Загальна інформація. Центр громадського здоров'я. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/imunizaciya/zagalna-informaciya>
11. Martinelli, M., & Veltri, G. A. (2022). Shared understandings of vaccine hesitancy: How perceived risk and trust in vaccination frame individuals' vaccine acceptance. *PLoS One*, 17(10), e0276519. doi:10.1371/journal.pone.0276519
12. Cookson, D., Jolley, D., Dempsey, R. C., & Povey, R. (2021). A social norms approach intervention to address misperceptions of anti-vaccine conspiracy beliefs amongst UK parents. *PLoS One*, 16(11), e0258985. doi:10.1371/journal.pone.0258985

## **METHODOLOGY OF SCIENTIFIC RESEARCH IN MEDICINE. KEY ASPECTS**

***Pomohaibo K.G., Chenchui Han***

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

The rapidly expanding role of science in the modern world requires future medical professionals to possess a significant level of theoretical knowledge and practical skills in conducting and effectively organizing scientific research. Modern medicine is impossible without scientific research aimed at developing methods for diagnosing, preventing, and treating diseases. Scientific research methodology in medicine is a set of principles, approaches, and methods that ensure reliable and objective results. Scientific research methodology in medicine is a set of principles, approaches, methods, and tools that are appropriate to the objectives and ensure reliable and objective results. Medical research methodology also includes defining the purpose, objectives, object, and subject of the study. The quality, reliability, and practical significance of scientific data depend on the correct choice of methodological framework. The scientific approach in medicine is based on the principles of evidence-based, objectivity, and reproducibility.

Selecting a research topic is an extremely complex, creative process that largely determines the success of scientific endeavors. The research topic must be relevant, innovative, and demonstrate the researcher's arguments based on the results obtained, as well as be of scientific and practical significance. Since scientific research requires significant logistical and time investment, as well as creative effort, choosing a research topic is a crucial step in the upcoming study. When choosing a research topic, it is advisable to begin by studying the experience of previous generations of scientists. To this end, it's necessary to study the problem under study not only through literary sources but also to master modern methodological frameworks and understand the research being conducted at the world's leading scientific schools. Therefore, at the initial planning stage, the key is to eliminate duplication and ensure a sufficiently high level of in-house knowledge on the specific problem. At the second stage of planning, an original approach should be found in setting the research problem, and then in solving it, using new methodological approaches, areas of their application, etc. The following techniques can be used to search for new solutions in scientific research: familiarization with current and retrospective information, primarily of an overview and analytical nature; familiarization with the latest achievements of science and technology in related fields of knowledge and the transfer of methods and methodological techniques from one's own field of knowledge to them or, conversely, borrowing them from related fields; the development of new, more advanced research methods, technologies, devices or composite materials that open up broad prospects for their use in scientific research, as well as methods of systems analysis and scientometric methods.

The following stages of medical research include: problem statement and hypothesis formulation – the relevance of the topic and the scientific assumption to be tested are determined; literature review – current sources are analyzed, gaps in knowledge are identified, and a theoretical basis is formed; selection of methods and materials – clinical, laboratory, statistical, epidemiological and sociological methods are used; Data collection and processing – standardized procedures,

random assignment of participants, and control groups are used; analysis and interpretation of results – biostatistical and comparative analysis methods are used to confirm or refute the hypothesis; formulation of conclusions and practical recommendations – the results are discussed in light of data from other studies, and prospects for further work are determined.

The development of epidemiology as a science has led to the emergence of a significant number of research types and an increase in the volume of studies conducted, which needed to be systematized based on their usefulness for practical healthcare. Currently, there are many different approaches to classifying scientific research, and none of the current classifications is exhaustive. However, the main types of medical research are: fundamental – studying basic biological mechanisms and processes; clinical – testing the effectiveness and safety of new diagnostic and treatment methods; epidemiological – studying patterns of disease spread and risk factors; and socio-medical – studying the impact of social conditions and lifestyle on population health [2, 3].

It should be noted that ethical principles are particularly important in medicine: voluntary informed consent of participants, protection of personal data, humane treatment, and respect for patients' rights. Compliance with these standards is monitored by ethics committees and is regulated by international documents, such as the World Medical Association's Declaration of Helsinki [1].

Conclusion. Scientific research methodology in medicine ensures the scientific validity, reliability, and practical significance of the data obtained. Proper application of methodological principles contributes to the development of evidence-based medicine, the implementation of innovations, and the improvement of the quality of medical care. Knowledge of the fundamentals of methodology is essential for every medical professional striving for professional growth and participation in scientific research.

#### **References:**

1. World Medical Association. Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. 2013.
2. Sackett D. L. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. Churchill Livingstone, 2014.
3. Hulley S. B., Cummings S. R., Browner W. S., Grady D. G., Newman T. B. *Designing clinical research*. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia, LWW, 2013, 378 p.

## **MODERN APPROACHES OF EVIDENCE-BASED MEDICINE TO EARLY DETECTION AND PREVENTION OF COMPLICATIONS OF PREGNANCY POSSIBILITY OF OBSTETRIC PRACTICE**

**Orel O.V.<sup>1</sup>, Orel M.O.<sup>2</sup>**

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

<sup>2</sup>*Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine*

**Introduction.** Pregnancy is a natural physiological process, but in 15–20 % of cases, the course can be complicated by pathological conditions that pose a threat to the health of the mother and the fetus. Pre-eclampsia, gestational diabetes, delay of intrauterine fetal development, premature births are most commonly observed.

Identifying such complications in the later stages significantly limits the possibilities of treatment and prevention, which causes the urgency of finding modern evidential methods of early diagnosis.

In the world, priority is given to integrated screening programs that combine anamnestic data, biophysical indicators and biochemical markers. Timely determination of risk groups allows for time to apply preventive measures, reduce the frequency of pregnancy complications and improve perinatal results.

**The aim** of the work was to analyze modern evidential approaches to early detection and prevention of pregnancy complications, determine their opportunities for obstetric practice in Ukraine.

**Materials and Methods.** System analysis of scientific publications for 2015–2025, presented in PubMed, Cochrane Library, Scopus. Keywords: pregnancy complications, Early Detection, Prevention, Eviding-Based Obstetrics. WHO, National Health Institute and Medical Aid (Nice, United Kingdom), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) have also been studied.

**Results and Conclusions.** In the course of the analysis of literary sources, it was found that for early detection of pregnancy complications, the most effective is the combined approach to screening in the first trimester. It includes the evaluation of anamnestic factors (mother age, body mass index, hypertension, complicated obstetric history), biophysical parameters (blood pressure level, ultrasonic evaluation of blood flow in the uterine arteries) and biochemical markers (PLGF, PAPP, PAPP-A) [1].

It has been proven that the use of mathematical prognostic models, including FMF First Trimester Screening and ASPRE, allows us to identify women with a high risk of preeclampsia and fetal growth retardation with an accuracy of more than 80 %.

Regarding preventive strategies, modern clinical guidelines recommend the use of low doses of acetylsalicylic acid (75–150 mg per day) in pregnant women at high risk of pre-eclampsia. Modification of lifestyle, eating optimization and physical activity, especially for women with overweight and metabolic disorders, as well as timely treatment of extragenital diseases, such as arterial hypertension or diabetes, are also important [2].

A separate role is played by the introduction into the clinical practice of protocols built on the basis of evidence-based medicine. Their use allows to reduce the frequency of preeclampsia by 60–70 % of women of high risk groups, to reduce perinatal mortality and the frequency of prompt development by caesarean section, as well as to optimize the use of healthcare resources [3,4].

Modern early screening methods of pregnancy complications have high prognostic value and allow to form individualized prevention strategies. The introduction of evidence protocols significantly reduces the frequency of severe obstetric complications and has a positive effect on maternal and perinatal mortality. For obstetric and gynecological assistance in Ukraine, an important task is to integrate evidential approaches into the primary care system and develop national screening programs.

#### **References:**

1. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstet Gynecol.* 2020 Jun;135(6):e237-e260. doi: 10.1097/AOG.0000000000003891. PMID: 32443079.
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. London, 2023.

3. Rolnik DL, Wright D, Poon LC, O'Gorman N, Syngelaki A, de Paco Matallana C, Akolekar R, Cicero S, Janga D, Singh M, Molina FS, Persico N, Jani JC, Plasencia W, Papaioannou G, Tenenbaum-Gavish K, Meiri H, Gizurason S, Maclagan K, Nicolaides KH. Aspirin versus Placebo in Pregnancies at High Risk for Preterm Preeclampsia. *NEngl J Med.* 2017 Aug 17;377(7):613-622. doi: 10.1056/NEJMoa1704559. Epub 2017 Jun 28. PMID: 28657417.

4. Nicolaides KH. A model for a new pyramid of prenatal care based on the 11 to 13 weeks' assessment. *Prenat Diagn.* 2011 Jan;31(1):3-6. doi: 10.1002/pd.2685. PMID: 21210474.

## APPLICATION OF ROC ANALYSIS TO EVALUATE THE RESULTS OF SCIENTIFIC RESEARCH IN MEDICINE

***Pomohaibo K.G., Razzak Haider Saad***

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

**Introduction.** Modern medicine is based on the principles of evidence-based research, which requires the use of statistical methods for the objective evaluation of diagnostic and prognostic models. One of the key tools for analyzing the effectiveness of medical tests and models is (ROC) analysis (Receiver Operating Characteristic). This method evaluates the ability of diagnostic tests to differentiate between conditions – for example, the presence and absence of a disease – and thus provides a basis for clinical decision-making. ROC analysis is widely used in biomedical research, including the evaluation of new biomarkers, machine learning algorithms, and prediction methods.

ROC analysis is a graphical and quantitative method for assessing the quality of a diagnostic test. It is based on constructing an ROC curve, which reflects the relationship between sensitivity (True Positive Rate) and specificity (False Positive Rate). The closer the curve is to the upper left corner of the graph, the higher the diagnostic accuracy of the test. The integral metric of ROC analysis is the area under the curve (AUC), which ranges from 0.5 (no diagnostic value) to 1.0 (perfect accuracy).

The ROC curve is based on the concept of a «cutoff» scale, where the results for patients and non-patients form a pair of overlapping distributions. Complete separation of the two underlying distributions implies a perfectly discriminatory test, while complete overlap implies no discrimination. The ROC curve shows the tradeoff between the true positive fraction (TPF) and the false positive fraction (FPF) as the positivity criterion changes.

The most valuable property of ROC analysis is that the accuracy scores obtained using this method are not distorted by variations caused by the use of arbitrarily chosen decision criteria or thresholds. In other words, accuracy indicators are independent of the decision criterion, i.e., the reader's or observer's tendency to select a specific cutoff value for the discriminator variable and/or to consider the a priori probability of a «signal». The resulting summary accuracy indicator, such as the area under the curve (AUC), determines the test's inherent ability to discriminate between sick and healthy patients. Using this indicator as a measure of diagnostic performance, it is possible to compare individual tests or to judge

whether different combinations of tests (e.g., a combination of imaging modalities or a combination of readers) can improve diagnostic accuracy.

ROC analysis has a wide range of applications in medicine. In clinical trials, it is used to evaluate the diagnostic performance of laboratory tests, imaging methods, and artificial intelligence models. For example, when studying new cardiovascular biomarkers, ROC analysis helps determine optimal thresholds that balance sensitivity and specificity. In oncology, ROC analysis is used to compare models for predicting relapse and patient survival. In epidemiological studies, the method helps evaluate the accuracy of screening programs and early detection algorithms.

One of the advantages of ROC analysis is its independence from sample distribution and the proportion of positive and negative cases. This makes the method universally applicable for comparing diagnostic models and algorithms across different populations. However, when interpreting the results, it is important to consider the context of the study, the clinical implications of type I and II errors, and potential data bias. Modern approaches in medical statistics complement ROC analysis with methods that consider error weights and the clinical utility of a test – for example, net benefit analysis and decision curve analysis. Nevertheless, ROC analysis remains a basic tool, part of the standard arsenal of evidence-based medicine and bioinformatics [1–3].

**Conclusion.** Thus, ROC analysis is a powerful tool for statistically evaluating the effectiveness of diagnostic and prognostic models in medicine. Its versatility, ease of interpretation, and clarity make it an indispensable tool in planning and analyzing clinical trials. Using ROC analysis improves the quality of scientific conclusions and helps to implement only those methods and tests that demonstrate high diagnostic accuracy and clinical significance.

#### **References:**

1. Fawcett, T. (2006). An introduction to ROC analysis. *Pattern Recognition Letters*, 27(8), 861–874.
2. Hajian-Tilaki, K. (2013). Receiver operating characteristic (ROC) curve analysis for medical diagnostic test evaluation. *Caspian Journal of Internal Medicine*, 4(2), 627–635.
3. Zou, K. H., O'Malley, A. J., & Mauri, L. (2007). Receiver-operating characteristic analysis for evaluating diagnostic tests and predictive models. *Circulation*, 115(5), 654–657.

## **PROBLEMS OF EVIDENCE-BASED MEDICINE IN UKRAINE: ANALYSIS OF MAJOR OBSTACLES AND CAPABILITIES**

**Yaremenko A.V.<sup>1</sup>, Orel M.O.<sup>2</sup>**

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

<sup>2</sup>*Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine*

**Introduction.** In today's world, evidence-based medicine is a standard that involves the integration of the best available scientific evidence with the clinical experience of the doctor and the individual characteristics of the patient. In Ukraine, in recent years, there has been a significant increase in interest in evidence-based medicine: more clinical guidelines, Ministry of Health resources, educational projects, and directories have emerged. However, although the basis formally exists, the

implementation, or the application of these principles in practice, is incomplete and often faced with significant obstacles. These theses have a review of the main problems of evidence-based medicine in Ukraine and outlines the possibilities of overcoming these obstacles.

**The main problems.** *One* of the key problems is limited access to adapted clinical guidelines that take into account the local context, resources, epidemiological features. Although the Ministry of Health has an online platform with clinical protocols on the basis of evidence-based medicine, not all doctors or establishments are able to use them in full, due to lack of resources, or because protocols do not take into account the specifics of local conditions.

The *second* problem is human factor: habits, stereotypes, lack of motivation or knowledge of doctors and medical staff. Often recommended, evidenced, well-founded interventions are not performed due to conservatism, fear of change, or lack of understanding of the new protocol. In addition, patients sometimes have distrust of new treatment standards or anticipation of treatment for old recipes.

The *third* one – information barriers. This concerns the quality and availability of scientific publications, directories, textbooks: not all materials in Ukrainian, not all doctors have access to international databases or have critical reading skills.

The *fourth* one – organizational and systemic weakness: unnewarmed health structure, insufficient financing, uneven resources distribution, supply support on health care administration, and no incentives for doctors to apply evidence-based medicine.

There are also regulatory and legal obstacles: lack of clear legislative requirements or standards for the use of evidence-based medicine, lack of control over clinical protocol compliance, lack of responsibility mechanisms.

The latter of important problems are access and infrastructure constraints: hospitals in regions, especially in rural areas, often do not have the necessary laboratory or diagnostic base, material and technical support, fast internet or modern communication. This limits the use of modern evidence, remote consultations and updated standards.

**Opportunities and ways of solving.** Despite the obstacles, there are tangible opportunities for the promotion of evidence-based medicine in Ukraine. First, Online resources and platforms, such as Ministry of Health' platform for clinical guidelines, reference books, textbooks – form a basis on which you can build further steps.

*Secondly*, Educational initiatives: courses for doctors, students, medical professionals with the skills of interpreting scientific data, critical thinking, evaluation of evidence – all this can reduce «human resistance» and increase the motivation to use evidence-based medicine.

*Third*, adaptation and localization of protocols and standards taking into account Ukrainian reality: economic opportunities, accessibility of equipment, population features, cultural aspects. This makes clinical guidelines more applicable and relevant.

*Fourth* – improving infrastructure: Increasing the level of equipment of health care facilities, improving Internet access and diagnostic facilities, providing laboratories, modernizing health care information systems.

*Fifth* – regulatory reforms and support at the state level: fixing standards of evidence-based medicine in the legislation, establishing mandatory requirements for clinical protocols, monitoring their implementation, creating incentives (tangible and intangible) for doctors and institutions – for example, through accreditation.

**Conclusions.** The problems of evidence-based medicine in Ukraine are multidimensional – they include cultural, educational, resource and systemic factors. However, the key idea is that existing problems are solved if you apply a comprehensive approach: to combine state policy, modernization of infrastructure, education and motivation of health workers, adaptation of international standards. The efforts of organizations such as the Ukrainian Association of Evidence Medicine, Initiatives on Adapted Directorials, the presence of online protocols – all this shows that Ukraine is moving in the right direction. For further progress, it is important to ensure the constancy of reforms, increase funding, maintain local opportunities and increase the level of trust between patients and doctors.

**References:**

1. Стучинська Н. В., Микитенко П. В., Кучеренко І. І., Мельник О. М. Доказова медицина як складова професійної підготовки майбутнього лабораторного діагноста. *Медицина та фармація: освітні дискурси*. Вип. 2, 2025. С. 56–63.
2. Пузанова О. Г. Доказова медична профілактика: міжнародний досвід. *Сімейна медицина*. 2016. № 6. С. 34–37.
3. Уваренко А. Р. Доказова медицина у спектрі наукової медичної інформації, галузевої інноваційної політики та якості медичного забезпечення. / А. Р. Уваренко, Б. О. Ледошук, З. М. Митник. К. : Здоров'я, 2009. 176 с.

## **SYSTEMS ANALYSIS AND META-ANALYSIS IN EVIDENCE-BASED MEDICINE**

***Pomohaibo K.G., Ahmed Khatim***

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

**Introduction.** The development of evidence-based medicine has become a key area of modern healthcare. It is based on the integration of the best scientific evidence, clinical experience, and individual patient characteristics when making decisions about diagnosis, treatment, and disease prevention. However, the constant growth of research and scientific publications leads to information overload, making it difficult for physicians and researchers to independently assess the reliability and applicability of all available data. In these conditions, methods of system analysis and meta-analysis acquire particular importance, as they allow structuring available information and generalizing the results of numerous studies on one topic.

Systems analysis in evidence-based medicine is a structured, logically consistent approach to searching, evaluating, and synthesizing scientific research data. It aims to obtain the most comprehensive and objective picture of a specific clinical question. Unlike traditional literature reviews, systems analysis is conducted using a predefined methodology, ensuring transparency and reproducibility of results.

The system analysis process includes several mandatory steps: formulating the question – defining the specific medical problem; defining the inclusion and exclusion criteria for studies; systematic search of publications in international databases (PubMed, Scopus, Embase, Cochrane Library, etc.); assessing the quality of the identified studies and summarizing and synthesizing the data.

**The results of a systems analysis** often form the basis for a meta-analysis, a more focused statistical method that allows combining quantitative data from different studies to obtain an integrated assessment of the effect of an intervention.

A meta-analysis is a kind of «study of studies». It helps identify general patterns and trends, reduce the influence of random factors, and improve the accuracy of assessing the effectiveness of a treatment or diagnostic test. For example, if individual studies have shown conflicting results on the effectiveness of a new antihypertensive drug, a meta-analysis can provide a general conclusion based on all available data.

The most well-known meta-analyses are published as part of Cochrane Systematic Reviews, considered the benchmark for evidence-based approaches. These reviews are developed by an international network of researchers and undergo a rigorous peer-review process. They serve as the basis for clinical guidelines from the World Health Organization (WHO), the National Institute for Clinical Excellence (NICE, UK), and other authoritative bodies.

Meta-analysis also allows for subgroup analysis – evaluating treatment effectiveness in different patient groups. Furthermore, meta-analysis helps identify publication bias, which is when positive results are more often published in the scientific literature, while negative ones remain unpublished. However, it is important to consider the limitations of meta-analysis. If the original studies are of poor quality or differ significantly in their methodologies, combining their results may lead to incorrect conclusions. Furthermore, errors in the choice of statistical model and inadequate control for heterogeneity may distort the final results. Therefore, interpreting meta-analysis requires professional judgment and critical thinking.

From a practical perspective, the results of systemic analyses and meta-analyses are of great importance. They are used in the development of clinical guidelines, treatment standards, and national healthcare programs. For example, decisions about the use of anticoagulants for atrial fibrillation, the prevention of cervical cancer through vaccination, or the benefits of early intervention in stroke are all based on meta-analysis data [1–6].

### **Conclusion.**

Systems analysis and meta-analysis are integral components of evidence-based medicine. Their use allows for the synthesis of the results of numerous studies, increasing the reliability of scientific data, and forming a solid basis for clinical recommendations. Despite existing limitations, these methods play a crucial role in the development of modern medicine, providing a scientifically sound approach to the treatment and prevention of diseases. Rational use of systems analysis and meta-analysis improves the quality of medical care, reduces errors, and increases confidence in scientific research results.

### **References:**

1. Higgins J.P.T., Green S. (eds.). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. The Cochrane Collaboration, 2020.
2. Egger M., Davey Smith G., Altman D.G. *Systematic Reviews in Health Care: Meta-analysis in Context*. BMJ Publishing Group, 2019.
3. Ioannidis J.P.A. *The Mass Production of Redundant, Misleading, and Conflicted Systematic Reviews and Meta-analyses*. *Milbank Quarterly*, 2016.
4. Guyatt G., Rennie D., Meade M.O., Cook D.J. *Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice*. JAMA Network, 2021.
5. Borenstein M., Hedges L.V., Higgins J.P.T., Rothstein H.R. *Introduction to Meta-Analysis*. Wiley, 2021.
6. Murad M.H., Montori V.M. *Synthesizing Evidence: A Guide for Clinicians and Researchers*. BMJ, 2020.

## Секція 5. ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### ЗМІСТ ПОНЯТТЯ «РЕАБІЛІТАЦІЯ» ЗГІДНО ЧИННОГО ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ: КОНТРОВЕРСІЙНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВНІСТЬ ПОГЛЯДІВ

**Аніщенко М.А.<sup>1</sup>, Усенко С.Г.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*КЗВО «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» ЗОР,  
м. Запоріжжя, Україна*

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

Проблема реабілітації осіб, які постраждали внаслідок бойових дій, є пріоритетною для України як на сучасному етапі повномасштабної агресії, так і в перспективі післявоєнної відбудови держави.

Значна частина населення, що постраждала внаслідок бойових дій, складається з військовослужбовців та цивільних осіб.

Активні бойові дії спричиняють не лише травматизацію населення, але і загострення хронічних, також появу нових хвороб системи кровообігу, нервової системи, розладів психіки та поведінки, проблеми психологічного характеру та соціальної дезадаптації.

Виходячи з викладеного, дуже велике значення з погляду ефективності реабілітації матиме зміст цього поняття. Іншими словами, які саме заходи будуть проведені в рамках реабілітації постраждалих від бойових дій осіб.

Аналіз поняття «реабілітація» з позицій Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», дає підстави констатувати його мультидисциплінарність. Відповідно до зазначеного Закону, реабілітація – комплекс заходів, яких потребує особа, яка зазнає або може зазнати обмеження повсякденного функціонування внаслідок стану здоров'я або старіння у взаємодії з її середовищем [1]. Аналогічне визначення поняття реабілітації має Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [2].

В Статті 10 Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» наведено перелік фахівців з реабілітації, до яких належать: 1) лікарі фізичної та реабілітаційної медицини; 2) фізичні терапевти; 3) ерготерапевти; 4) терапевти мови і мовлення; 5) протезисти-ортезисти; 6) психологи, психотерапевти; 7) сестри медичні з реабілітації; 8) асистенти фізичних терапевтів та ерготерапевтів [2].

Соціальної складової реабілітації Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» не відображає, хоча виходячи з визначення поняття «здоров'я» ВООЗ [3] та аналогічної дефініції Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», соціальна складова реабілітації однозначно має бути присутньою [2].

Цю тезу абсолютно підтверджує інший нормативно-правовий акт, Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», згідно з яким, реабілітація осіб з інвалідністю – система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, спрямованих на надання особам допомоги

у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення і підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство, також забезпечення осіб з інвалідністю допоміжними засобами реабілітації і медичними виробами [4].

Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» містить також дефініції видів реабілітації, саме: психолого-педагогічна реабілітація, професійна реабілітація, трудова реабілітація, фізкультурно-спортивна реабілітація, соціальна реабілітація, психологічна реабілітація. У Ст. 30 Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» зазначено, що до учасників реабілітаційного процесу, зокрема, належать педагогічні, соціальні, музичні працівники, лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фізичні терапевти, ерготерапевти, терапевти мови та мовлення, протезисти-ортезисти, психологи, психотерапевти, сестри медичні з реабілітації, асистенти фізичних терапевтів, асистенти ерготерапевтів, спортивні тренери, майстри виробничого навчання реабілітаційної установи, перекладачі жестової мови, тифлопедагоги, інструктори з мобільності та інші фахівці, пов'язані з реабілітаційним процесом [4].

Вважаємо, що вищенаведені норми найбільш повно відображають мету та сутність реабілітаційного процесу, його комплексний, мультидисциплінарний характер. Саме такий підхід найбільш повною мірою відображати потреби, права та законні інтереси осіб, постраждалих від бойових дій.

Адже з метою відновлення фізичного здоров'я необхідно застосовувати медичні заходи; психічного здоров'я – психологічне та психотерапевтичне консультування, психокорекцію; енергетичного здоров'я – фізичну активність, здоровий сон та харчування, дихальні вправи та зменшення інформаційного навантаження; соціального здоров'я – юридичні консультації, соціальне консультування щодо відновлення соціального статусу та інших умов соціальної адаптації; духовного здоров'я – заходи, спрямовані на формування цінностей особистості та її світогляду; родове здоров'я – заходи, спрямовані на побудову нормальних відносин у родині, шанування предків та історичного зв'язку з ними, в разі необхідності формування сім'ї.

Таким чином, законодавство України, що регламентує реабілітаційну діяльність потребує трансформації в рамках комплексного підходу до реабілітації осіб, які постраждали від бойових дій та має найбільш повно відповідати їх потребам, правам та законним інтересам. Такий підхід з метою ефективного впровадження потребує розробки та реалізації ряду правових, організаційних, фінансових та інформаційних механізмів.

#### **Література:**

1. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>.
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.
3. Constitution WHO. URL: <https://www.who.int/about/governance/constitution>.
4. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 06.10.2005 № 2961-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text>.

## АДЕНТІЯ ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА НА ФОНІ СТАНУ ОРТОПЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

**Еленський В.Ю.**

*Державна наукова установа «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» Державного управління справами, м. Київ, Україна*

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), ключовим аспектом здоров'я порожнини рота є довічне збереження функціонального зубного ряду, що складається з не менше ніж 20 зубів, без необхідності їх заміни. Адентія (edentulism), або повна втрата зубів є одним із найпоширеніших станів, які вражають мільйони людей в усьому світі. Основними причинами втрати зубів є бактеріальні інфекції, карієс і захворювання пародонту [1]. Безумовно, критичним фактором, що впливає на епідеміологію адентії є вік. Адентія продовжує зростати через старіння населення та збільшення кількості людей похилого віку. Важливу роль також відіграють соціально-економічні фактори: низький дохід, низький рівень освіти та обмежена соціальна підтримка, особливо у людей похилого віку [2].

Протягом останніх 30 років в світі було виявлено подвійне збільшення кількості людей з адентією. Спостерігалось зниження рівня захворюваності на адентію у молодших вікових групах, також зміщення пікового віку поширеності з 70–74 років у 1990 році до 75–79 років у 2021 році. У жінок рівень поширеності адентулізму був вищим, ніж у чоловіків [3].

В дослідженні було проаналізовано поширеність, захворюваність та показник тягаря хвороб DALY захворювань ротової порожнини в Україні серед різних віко-статевих груп дорослого населення в динаміці 1991–2021 років за даними Інституту вимірювання показників і оцінки стану здоров'я (IHME, США). У порівнянні з іншими хворобами ротової порожнини поширеність адентії у всіх віко-статевих групах мала найінтенсивнішу динаміку до зростання, більш виражену у жінок – у віковій групі 15–49 – на 44 %, 50–59 років – на 27 %, 70 років і старших – 8 %. Захворюваність на адентію зросла, зокрема у віковій групі жінок 15–49 років (на 39 %) та 50–69 років (на 18,2 %), і тільки в групі найстарших осіб навпаки, зменшилась. Рівні поширеності та захворюваності адентії у 2021 р. були найвищими серед осіб 70 років і старших (460,6% та 17,6% відповідно), найменшими – в групі осіб 15–49 років (33,3% та 2,9% відповідно).

Порівняння поширеності та первинної захворюваності на адентію в Україні з країнами світу у 2021 р. серед населення світу старше 20 років довело, що рівень поширеності адентії в Україні становив 152,5% (мінімальний рівень в Непалі – 15,5%, максимальний у Польщі – 159,5%); захворюваності – 9,4% (мінімальний рівень в Замбії – 1,2%, максимальний у Бразилії – 9,9%).

Також адентія у порівнянні з карієсом чи захворюваннями пародонту продемонструвала найбільш інтенсивне зростання показника тягаря хвороб DALY, саме серед жінок 15–49 років – на 43 %, 50–69 років – на 26,8 %. Найбільша кількість втрачених років здорового життя з приводу адентії притаманна найстаршим особам (1218,1 на 100000 населення проти 94,5 в групі 15–49 років).

Повна відсутність зубів – це широко-розповсюджена патологія, яка залежить значною мірою від рівня організації стоматологічної допомоги, зокрема ортопедичної, та профілактики. Якісна ортопедична допомога пацієнтам з адентією

завжди була і залишається однією з найважливіших і остаточно невирішених проблем. Однак при визначенні потреб населення у цьому виді стоматологічної допомоги потрібно враховувати певні особливості вікового складу населення та нерівномірність поширеності цього захворювання по країні [4].

Доступність ортопедичної можна характеризувати показником кількості осіб, що отримали зубні протези на певну чисельність населення. Динаміка цього показника у державних закладах виявилася негативною: показник знизився на 71,4 % від найвищого показника 1,4 на 100 осіб у 2004 р. до 0,4 на 100 осіб у 2023 році. В приватних закладах кількість осіб, що отримали зубні протези, сягнула максимуму у 2019 р. (0,85 на 100 осіб), у 2023 р. повернулася до рівня 2008 р. (0,48 на 100 осіб) і тепер перевищує цей показник у державному секторі.

Вочевидь, ортопедична допомога більш доступна міському населенню ніж сільському (у 2,5 рази в державних та у 1,7 рази у приватних закладах). Потрібно зазначити, що у 2008 році ортопедична допомога у 2,9 рази частіше надавалась у державних закладах, в 2023 р. навпаки – у приватні заклади звертались у 1,44 більше, ніж в державні (зокрема для міського населення на 1,1, для сільського – в 1,6 рази).

Аналіз динаміки числа виготовлених протезів на одного жителя демонструє зменшення цього показника протягом 2004–2023 років на 12 %, на одну зайняту посаду зубного техника спостерігається незначне збільшення на 2 % після двох хвиль зниження цих показників у 2014 та у 2020 роках.

Найбільше число зубних протезів на одного жителя виготовлялось у 2023 році у Вінницькій, Тернопільській, Житомирській областях (4,4; 3,7 та 3,1 відповідно). Протягом досліджуваного періоду цей показник зменшився до мінімального рівня 1,9 в Дніпропетровській, Львівській, Хмельницькій областях. На одну зайняту посаду зубного техника найбільша кількість зубних протезів виготовляється в Херсонській, Волинській та Миколаївській областях (525,5; 502,1 та 494,3 відповідно), що свідчить про їх надмірну зайнятість на фоні дефіциту кадрів. Найменшу кількість протезів виготовляють зубні техніки Івано-Франківської, Закарпатської та Львівської областей (171,6; 147,6 та 122,1 відповідно), що можливо пов'язано з відсутністю попиту через низьку платоспроможність населення.

Динаміка числа виготовлених зубних протезів (на 10 000 населення) загалом виявилася негативною, зокрема кількість виготовлених одиночних коронок, котрі залишаються найпопулярнішою формою зубного протезування серед населення, знизилась за досліджуваний період у 3,6 рази, місткоподібних протезів – у 5,1 разів, знімних протезів – у 3,9 разів.

Зменшилась також кількість бюгельних суцільнолитих протезів у 6 разів до рівня 0,4; постійних шин і шинопротезів – у 3,5 рази до 1,0 на 10 000 населення; щелепно-лицьових протезів і апаратів – на 25 % до рівня 0,3; бюгельних протезів – на 35,7 % до рівня 1,8 на 10 тисяч населення у 2023 році. Єдина позиція, за якою відбувається зростання, спричинене впровадженням новітніх технологій, це кількість виготовлених одиниць металокераміки і фарфору. Зростання відбулося на 47,9 % до рівня 16,2 на 10 тисяч населення.

Рівень забезпеченості населення лікарями-стоматологами всіх спеціальностей скоротився з 1991 року в 1,6 рази до 2,3 на 10 тис. нас. Аналіз динаміки забезпеченості населення стоматологами-ортопедами демонструє найбільш виражені негативні тенденції, забезпеченість якими зменшилась у 2,03 рази.

Найменший рівень забезпеченості стоматологами-ортопедами мають області Закарпатська, Рівненська, Хмельницька (0,04; 0,19 та 0,23 на 10 тис. нас. відповідно). Проте лідерами за цими показниками можна вважати Полтавську, Львівську та Одеську області (0,6; 0,56 та 0,43 на 10 тис. нас. відповідно), що частково можна пояснити наявністю в обласних центрах потужних учбових та науково-дослідницьких закладів (Полтавський державний медичний університет з потужною стоматологічною школою, Одеський Інститут стоматології та щелепно-лицьової хірургії НАМН України).

Важливою складовою кадрового складу стоматологічної допомоги є зубні техніки. Число зубних техніків протягом 2004–2023 років в Україні зменшилося в усіх типах закладів: в бюджетних – у 2,7 рази, у приватних – у 2,4 рази, але найбільш відчутно у госпрозрахункових закладах – у 5,4 рази.

Таким чином, в Україні на фоні зростання поширеності адентії серед населення України доступність ортопедичної допомоги та її обсяги скоротилися. Сучасні досягнення ортопедичної стоматології відкривають нові можливості для якісного зубного протезування, особливо з використанням дентальних імплантів. Але обговорюючи проблему доступності ортопедичної допомоги потрібно також враховувати платоспроможність людей, особливо похилого віку, їх мобільність та логістику доїзду до віддалених стоматологічних закладів [5]. Стратегії, спрямовані на зменшення втрати зубів, мають бути спрямовані на профілактику захворювань порожнини рота та їх наслідків, особливо карієсу та пародонтозу. Крім того, в політиці охорони здоров'я необхідно враховувати різні механізми для боротьби з нерівністю у доступності ортопедичної допомоги для різних груп населення [6].

#### Література:

1. Doroshenko O. M., Shepelynskyi O. B. Loss of teeth. Risk factors, prevalence, etiology, relationship with somatic pathology (literature review). stomatology [Internet]. 2024 Jun. 28 [cited 2025 Aug. 25];(3):44-53. URL: <https://www.dentalexpert.com.ua/index.php/stomatology/article/view/613>

2. Al-Rafee MA. The epidemiology of edentulism and the associated factors: A literature Review. *J Family Med Prim Care*. 2020 Apr 30;9(4):1841-1843. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc\_1181\_19.

3. Chen HM, Shen K, Ji L, McGrath C, Chen H. Global and Regional Patterns in Edentulism (1990-2021) With Predictions to 2040. *Int Dent J*. 2025 Apr;75(2):735-743. doi: 10.1016/j.identj.2024.11.022. Epub 2024 Dec 31.

4. Пелехан Б. Л. Поширеність потреби ортопедичного лікування повної відсутності зубів у жителів Івано-Франківської області у період 2016–2020 років / Б. Л. Пелехан, М. М. Рожко, Л. І. Пелехан. *Вісник стоматології*. 2021. Т. 40, № 2. С. 78–84. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSL\\_2021\\_40\\_2\\_17](http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSL_2021_40_2_17)

5. Рожко, М., Дмитришин, Т., Пелехан, Б., Панчак, О., Лабунець, В., Вербовська, Р., Пелехан, Л., Дівнич, Т., & Рожко, С. (2024). Сучасний стан надання стоматологічної допомоги, проблеми та виклики. Прикарпатський вісник наукового товариства імені Шевченка. ПУЛЬС, (21 (72), 86–92. URL: [https://doi.org/10.21802/2304-7437-2024-21\(71\)-86-92](https://doi.org/10.21802/2304-7437-2024-21(71)-86-92)

6. Silva Junior MF, Batista MJ, de Sousa MdLR (2019) Risk factors for tooth loss in adults: A population-based prospective cohort study. *PLoS ONE* 14(7): e0219240. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219240>

## **ІНТЕГРАЦІЯ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНИХ ПОСЛУГ В СИСТЕМУ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ ХВОРИХ НА ГЛАУКОМУ**

**Мельник В.О.**

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

За даними ВООЗ глаукома, що є другою провідною причиною сліпоти в усьому світі після катаракти, вона вразила приблизно 80 млн. людей в усьому світі. Близько половини людей з глаукомою на момент обстеження не знали про свій стан через його безсимптомний характер на ранніх стадіях.

Участь сімейного лікаря у веденні пацієнтів з глаукомою може бути досить значущою, навіть якщо остаточний діагноз і лікування визначає офтальмолог. Але потрібно зауважити, що функції сімейного лікаря визначені законодавчо, зокрема, «Порядком надання первинної медичної допомоги», затвердженим наказом МОЗ від 19.03.2018 № 504, згідно якого сімейний лікар безпосередньо не виконує офтальмологічні процедури. Проте він може здійснити базовий огляд та визначити необхідність у зверненні до офтальмолога, тим більше за наявності відповідних скарг у пацієнта. Особливу увагу сімейний лікар має приділяти пацієнтам з хронічними захворюваннями, які можуть призводити до порушень зору, наприклад, хворі на діабет потребують регулярного спостереження у сімейного лікаря. Сімейний лікар може виписувати рецепти на ліки, зокрема, очні краплі хворим на глаукому. Значення участі сімейного лікаря посилюється тією обставиною, що без його направлення пацієнт не може самостійно звернутися до лікаря-офтальмолога державного чи комунального медичного закладу. Тільки при встановленому діагнозі глаукоми, коли пацієнт перебуває під наглядом офтальмолога, може звертатися до нього безперешкодно.

Відомо, що одним із факторів ризику розвитку глаукоми, і водночас одним із симптомів цієї хвороби є підвищений внутрішньоочний тиск (ВОТ), але виміряти його може тільки кваліфікований лікар-офтальмолог або оптометрист у спеціалізованому закладі. Вимірювання ВОТ вимагає знань і досвіду офтальмолога, також спеціального офтальмологічного обладнання. Про участь сімейного лікаря в діагностиці глаукоми заговорили давно: у 60-х роках минулого століття сімейним лікарям пропонувалось проводити рутинний вимір ВОТ особам старше 45 років [1]. Однак при опитуванні лікарів загальної практики – сімейної медицини виявилось, що лише 33,3 % впевнено можуть використовувати тонометрію, хоча 93,7 % погодилися, що підвищений ВОТ вимагає термінового звернення до офтальмолога [2].

Американські вчені зауважують: хоча скринінг на глаукому у загальній дорослій популяції не рекомендується, сімейні лікарі можуть допомогти зменшити втрату зору шляхом виявлення пацієнтів з факторами ризику та направлення їх на обстеження до офтальмолога [3]. Слушною може бути пропозиція розпочати раннє виявлення людей з ризиком розвитку глаукоми за допомогою довідника з факторів ризику в поєднанні з повним анамнезом пацієнта для оцінки прогнозу та подальших стратегій управління для осіб, що перебувають у групі ризику [4]. Встановлено, що 74 % випадків направлень сімейних лікарів з підозрою на глаукому було підтверджено офтальмологами [5].

При цьому частина сімейних лікарів з власного досвіду говорить про обмеження в послугах, які вони могли б надавати своїм пацієнтам, через недостатність ресурсів, необхідних для діагностики та лікування та відсутність систематичного підтримуючого нагляду за їхньою роботою з боку лікарів-офтальмологів [6]. Сімейні лікарі можуть відігравати важливу роль у ранньому виявленні глаукоми, у дотриманні пацієнтами режиму лікування і регулярному відвідуванні свого офтальмолога. Однак їм бракує знань, компетенцій та часу, щоби належним чином доглядати за пацієнтами з глаукомою [7].

Важливою проблемою щодо глаукоми є пізня діагностика. Часткове вирішення проблеми вбачають в розширенні ролі оптометристів в діагностиці і лікуванні глаукоми [8]. Однак в Україні інститут цих фахівців не дуже розвинений, оптометристи працюють здебільшого в офтальмологічних клініках, мережах оптик де надають послуги з підбору окулярів та контактних лінз, проводять діагностику зору та консультації щодо корекції зору.

Отже, сімейний лікар не може замінити офтальмолога у веденні глаукоми, але його участь є надзвичайно важливою для ранньої діагностики, підвищення прихильності пацієнта до лікування та контролю супутніх захворювань. Крім того, в частині профілактичної роботи на сімейного лікаря має покладатися просвітницька робота – інформування пацієнта про загрозливі наслідки глаукоми та засоби її профілактики. Тому актуальність підготовки сімейних лікарів в питаннях офтальмологічної патології зростає.

Опитування сімейних лікарів, проведене в рамках власного дослідження, підтвердило: лікарі усвідомлюють важливість здобуття знань з офтальмологічної допомоги та профілактики офтальмологічних захворювань під час навчання: 52 % оцінили цю важливість на 4–5 балів за 5-тибальною шкалою. При цьому задоволеність власними знаннями з офтальмології була низькою: на 1–2 бали за 5-тибальною шкалою свої знання, отримані під час навчання у медичному університеті, оцінило 47 % лікарів, в інтернатурі за спеціальністю сімейна медицина – 65 % респондентів. Дві третини опитаних сімейних лікарів вважають необхідними у їх професійній діяльності знання з організації та надання офтальмологічної допомоги для покращення офтальмологічного здоров'я населення, 85 % вважають необхідними знання щодо факторів ризику та профілактики глаукоми.

Тому підвищення обізнаності про глаукому разом із покращенням навичок обстеження та практики направлення серед лікарів первинної ланки надання медичної допомоги залишається актуальним для запобігання глаукоми як потенційної причини сліпоти.

Таким чином, роль сімейного лікаря у веденні пацієнтів з глаукомою важлива, тому що частіше пацієнт звертається до офтальмолога вже тоді, коли зорові втрати є незворотними і саме сімейний лікар може ініціювати профілактичний огляд, щоб виявити захворювання на ранньому етапі. Крім того, зазвичай пацієнт рідко відвідує офтальмолога без скарг, з сімейним лікарем спілкується регулярно. Сімейний лікар забезпечує цілісне ведення пацієнта, що знижує ризик прогресування у тому числі глаукоми. Саме сімейний лікар може контролювати, мотивувати, навчати пацієнтів правильному застосуванню препаратів. Потрібно також усвідомлювати, що сімейний лікар – найближчий медичний контакт для пацієнта. Тому саме він має стати «першою лінією оборони» проти сліпоти від глаукоми.

### **Література:**

1. Luntz M.H. The role of the general practitioner in the early detection of chronic simple glaucoma. *South African Medical Journal*: Vol. 35 No. 12 (1961): 1044-45.
2. Alwazae M., Almutairi A., Alhumud A. et al. Awareness About Glaucoma Management Among Physicians in Riyadh: A Multicenter Cross-Sectional Study. *Cureus* 2020;12(6): e8450. DOI 10.7759/cureus.8450.
3. Michels T.C., Ivan O. Glaucoma: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2023 Mar;107(3):253-262. PMID: 36920817.
4. Worley A., Grimmer-Somers K. Risk factors for glaucoma: What do they really mean? *Australian journal of primary health*. 2011.17(3):233-9. DOI: 10.1071/PY10042.
5. Steinmann, William C. "The 'Who' And 'How' Of Detecting Glaucoma." *British Medical Journal (Clinical Research Edition)* 285, no. 6348 (1982): 1091–93. URL: <http://www.jstor.org/stable/29508306>.
6. Jolley, E., Mafwiri, M., Hunter, J. et al. Integration of eye health into primary care services in Tanzania: a qualitative investigation of experiences in two districts. *BMC Health Serv Res* 17, 823 (2017) URL: <https://surl.lu/keyzao>
7. Rotshtein A., Karkabi K., Geyer O., Cohen Castel O. Primary care physicians' role perception and self-reported performance in glaucoma care: a survey study. *BMC Res Notes*. 2015 Dec 12;8:776. doi: 10.1186/s13104-015-1770-z. PMID: 26653898.
8. Bruce G., Tatham A.J. Glaucoma management in primary care: barriers perceived by optometrists in Scotland. *Ophthalmic Physiol Opt*. 2018 Nov;38(6):629-639. doi: 10.1111/opo.12591. PMID: 30575069.

## **СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДИНАМІКИ НАДАННЯ ПОСЛУГ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ**

**Бобкович К.О.**

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна*

Останні роки в умовах воєнного стану надання медичних послуг потребує постійної корекції у зв'язку з постійними викликами, зокрема з міграцією населення в межах держави, також за кордон [1]. Станом на 26.09.2025 за даними Державного підприємства «Інформаційно-обчислювальний центр міністерства соціальної політики» в Україні зареєстровано 4 579 001 внутрішньо переміщених осіб (ВПО), у тому числі 834 863 дітей до 18 років [2]. Слід зазначити, що не всі особи, які змінили місце проживання, зареєстровані в територіальних підрозділах Міністерство соціальної політики, сім'ї та єдності України як ВПО. Закономірно змінюється потреба в обсягах надання медичної допомоги в регіонах із позитивною та негативною динамікою руху населення.

Метою нашого дослідження стало вивчення зміни показників надання медичної допомоги первинної ланки в різних регіонах України в порівняльному аспекті та в різних часових зрізах.

Нами досліджено динаміку заключених декларацій загалом по країні та в певних областях за час воєнного стану.

Варто зазначити, що від моменту запровадження реформи первинної ланки медичної допомоги кількість заключених декларацій прогресивно зростала за даними дашборд НСЗУ – з 22,357 млн у 2018 році до 32,845 у 2021 році [3]. Починаючи з 2022 року цей показник поступово знижувався: 32,57 млн – у 2022 році; 32,204 млн – у 2023 році; 31,469 млн – у 2024 році. Станом на 2025 рік кількість підписаних декларацій з НСЗУ сягає 30,653 млн. При чому з кожним роком зростають темпи падіння зазначеного показника.

Окрім змін загальної чисельності пацієнтів змінювався і регіональний розподіл підписантів. Зокрема у всіх областях, де в тій чи іншій мірі відбувалися військові дії, з року в рік спостерігалася негативна динаміка кількості підписантів. Така тенденція спостерігалася в Запорізькій, Харківській, Херсонській, Луганській, Сумській, Чернігівській, Миколаївській областях, досягнувши максимально негативної динаміки в Донецькій області, де кількість декларантів зменшилася у 2,83 рази. Водночас, в областях, що межують з вищезазначеними, регулярно потерпають від повітряних атак, але виражених прямих бойових зіткнень не відбувалося, кількість декларантів збільшилася (Київська, Одеська області) або залишилася приблизно на довоєнному рівні – Дніпропетровська область. У центральному регіоні країни зафіксоване незначне зниження кількості декларацій впродовж 2022–2025 рр. Що стосується більш безпечних регіонів на заході, там зафіксоване збільшення підписантів у 2022–2023 рр. та деяке зменшення в період 2024–2025 рр. Так загальний приріст у період 2022–2025 у Івано-Франківській області становить близько 13 тис., в Чернівецькій – 22 тис., Львівській – 12 тис. осіб.

За час спостереження 2022–2025 рр. виявлено середнє зниження кількості підписантів на одного лікаря. Це свідчить, що у разі подальших міграційних процесів медична система усіх регіонів збереже резерв для реагування на потенційне збільшення навантаження.

#### **Висновки:**

1. За 2022–2025 рр. виявлено зниження загальної кількості підписаних декларацій в країні загалом.
2. Регіональні особливості динаміки залежить від віддаленості від лінії фронту, рівня безпеки. Суттєве зменшення декларантів зареєстроване лише в регіонах, де фіксуються активні прями бойові дії.
3. Незважаючи на виклики воєнного стану, населення забезпечене медичною допомогою лікарів первинної ланки.

#### **Література:**

1. Грицишена З. О. Міграційні потоки українців внаслідок повномасштабної війни: погляди України та міжнародних організацій. *Економіка, управління та адміністрування*. 2024. №2 (108). С. 128–138.
2. Державне підприємство «Інформаційно-обчислювальний центр міністерства соціальної політики» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.ioc.gov.ua/en/analytics/dashboard-vpo> (дата звернення: 30.09.2025).
3. Національна служба здоров'я України. Аналітичні панелі (дашборди) [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/nszu-cifrova/onlain-servisi-dasbord> (дата звернення: 30.09.2025).

## МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОСІБ ЛІТНЬОГО ВІКУ

*Орлова А.Є., Кивлюк О.В., Григоров М.М., Нестеренко В.Г.  
Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Потреба в медичному обслуговуванні людей похилого віку перевищує аналогічні показники для осіб середнього віку на 50 %, рівень госпіталізації серед населення старше 60 років утричі більший порівняно з іншими віковими групами. Крім того, витрати на медичну допомогу для пенсіонерів щонайменше в три рази вищі, ніж для людей працездатного віку.

За прогнозами експертів ВООЗ, у найближчі 50 років витрати на медичне обслуговування цієї категорії населення можуть зрости майже на половину. Це робить реформування соціального сектору охорони здоров'я ще більш актуальним, вимагаючи нових підходів до планування та перебудови системи.

Літні люди часто стикаються з множинними хронічними захворюваннями, також можуть мати когнітивні, соціальні або функціональні проблеми, що підвищує їхні потреби у сфері охорони здоров'я. Зі зростанням таких потреб зростають і витрати на медичну допомогу. Ця тенденція вимагає адаптації економіки та соціальної сфери до особливостей старіючого населення, також координації медичної та соціальної допомоги на різних рівнях надання медичних послуг. Процес старіння населення України супроводжується низкою негативних тенденцій: погіршення фізичного, психічного та духовного здоров'я осіб похилого віку, що призводить до зростання захворюваності, інвалідності та смертності; збільшення залежності літніх людей від економічно та соціально розвинутих країн; зниження конкурентоспроможності на ринку праці серед людей передпенсійного та пенсійного віку. Також спостерігається обмеженість можливостей для літніх громадян у повноцінній участі в суспільному житті та доступі до суспільних благ, що посилює відчуття ізоляції та соціальної непотрібності. Окрім цього, низький рівень адаптації літніх людей до сучасного соціокультурного середовища ускладнює їхні соціальні контакти, також знижується відповідальність сімей щодо догляду за старшими членами. У зв'язку зі старінням населення, питання доступу людей похилого віку до медичних і соціальних послуг стає все більш актуальним. Збільшення частки літніх людей в загальній структурі населення потребує комплексного врахування їх специфічних потреб як окремої категорії громадян. Люди похилого віку належать до групи ризику через те, що з віком природні функції організму поступово знижуються. Це проявляється в ослабленні когнітивних здібностей, уповільненні реакцій, погіршенні зору та інших змін фізичного стану. Ступінь старіння визначається впливом різних соціальних факторів, таких як відмінності в рівні та якості життя між міським і сільським населенням, належність до певної соціальної групи, ставлення людини до власного здоров'я, особливості харчування та інші чинники.

Фізіологічний і медико-біологічний стан обумовлений індивідуальними темпами старіння організму, тоді як психологічний стан залежить від самооцінки особистості. У похилому і старечому віці фізичне здоров'я тісно пов'язане зі сповільненням обмінних та регенераційних процесів в організмі. Стан здоров'я літніх людей визначається такими критеріями, як рівень смертності, захворюваності, інвалідності, також окремими спеціальними показниками.

Важливим фактором є рівень рухливості, який може варіюватися від повної свободи пересування до обмеженого руху в межах населеного пункту, будинку або навіть до прикованості до ліжка. Також враховується здатність до самообслуговування, що включає можливість самостійного виконання побутових потреб без сторонньої допомоги.

**Медична допомога особам літнього віку, програми та етапи її розвитку.** На основі рекомендацій ВООЗ було створено «Концепцію державної системи геріатричної допомоги населенню», головний принцип якої полягає в узгодженні обсягу державної допомоги з рівнем здоров'я літніх людей. У 1997 році Указом Президента України було затверджено програму «Здоров'я літніх людей», мета якої полягає в покращенні здоров'я та підвищенні якості життя людей похилого віку. Основними завданнями програми є уповільнення процесів старіння, запобігання зниженню тривалості життя в Україні, зменшення рівня захворюваності, інвалідності та смертності серед літніх осіб, також досягнення європейських стандартів у галузі охорони здоров'я та соціального забезпечення. Програма передбачає також підтримку активного способу життя та здатності літніх людей до самообслуговування.

Одним із ключових напрямків Стратегії дій в інтересах старшого покоління до 2025 року є зміцнення здоров'я літніх людей з метою збільшення тривалості та покращення якості їхнього життя. Медичне обслуговування людей похилого віку має бути доступним у всіх закладах охорони здоров'я, незалежно від спеціалізації або технологічного рівня. Вік не повинен бути підставою для відмови в отриманні будь-якої медичної допомоги, включаючи госпіталізацію. Особливу увагу слід приділяти амбулаторному рівню геріатричної допомоги, оскільки кількість літніх осіб, які потребують довготривалого догляду, постійно збільшується. За прогнозами ВООЗ, до 2050 року ця потреба зросте в чотири рази. Розширення та оптимізація геріатричної допомоги можуть дати значні позитивні результати. Міжнародний досвід розвитку геріатричної служби, спрямованої на забезпечення доступної, комплексної та ефективної медико-соціальної допомоги, демонструє можливість зменшення навантаження на сімейних лікарів на 11 %, скорочення кількості госпіталізацій на 18 % і їхньої тривалості на 10 %, також зниження рівня інституціоналізації (розміщення в будинках для літніх людей) на 23 %.

**Розвиток системи геріатричної допомоги населенню може відбуватися у три етапи:**

**1-й етап. Невідкладні заходи.** Необхідно створити робочу групу, також розробити та затвердити наказ Міністерства охорони здоров'я у співпраці з Міністерством праці та соціальної політики щодо вдосконалення геріатричної допомоги в Україні.

Для підвищення якості медичної допомоги в госпіталах інвалідів та ветеранів війни потрібно надати статус клінічної бази Державному медико-соціальному центру ветеранів війни, який має стати клінічною базою кафедри терапії та геріатрії. Також необхідно створити Державний навчально-методичний геріатричний центр на базі Національного університету охорони здоров'я імені П. Л. Шупика. Слід організувати спеціалізацію з геріатрії для 2–4 провідних спеціалістів у кожному військовому госпіталі, також курси з геріатрії для викладачів медичних коледжів. Ураховуючи високий рівень психоемоційної напруги при роботі з літніми людьми та частоту психічних розладів серед них, заробітну плату лікарів-геріатрів слід прирівняти до оплати лікарів-психіатрів, передбачивши 30 % доплати.

**2-й етап. Середньострокові заходи.** Необхідно організувати спеціалізацію з геріатрії для районних та обласних позаштатних геріатрів і встановити їм 30 % надбавки до заробітної плати за роботу в складних умовах. Слід також передбачити введення посад патронажних геріатричних сестер медичних у штат амбулаторних закладів. Крім того, потрібно розвивати мережу геріатричних реабілітаційних закладів, включно з санаторно-курортними установами та закладами паліативної допомоги.

**3-й етап. Довгострокові заходи.** Забезпечити геріатричним патронажним сестрам медичним доплату в розмірі 30 % до заробітної плати за роботу в складних умовах. Створити координаційні (опікунські) ради з питань медико-соціальної підтримки осіб похилого віку при місцевих адміністраціях. Визначення реальної потреби населення України в геріатричній допомозі та забезпечення її фінансування повинні стати показником відповідальності держави за здоров'я літніх громадян. Це також повинно слугувати додатковою гарантією дотримання їх конституційного права на медичну допомогу, забезпечення активного довголіття та належного догляду в старості.

Основним результатом розвитку геріатричної служби повинно стати покращення якості життя людей похилого і старечого віку. Соціальний працівник відіграє ключову роль у геріатричній службі. Незалежно від його спеціалізації, соціальний працівник має бути обізнаний з біосоціальною природою старіння; процесом старіння населення як демографічним явищем та його соціальними наслідками; з унікальними соціальними, психологічними та медичними проблемами людей похилого віку; з особливостями самотності, адаптації до старості; з можливостями трудової, зокрема інтелектуальної та творчої діяльності в цей період; з використанням залишкових фізичних і розумових здібностей літніх людей, також з основами догляду за безпомічними старими і багатьма іншими соціально-психологічними та морально-етичними питаннями.

Соціальний працівник, який спеціалізується в галузі геронтології, приділяє особливу увагу психологічним і психопатологічним проблемам людей похилого та старечого віку. Він також використовує психотерапевтичні методи для вирішення їхніх сімейних і побутових труднощів та глибоко розуміє деонтологічні аспекти догляду та соціальної роботи з літніми людьми. Необхідно чітко розрізняти поняття старіння і старості. Старість – це заключний етап індивідуального вікового розвитку (онтогенезу), який є природним процесом. Натомість старіння – це деструктивний процес, викликаний сукупною дією зовнішніх і внутрішніх чинників, які з часом пошкоджують організм і знижують його фізіологічні функції.

Стратегічне завдання соціальної роботи, спрямоване на втручання у біосоціологічні аспекти старості, полягає у подоланні синдрому передчасного (патологічного, прискороного) старіння, що проявляється у ранньому розвитку вікових змін або їх більш яскравому вираженні в певний період життя. Медичні та соціально-психологічні особливості старіння в соціальній роботі розглядаються через призму таких концепцій, як «спосіб життя» та «якість життя».

Соціальна робота в цьому контексті має стратегічний фокус на медичне забезпечення людей похилого та старечого віку, підтримку їхньої активності в сімейному та суспільному житті, також на задоволення їхніх індивідуальних потреб.

### **Література:**

1. Антонов, О. В., Коваленко, Л. П. Геріатрія: соціально-демографічні та медико-санітарні аспекти. Київ: Наукова думка. 2017.
2. Губський, Ю. І., Лісняк, І. В. Старіння: біосоціальні та медичні проблеми. Харків: Видавничий центр НТУ. 2016.
3. Дідух, М. В., Романчук, О. І. Медико-соціальні аспекти геронтології. Львів: Світ. 2018.
4. Іванова, Т. С. Соціальна робота з людьми похилого віку: теорія та практика. Одеса: Одеський національний університет. 2019.
5. Корнієнко, В. І., Чернишенко, М. П. Психологічні аспекти старіння та соціальна підтримка літніх людей. Полтава: Полтавський університет. 2020.

## **СУЧАСНА РОЛЬ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

***Пекельна А.О., Леонтівська Л.В.***

*МЦ ТОВ «Небозвід», м. Харків, Україна*

У системі громадського здоров'я лабораторна діагностика посідає провідну роль. Максимально важливе значення має для діагностики гематологічних захворювань, захворювань сечостатевої системи та захворювань обмінного характеру, таких як цукровий діабет. На тлі підвищеного стресу, в якому зараз перебувають усі жителі України, неухильно зростає кількість хворих на цукровий діабет. Для скринінгу цього захворювання потрібно перевіряти крім рівня глюкози крові, також концентрацію глікованого гемоглобіну, показника, що відображає всі зміни глюкози в крові за останні три місяці. У міру прогресування процесу у хворих виявляються патологічні зміни в сечі, такі як глюкозурія, кетонурія. Змінюється і мікроскопія осаду сечі, збільшується кількість лейкоцитів, з'являються гіалінові циліндри, часто виявляються міцелі та спори дріжджоподібних грибів. Визначення інсуліну та глікемічного профілю допомагає не тільки виявити приховані гіперглікемічні стани, але й підібрати необхідне дозування інсуліну.

Загальноклінічний аналіз крові це саме той аналіз, без якого не може обійтися жоден лікар при постановці діагнозу, тому що саме він відображає загальний стан організму. Клінічний аналіз необхідний і для того, щоб правильно розпізнати хворобу, простежити динаміку розвитку патологічного процесу, визначити рівень ефективності призначеної терапії, встановити прогноз, рівень тяжкості запального процесу, рівень розвитку алергічної реакції, запідозрити наявність гельмінтів в організмі або онкопатології. Особливо важливо є роль цього аналізу в діагностиці гематологічних захворювань. Остаточний діагноз анемії та лейкозів можна поставити лише після підтвердження лабораторними дослідженнями. Подальша диференціальна діагностика анемії – це завдання лікаря-клініциста, яке вирішується за допомогою алгоритмів лабораторних показників. Наприклад, залізодефіцитна анемія та мегалобластні анемії. При обох цих анеміях знижено такі показники як гемоглобін, гематокрит, кількість еритроцитів, ось еритроцитарні індекси вже різні. Такий показник як МСН (середня концентрація

гемоглобін у еритроциті) знижений при залізодефіцитній анемії, але підвищений при мегалобластних. Колірний показник дозволяє лікарю-клініцисту визначити гіпохромну чи гіперхромну анемію у пацієнта та визначити подальший перелік лабораторних досліджень. Для підтвердження залізодефіцитної анемії необхідна концентрація феритину, що відображає запаси заліза в організмі, концентрація сироваткового заліза, зниження цих показників підтверджує наявність ЗДА. При цьому такий показник як загальна залізов'язувальна здатність (ОЖСС) – білок – переносник трансферину буде навпаки підвищений, намагаючись якось компенсувати нестачу заліза в організмі. А ось для підтвердження мегалобластних анемії зазвичай досить просто визначити концентрацію вітаміну В<sub>12</sub> та фолієвої кислоти в організмі.

Практично жодне остаточне підтвердження діагнозу не обходиться без лабораторних досліджень, тому клініко-діагностичні лабораторії є найважливішою та невід'ємною ланкою у системі громадського здоров'я.

## **ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОГО ВТОРГНЕННЯ**

***Краснікова А.М.***

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

**Актуальність.** Згідно з останніми дослідженнями, на жаль, в Україні лише 2 % громадян вміють надавати правильну домедичну допомогу. Проте, за європейськими даними, вчасно і правильно надана домедична допомога збільшує шанси на порятунок на більше ніж 60 %, в умовах війни ці знання набувають ще більшої цінності [1]

**Мета.** Метою публікації є характеристика особливостей організації надання домедичної допомоги з урахуванням умов сьогодення (військового стану та гібридних загроз).

**Основна частина.** На сьогодні в Україні існує безліч як платних, так і безплатних курсів для людей, які прагнуть здобути ці знання. Середня тривалість таких курсів може варіюватись від 6 годин до кількох днів. Прикладами є курси від Українського Червоного Хреста або PULSE (Pre-hospital focused Ukrainian Life Saving Effort) – благодійного фонду, який проводить курси тактичної медицини (для військових, рятувальників, поліціантів тощо). Отже, маючи бажання, будь-яка людина, незалежно від освіти, може здобути ці навички, які можуть врятувати комусь життя.

Щодо організації (надання допомоги), існує певна послідовність дій, зважаючи на конкретну ситуацію. Перше, що слід оцінити, – чи перебуваєте Ви в безпечному просторі, чи не має загроз Вашому життю, перш ніж допомогти потерпілому.

Тільки переконавшись, що поблизу немає вибухів, загрози повторного обстрілу або пожежі, можна оцінити стан людини, яка потребує допомоги. Після оцінки стану постраждалого Вашим завданням є виклик швидкої допомоги.

У сучасних умовах, після влучання вибухового пристрою, екстрені медичні служби виїжджають в першу чергу. Проте слід надавати допомогу ще до їхнього приїзду, адже, на жаль, можуть бути перешкоди для швидкого прибуття медиків. Однією з таких перешкод можуть бути повторні обстріли або велика площа ураження, через що медиків може не вистачати [2].

Після перевірки стану людини та виклику медиків, за наявності можливості та відповідних знань, слід надати домедичну допомогу.

Насамперед необхідно оцінити чи перебуває постраждалий у свідомості, перевірити дихання та наявність кровотеч. У разі відсутності дихання першочергово слід провести СЛР (серцево-легеневу реанімацію), в разі кровотечі – накласти джгут (залежно від масивності). До приїзду карети швидкої допомоги Ваше завдання полягатиме у наданні базової підтримки життєвих функцій.

Дотримання алгоритмів організації надання домедичної допомоги є великою допомогою медикам, оскільки існують травми, де межа між життям і смертю становить лише кілька хвилин [3].

**Висновок.** В умовах повномасштабної війни ефективна організація надання домедичної допомоги є ключовим фактором збереження життя як цивільного населення, так і військових.

Основним елементом цієї системи є своєчасне та правильне надання допомоги. Вміння оцінити безпеку та швидко вжити базових життєво необхідних заходів (зупинити кровотечу, забезпечити прохідність дихальних шляхів, виконати серцево-легеневу реанімацію) є критично важливим, оскільки ці дії значно підвищують шанси на виживання до прибуття професійної медичної допомоги.

#### **Література:**

1. Європейська статистика про вчасно і правильно надану домедичну допомогу  
URL: [https://brody-osvita.gov.ua/news/1702305182/?utm\\_source=chatgpt.com](https://brody-osvita.gov.ua/news/1702305182/?utm_source=chatgpt.com)

2. Тактична медицина для України. URL:  
[https://www.pulse.charity/?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.pulse.charity/?utm_source=chatgpt.com)

3. Центр тактичної медицини про базовий курс тактичної медицини. URL:  
[https://ictm.org.ua/?utm\\_source=chatgpt.com](https://ictm.org.ua/?utm_source=chatgpt.com)

## **MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF DISEASES THAT ARE PRIORITIES FOR THE HEALTHCARE SYSTEM IN THE WORLD AND IN UKRAINE**

***Pomohaibo K.G., Podpriadova A.A., Sokol K.M.**  
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

The problem of diseases that are priorities for the healthcare system has exceptional importance both globally and nationally. According to the World Health Organization (WHO), the main causes of premature mortality worldwide remain cardiovascular, oncological, and respiratory diseases, diabetes mellitus, as well as infectious diseases such as HIV/AIDS, tuberculosis, malaria, and emerging viral infections. Their high morbidity and mortality rates create a significant burden on the economy, the social sphere, and the healthcare system.

For Ukraine, this problem is particularly relevant due to long-term demographic challenges, population aging, the ongoing war, migration processes, and the growing share of chronic noncommunicable diseases. At the same time, the risk of spreading infections persists – controlling them is an important component of national security in the field of public health.

Priority diseases are those that:

- occur most frequently among the population;
- cause the highest number of deaths and disabilities;
- require the greatest expenses for treatment and rehabilitation;
- create serious social consequences, as they lead to loss of working capacity and reduced life expectancy.

Thus, priority is determined not only by medical indicators but also by economic and social factors.

#### *Groups of Priority Diseases.*

1. *Noncommunicable diseases (NCDs)*. These include cardiovascular diseases, cancer, chronic respiratory diseases, and diabetes mellitus. They are the leading cause of death worldwide and place the greatest burden on healthcare systems.

2. *Infectious diseases*. Despite medical progress, they continue to threaten humanity. Tuberculosis – particularly multidrug-resistant TB – HIV/AIDS, viral hepatitis, and new infections such as COVID-19 require enormous resources for control and prevention.

3. *Injuries and mental disorders*. Road traffic accidents, occupational injuries, and under wartime conditions combat injuries and amputations have become a serious issue. Mental disorders such as depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder (PTSD) also significantly reduce people's quality of life.

Every year, 17.9 million people die from cardiovascular diseases – more than one-third of all deaths. Cancer ranks second, causing about 10 million deaths annually.

Chronic respiratory diseases account for more than 4 million deaths, and diabetes causes about 1.5 million deaths every year.

Infectious diseases remain dangerous: tuberculosis causes about 1.3 million deaths per year, and in 2022, over 630,000 people died from HIV/AIDS.

Unfortunately, Ukraine shows even more alarming figures. About 67 % of all deaths are caused by *cardiovascular diseases* – one of the highest rates in Europe. *Cancer* is in second place – over 12 % of all deaths. Each year, more than 20,000 new cases of *tuberculosis* are registered, a significant share of them being multidrug-resistant. About 250,000 Ukrainians live with *HIV*, with up to 12,000 new cases recorded annually.

Since the start of the war, the number of injuries, amputations, and mental disorders has sharply increased – posing a new and serious challenge for Ukraine's healthcare system.

#### *Cardiovascular Diseases*

According to WHO, cardiovascular diseases (CVDs) are a group of disorders of the heart and blood vessels. In 2022, about 19.8 million people worldwide died from CVDs – approximately 32 % of all deaths. Of these, 85 % were caused by heart attacks and strokes. More than three-quarters of CVD deaths occur in low- and middle-income countries (low-income – Sudan, Chad; middle-income – Ukraine, India, Pakistan, Turkey, Poland, Romania).

In Ukraine:

- CVDs are the leading cause of death – accounting for 60–70 % of all deaths;
- official data show that 66.1 % of all deaths in a given year are due to CVDs;
- over 24–25 million Ukrainians suffer from cardiovascular diseases, according to national statistics.

*Diabetes Mellitus.* Diabetes is a chronic disease that occurs when the pancreas does not produce enough insulin or when the body cannot effectively use the insulin it produces. This leads to elevated blood glucose (hyperglycemia), which over time can cause serious damage to the nerves and blood vessels.

According to the International Diabetes Federation (IDF) for 2025, there are about 589 million adults (aged 20–79) with diabetes worldwide – about 1 in 9 people. Type 2 diabetes accounts for more than 90 % of all cases. By 2050, this number is expected to rise to 853 million. In 2024, diabetes caused 3.4 million deaths – equivalent to one death every 9 seconds. Global health expenditures related to diabetes have exceeded USD 1 trillion, a 338 % increase compared to 2007.

In Ukraine (IDF, 2021). About 2.3 million adults (7.1 % of the adult population) live with diabetes. Around 108,643 people have type 1 diabetes, including 20,311 children and adolescents. According to WHO estimates, over 9 % of Ukrainians live with diabetes, which can lead to severe complications – heart attack, stroke, kidney failure, blindness, and limb amputations – if untreated.

During the war, the condition of patients with type 2 diabetes in Ukraine has worsened: the average HbA1c level increased from 7.8 % to 8.4 %, indicating poorer blood glucose control due to stress and limited access to medical care.

*Oncological Diseases.* These are a group of diseases characterized by uncontrolled growth and spread of abnormal cells that can invade any tissue or organ.

Global statistics. About 10 million deaths per year are caused by cancer. In 2020, the most common cancer types by new cases were: breast (2.26 million), lung (2.21 million), colorectal (1.93 million), prostate (1.41 million), non-melanoma skin (1.20 million), stomach (1.09 million), the highest mortality rates are from: lung cancer (1.80 million deaths), colorectal (916,000), liver (830,000), stomach (769,000), breast (685,000). Importantly, 30–50 % of cancer cases can be prevented by avoiding known risk factors.

Ukraine statistics fixed in 2022: 155,239 new cases of cancer (men – 75,825; women – 79,414). 84,153 deaths due to cancer (men – 47,415; women – 36,738). In 2018 there were: 169,817 new cases, 98,226 deaths. This shows a growth in cancer incidence and mortality rates in Ukraine.

*Global Programmes and Initiatives to Combat Priority Diseases.*

1. WHO R&D Blueprint. Aims to enable rapid research and response to outbreaks of dangerous infectious diseases.

2. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Aims to reduce mortality from these three major infections. Funds prevention, treatment, and monitoring programs in over 150 countries.

3. Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI). Aims to ensure equitable access to vaccination in low-income countries. Supports national immunization programmes and reduces child mortality worldwide.

4. WHO Academy. Trains healthcare workers and leaders globally through online platforms for professional development and capacity building in public health.

5. Sustainable Development Goal 3: Good Health and Well-being. Aims to ensure healthy lives and promote well-being for all by 2030, including ending epidemics of HIV/AIDS, tuberculosis, malaria, and neglected tropical diseases, and reducing mortality from NCDs.

*Global and National Initiatives in Ukraine.* Ukraine is actively implementing international programmes and initiatives aimed at combating the most significant

infectious and noncommunicable diseases. These efforts are carried out in collaboration with WHO, the Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine, international partners, and donors.

One of the most important is The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria, which has supported Ukraine since 2003, funding programs for the prevention, diagnosis, and treatment of HIV/AIDS and tuberculosis – even under wartime conditions. Thanks to this cooperation, mobile medical teams were created to provide care to patients in frontline regions.

Thus, improving the public health system, implementing WHO global initiatives, developing intersectoral partnerships, and increasing public awareness are key factors in reducing the burden of priority diseases and strengthening the nation's health.

#### **References:**

1. World Health Organization (WHO). «Cardiovascular diseases (CVDs)». URL: <https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases>
2. International Agency for Research on Cancer (IARC) / GLOBOCAN. Global Cancer Statistics 2020: Estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: *A Cancer Journal for Clinicians* 71 (3): 209-249, 2021. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33538338/> PubMed+1
3. International Diabetes Federation (IDF). «Diabetes country report – Ukraine». (IDF Europe). URL: <https://idf.org/europe/our-network/ukraine/> (дані 2021) International Diabetes Federation
4. WHO / United Nations. «Prevalence of noncommunicable disease risk factors in Ukraine». Київ, 2020. URL: [https://ukraine.un.org/sites/default/files/2020-11/WHO-EURO-2020-1468-41218-56060-eng\\_0.pdf](https://ukraine.un.org/sites/default/files/2020-11/WHO-EURO-2020-1468-41218-56060-eng_0.pdf) The United Nations in Ukraine
5. Kovtun, G. I. «Cardiovascular diseases in Ukraine: results of a national epidemiological survey». *Reports of Vinnytsia Medical & Scientific Journal*, 2023. URL: <https://reports-vnmedical.com.ua/index.php/journal/article/view/1174>

## **ORGANIZATIONAL ASPECTS OF ACCESSIBILITY OF MEDICAL AND PHARMACEUTICAL CARE FOR HYPERTENSIVE DISEASE IN UKRAINE**

**Sokol K.M.<sup>1</sup>, Kupina O.V.<sup>1</sup>, Olkhovska A.B.<sup>2</sup>**

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

<sup>2</sup>*NTU «Kharkiv Polytechnic Institute», Kharkiv, Ukraine*

In today's conditions, one of the leading places in the economically developed countries of the world is occupied by cardiovascular diseases, which remain the leading global public health problem. A significant position among these diseases is occupied by hypertension, which can lead to serious cardiovascular complications, and is one of the main causes of mortality of the population of the whole world, including the population of Ukraine. In particular, 64 % of deaths in Ukraine are due to cardiovascular diseases [3, 4]. In addition to human suffering, cardiovascular diseases have serious economic consequences for the country. The economic costs of treating cardiovascular diseases significantly burden the country's economy.

According to the World Health Organization (WHO), the probability of premature death from non-communicable diseases (NCDs) at ages 30–70 is highest in Ukraine.

Reducing premature mortality from NCDs, including cardiovascular diseases, by one-third by 2030 is a strategic target of the Sustainable Development Goals (SDGs) [5].

An important socio-economic indicator of the development of the health care system is the physical and socio-economic accessibility of medical and pharmaceutical care. The physical component determines the offer for the population of quality medical services and medicines in the required quantity and range. The socio-economic component is determined by the patient's purchasing power and the effective use of available financial resources of the state [1].

Medical care for the population suffering from hypertension is a comprehensive system that combines medical, diagnostic, pharmaceutical and preventive measures to reduce the incidence, disability and mortality from cardiovascular complications.

We analyzed key organizational, informational, and preventive measures of medical and pharmaceutical care for patients with hypertension within the framework of state programs and projects in Ukraine, including: the Health Care System Development Strategy up to 2030; the National Action Plan for NCDs aligned with the SDGs; the Government Reimbursement Program «Affordable Medicines»; the E-Prescription Project; the Pharmacovigilance System; the national project «Stop the Epidemic of Cardiovascular Catastrophes»; and the National Program for Salt Reduction.

Based on the analysis of the domestic system of medical and pharmaceutical care for the population suffering from hypertension, in the context of organizational and information and preventive measures, we have summarized recommendations on ways to improve it, taking into account public health approaches. The main ways to improve the system of medical and pharmaceutical care for patients with hypertension in Ukraine are: prevention and early detection of hypertension: blood pressure screening, educational programs on a healthy lifestyle; optimization of the patient's route (family doctor-cardiologist-pharmacist); development of electronic technologies (e-prescription, eHealth, patient reminders); expansion of the «Affordable Medicines» reimbursement program, increasing the list of medicines, ensuring the availability of medicines in remote and rural regions of the country; strengthening pharmacovigilance (collection and analysis of adverse reactions); educational activities for doctors, pharmacists and patients; intersectoral interaction (medicine-pharmacy-public health).

Therefore, organizational, informational and preventive measures of medical and pharmaceutical assistance to the population suffering from hypertension will contribute to reducing the incidence and cardiovascular complications, increasing patient adherence to treatment, optimizing healthcare system costs by preventing hospitalizations and improving the quality of life of patients and increasing the average life expectancy of the country's population.

The availability of drug therapy for the population suffering from hypertension involves the physical and economic availability of drugs and is ensured by the physical presence of antihypertensive drugs in the Lists of Drugs Reimbursable under State Programs and the purchasing power of patients.

To reduce the financial burden on patients and increase the availability of drugs, the Government of Ukraine has introduced the «Affordable Drugs» reimbursement program. Thanks to the reimbursement program, the population of the country with chronic diseases has the opportunity to receive the necessary drugs free of charge or with a partial co-payment. The government program «Affordable Medicines» has been constantly diversified in recent years, and new drugs, including antihypertensive drugs, have been added to the List of medicines subject to reimbursement under the state program. Based on information and publications posted on the official websites of the Ministry of Health of Ukraine, the National Health Service of Ukraine, the State

Central Medical Service of the Ministry of Health of Ukraine, the Center for Public Health of the Ministry of Health of Ukraine, the Government Portal, the Verkhovna Rada of Ukraine: Legislation of Ukraine, etc., we analyzed the dynamics of physical availability of antihypertensive drugs for the population of Ukraine suffering from hypertension under the program «Affordable Medicines».

As the results show, the government program «Affordable Medicines», which has been implemented in Ukraine since 2017, has gradually expanded the list of medicines subject to reimbursement, including antihypertensive drugs. Thus, in 2017, the program included 13 % of antihypertensive drugs by trade names, the range of which mainly consisted of diuretics and ACE inhibitors; in 2019, the range of drugs became wider and deeper and the List of Medicines contained about 400 drug items, of which 25 items (6 %) were occupied by antihypertensive drugs (with  $\beta$ -blockers and calcium channel blockers). In 2022, new fixed combinations of drugs acting on the renin-angiotensin system (RAAS) + diuretic/calcium blocker were added to the List of Medicines within the framework of the «Affordable Medicines» program, which increased the share of antihypertensive positions to 28 %, and the share of monodrugs and combinations among all cardiovascular diseases to 15 %. In 2025, 23 trade names of combination drugs for the treatment of cardiovascular diseases, including hypertension, were added to the List of Medicines Reimbursed under the State Program, which contain 2 or more active substances and allow for better control of blood pressure, heart rhythm, and also prevent the risk of developing cardiovascular diseases. The complex action helps reduce the risk of heart attacks, strokes, and other cardiovascular complications. The share of antihypertensive drugs by trade names in the List of Medicines as of July 2025 was 37 % of all drug items [6].

Thus, the dynamics of the development of the government program «Affordable Medicines» demonstrates a gradual increase in the level of physical accessibility of antihypertensive drugs for the population suffering from hypertension, an expansion of the range of drugs, an increase in fixed combinations, which corresponds to international recommendations for the management of hypertension, in particular the European Society of Hypertension (ESH), the European Society of Cardiology (ESC), the American Society of Hypertension (ASH), the International Society of Hypertension (ISH), etc. and contributes to improving blood pressure control among the population of the country.

We also found that in order to increase the physical accessibility of drugs for the population of Ukraine suffering from hypertension, within the framework of the reimbursement program, the «Ukrposhta. Pharmacy» service was introduced.

At the next stage, we analyzed the results of the implementation of the «Affordable Medicines» program. For this purpose, according to official data of the National Health Insurance Fund [2], we analyzed certain quantitative indicators: the number of places where medicines are dispensed by e-prescriptions in terms of the geographical criterion for segmenting the pharmaceutical market and the number of e-prescriptions redeemed over the last year using the example of cardiovascular diseases, including hypertension.

In order to ensure physical accessibility for the population suffering from hypertension, at the time of our study, there were 9,102 places where antihypertensive medicines are dispensed by e-prescriptions within the framework of state reimbursement programs in Ukraine.

As the analysis shows, there are regional differences in the physical availability of antihypertensive drugs for the population of the country suffering from hypertension. Within the regions of Ukraine, the largest number of pharmacies implementing the government reimbursement program for antihypertensive drugs was observed in Dnipropetrovsk, Odessa and Kharkiv regions. The smallest number of pharmacies implementing the reimbursement program was observed in Kherson, Donetsk and Luhansk regions. The low level of physical availability of antihypertensive drugs in these regions is associated with the occupation of a significant part of settlements in connection with the military aggression of the Russian Federation. An insignificant number of places of dispensing antihypertensive drugs within the framework of the reimbursement program was observed in Chernivtsi and Ternopil regions.

The largest number of pharmacies implementing the government reimbursement program for antihypertensive drugs are located in the following cities: Kyiv, Odesa and Kharkiv, Dnipro. The lion's share – 80.4 % of pharmacies implementing the government reimbursement program are located in urban areas. In rural areas, only 19.6 % of pharmacies provide physical accessibility of antihypertensive drugs for the population suffering from hypertension. According to the results of the analysis, it can be stated that the rural population suffering from hypertension has limited physical accessibility to antihypertensive drugs within the framework of the implementation of the government reimbursement program. This is one of the most urgent problems of today, which needs to be resolved at the state and regional levels. The shortage of pharmaceutical personnel, the uneven territorial location of pharmacies and the insufficient number of points of dispensing antihypertensive drugs within the framework of the government reimbursement program «Affordable Medicines» complicate the continuity of pharmacotherapy for a significant part of the country's population suffering from hypertension. An additional logistical obstacle today is the low level of transport accessibility, which creates difficulties for the elderly, who constitute the most vulnerable group.

Significant ways to overcome this problem in the context of the public health system, in our opinion, are to expand the network of pharmacy partners of the «Affordable Medicines» program, especially in rural areas and certain regions of the country, especially in the regions of the western part of Ukraine (Chernivtsi, Ternopil, Zakarpattia, Ivano-Frankivsk regions), which requires an expansion of the number of pharmacies taking into account the number of residents of these communities; the introduction of electronic services for ordering and delivering antihypertensive drugs; increasing the number of mobile pharmacy points in remote communities; stimulating cooperation with local authorities to ensure equal access to pharmaceutical care. The outlined measures will contribute to reducing inequalities in access to treatment and increasing the effectiveness of hypertension control at the population level.

#### **References:**

1. Bondarchuk I. Availability of medicines - what role does the state play? Weekly Pharmacy. 2021. No. 14 (1285). URL: <https://surl.lu/mhfkvh>
2. Electronic map of places of dispensing medicines by ePrescription. National Health Service of Ukraine. URL: <https://surli.cc/qreih>
3. Killer of the 21st century: how to protect yourself from cardiovascular diseases? Center for Public Health of Ukraine Ministry of Health of Ukraine. 2023. URL: <https://surl.lu/dudrmt>

4. Kovtun G. I., Orlova N. M. Mortality from diseases of the circulatory system in Ukraine: medical and statistical analysis of its dynamics and regional features in 2010-2020. Bulletin of Vinnytsia National Medical University. 2023. Vol. 27. No. 1. P. 110–118. URL: [http://dx.doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2023-27\(1\)-21](http://dx.doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2023-27(1)-21)

5. Sustainable Development Goals. World Health Organization (WHO). URL: <https://surl.li/jcaexn> (date of access: 06.09.2025).

6. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). Journal of Hypertension. 2023. Vol. 41. No. 12. P. 1874–2071. URL: <https://surl.li/kmcjlz> (date of access: 09.08.2025).

## **BRAIN STROKES: CURRENT TRENDS, DIAGNOSIS, TREATMENT, AND REHABILITATION**

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

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

*<sup>2</sup>Educational and Research Medical Institute of National Technical University «Kharkiv Polytechnic Institute», Kharkiv, Ukraine*

According to many scientists, cerebral stroke (CS) remains a global medical and social problem for the modern world medical community, ranking second among the causes of mortality in the world population and first among the causes of long-term disability in the adult population [1]. According to official statistics, the period from 2020 to 2025 saw a steady increase in the burden of ischemic strokes in low- and middle-income countries, which is entirely due to the progressive aging of the world's population, urbanization, and insufficient control of CS risk factors [2].

Inadequate control of CS risk factors and their impact on the high prevalence of this disease is entirely related to the etiological aspects of CS. Thus, most CS cases are associated with atherothrombotic processes or cardioembolic lesions. The leading modifiable risk factors include hypertension, diabetes mellitus, obesity, dyslipidemia, smoking, and physical inactivity [3]. Updated AHA data for 2021 fully confirm that effective blood pressure control can significantly reduce the risk of developing primary CS by 35–40 % [4].

In turn, the level of disability in the population due to CS is also influenced by the possibilities of early diagnosis. Thus, in 2023, the ESO published recommendations on the use of multiparametric MRI and CT perfusion for more accurate stratification of the ischemic core and penumbra [5]. The use of artificial intelligence for automated image analysis has been shown to reduce the time to decision on the need for thrombolysis or thrombectomy by 15–20 % [6].

At the same time, adequate and timely treatment is no less important for the outcome of CS. Thus, reperfusion therapy remains the basis for the treatment of ischemic strokes today. According to the results of clinical trials in 2023–2024 (SELECT2, ANGEL-ASPECT), endovascular thrombectomy is effective even with a large lesion volume [7]. The 2023 ESO guidelines confirm the effectiveness of tenecteplase as an alternative to alteplase at a dose of 0.25 mg/kg, which simplifies the management of such patients and significantly reduces the number of complications [8].

With regard to hemorrhagic strokes, the updated international guidelines (AHA/ASA) for 2022 emphasize early blood pressure control, reversal of anticoagulants, and management of such patients in specialized neurology departments [9]. The results of the INTERACT3 study (2023) showed that a unified «care bundle» reduces mortality in such patients during treatment by 12 % compared to standard treatment [10].

It should be noted that effective and active rehabilitation plays a significant role in the management of such patients, as it affects the development of negative cognitive consequences. The modern concept of recovery after CS is based entirely on the principle of early, intensive, and individualized rehabilitation. The introduction of robotic technologies, virtual reality, and telerehabilitation contributes to the improvement of motor and cognitive functions in such patients [11]. According to the data obtained (2024), effective multidisciplinary rehabilitation increases the likelihood of complete functional independence by 22 % in such patients [12].

In addition, secondary prevention of recurrent strokes in such patients is also of great importance. The 2022 ESO European guidelines define the key areas of secondary prevention: long-term control of risk factors, statin therapy, antiplatelet or anticoagulant therapy, treatment of atrial fibrillation, and prevention of thromboembolism [13].

Thus, scientific and practical advances in recent years in the fields of neuroimaging, pharmacotherapy, endovascular interventions, and rehabilitation technologies have fundamentally changed approaches to CS management. The priorities remain early recognition of symptoms, rapid access to reperfusion therapy, multidisciplinary care, personalized rehabilitation, and effective secondary prevention. Integrating these areas into national medical protocols for managing such patients will reduce disability and social losses caused by strokes [14].

#### **References:**

1. Feigin V. L., et al. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Neurology*. 2024;23(10):973–1003. doi: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(24\)00369-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(24)00369-7).
2. Ezejimofor M. C., et al. Stroke survivors in low- and middle-income countries: A meta-analysis of prevalence and secular trends. *J Neurol Sci*. 2016;364:68–76. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jns.2016.03.016>.
3. O'Donnell M. J., et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *Lancet*. 2016;388(10046):761–75. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30506-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30506-2).
4. Jones D. W., et al. Management of Stage 1 Hypertension in Adults With a Low 10-Year Risk for Cardiovascular Disease: Filling a Guidance Gap: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension*. 2021;77(6):e58–e67. doi: <https://doi.org/10.1161/HYP.000000000000195>.
5. Strbian D., et al. European Stroke Organisation (ESO) and European Society for Minimally Invasive Neurological Therapy (ESMINT) guideline on acute management of basilar artery occlusion. *J Neurointerv Surg*. 2024;16(9):e7. doi: <https://doi.org/10.1136/jnis-2024-022053>.
6. Yedavalli V. S., et al. Artificial intelligence in stroke imaging: Current and future perspectives. *Clin Imaging*. 2021;69:246–254. doi: <https://doi.org/10.1016/j.clinimag.2020.09.005>.
7. Sarraj A., et al. Trial of Endovascular Thrombectomy for Large Ischemic Strokes. *N Engl J Med*. 2023;388(14):1259–1271. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2214403>.

8. Alamowitch S., et al. European Stroke Organisation expedited recommendation on tenecteplase for acute ischaemic stroke. *European Stroke Journal*. 2023;8(1):8–54. doi: <https://doi.org/10.1177/23969873221150022>.
9. Arnett D. K., et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2019;140(11):e563–e595. doi: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000677>.
10. Ma L., et al. The third Intensive Care Bundle with Blood Pressure Reduction in Acute Cerebral Haemorrhage Trial (INTERACT3): an international, stepped wedge cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2023;402(10395):27–40. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00806-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00806-1).
11. Khan A., et al. Virtual reality in stroke recovery: a meta-review of systematic reviews. *Bioelectronic Medicine*. 2024;10:23. doi: <https://doi.org/10.1186/s42234-024-00150-9>.
12. Tang E., et al. Stroke rehabilitation in adults: summary of updated NICE guidance. *BMJ*. 2024;384:q498. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.q498>.
13. Dawson J., et al. European Stroke Organisation (ESO) guideline on pharmacological interventions for long-term secondary prevention after ischaemic stroke or transient ischaemic attack. *Eur Stroke J*. 2022;7(3):I–II. doi: <https://doi.org/10.1177/23969873221100032>.
14. *National Clinical Guideline for Stroke (Sixth edition, 2023)*. London: Royal College of Physicians; 2023.

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

### ОЗНАКИ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МОБІЛЬНИХ ТЕЛЕФОНІВ СЕРЕД ЗДОБУВАЧІВ ХАРКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

*Кузнецова М.О., Помогайбо К.Г.*

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

**Вступ.** За останні воєнні роки, зросла питома вага хронічного стресу, як фактору, що негативно впливає на здоров'я населення України. Разом з негативним впливом цього фактору доєднався вплив супутніх не менш значущих чинників, наприклад залежність від різноманітних гаджетів (мобільні телефони, планшети, ноутбуки тощо) [1].

Сучасними дослідженнями доведено, що постійне використання різноманітних гаджетів негативним чином впливає на розумові здібності [1; 2] і знижує мотивацію до навчання [3]. Проте, в опублікованих дослідженнях «постійне використання» не позначають як залежність і недостатньо висвітлюють всі аспекти того чому в сучасних умовах це слід розглядати як шкідливий чинник, що може стати причиною погіршення здоров'я і появи хвороб.

**Метою** даної роботи було висвітлити залежність від мобільних телефонів та її вплив на стан здоров'я здобувачів вищої освіти Харківського національного медичного університету.

**Матеріали та методи.** До дослідження було залучено 49 здобувачів вищої освіти, які навчались на 1 – 3 курсах Харківського національного медичного університету (ХНМУ) на I–IV медичних факультетах. Для цього було використано спеціально розроблений опитувальник, який поширювався за допомогою Google-forms в найбільш поширених серед здобувачів вищої освіти соціальних мережах.

**Результати.** Під час аналізу отриманих під час дослідження даних, було визначено наявність у здобувачів вищої освіти ознак залежності від мобільних телефонів. Водночас інтенсивність прояву ознак такої залежності відрізнялась серед хлопців та дівчат. Серед опитаних хлопців 89 % вказували час безперервного використання телефону до 3 годин. При цьому 8 % респондентів зазначили, що використовують телефон 1,5 години, 3 % не змогли відповісти на це питання.

Водночас, інтервали між використанням мобільного телефону (смартфону) у дівчат у середньому коливалися від 10 до 15 хвилин, на що вказували 78 % опитаних, решта респонденток не змогла відповісти на це питання. Серед хлопців цей інтервал становив 30–40 хвилин, про що свідчили 88 % респондентів, інші 12 % стверджували, що інтервал між користуванням становив 1–2 години.

Крім того, у ході дослідження були виявлені значущі дані, що свідчать про наявність у здобувачів ознак залежності від мобільних телефонів, саме: відчуття тривоги – у 49 % опитаних; дратівливість – у 20 % респондентів; агресія при

відсутності мобільного телефону навіть протягом короткого часу – у 18 % опитаних; стрес – у 10 %; та пригнічення настрою аж до депресії – у 3 % респондентів.

До того ж, були виявлені соматичні симптоми, саме: головний біль був зафіксований у 56 % здобувачів; безсоння турбувало 29 % респондентів; зниження гостроти зору спостерігалося у 8 % опитаних; та у 7 % – відчуття дискомфорту в шії та спині.

Водночас, у здобувачів, які постійно користувались гаджетами, були виявлені поведінкові порушення, такі як: утруднення із припиненням використання гаджета – у 69 % випадків; неконтрольоване користування гаджетами – у 25 % випадків; та відчуття «соціальної ізоляції» – у 6 % опитаних.

Отримані дані узгоджуються з результатами вже існуючих досліджень, які вказують на наявність поведінкових змін у молодих людей, які постійно користуються мобільними пристроями. Крім того, аналіз результатів вказує на наявність ознак інформаційного перевантаження, що супроводжується порушеннями сну, концентрації уваги та пам'яті. Це інформаційне перевантаження, пов'язане з постійним перегортанням різних вкладок і соціальних мереж, призводило до емоційного стомлення, проте користувач вже не міг відмовитись від використання гаджета, оскільки шукав «дозу» нових вражень.

До того ж, у респондентів виявляли ознаки порушення соціальної взаємодії, що проявлялося у утрудненні комунікації як між самими здобувачами, так і між здобувачами та викладачами.

**Висновки.** На основі отриманих під час дослідження даних, було встановлено соціальну значущість цієї проблеми, що створює передумови для подальшого вивчення причинно-наслідкового зв'язку між залежністю від гаджетів і погіршенням стану здоров'я молодого населення нашої країни.

#### **Література:**

1. Косілова О. Ю., Бойко І. С., Калінін Д. Е. (2022, September). Залежність від гаджетів в умовах військового стану. In Матеріали The XXXII International Scientific and Practical Conference «Modern ways of solving the latest problems in science». P. 194–195.
2. Gega L., Jankovic D., Saramago P., Marshall D., Dawson S., Brabyn S., Nikolaidis G. F., Melton H., Churchill R., Bojke L. Digital interventions in mental health: evidence syntheses and economic modelling. *Health Technol Assess.* 2022; 26(1):1–182.
3. Shekelle P., Begashaw M., De Vries G., Miale-Lye I. *Integrated Mental and Behavioral Health Care.* Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US); 2024.

## **ІНТЕГРАЦІЯ ГРОМАД У ПРОЦЕСІ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ**

***Приходько Н.І., Помогайбо К.Г.***

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Сучасні виклики у сфері громадського здоров'я в Україні, зокрема наслідки воєнного стану, соціально-економічна нестабільність та зростання рівня хронічних неінфекційних захворювань, вимагають нових підходів до організації профілактичної роботи. Одним із ключових напрямів є інтеграція громад у процеси формування здорового способу життя, що передбачає активну участь

населення, органів місцевого самоврядування, медичних та освітніх закладів, також громадських організацій у реалізації політики збереження здоров'я.

Інтеграція громад у процеси формування здорового способу життя охоплює кілька ключових аспектів:

1) *Просвітницька діяльність*. Формування знань та навичок щодо правильного харчування, фізичної активності, профілактики тютюнопаління та зловживання алкоголем. Важливою складовою є робота з дітьми та молоддю через освітні програми.

2) *Медико-соціальні ініціативи*. Створення умов для доступу до профілактичних медичних оглядів, щеплень, ранньої діагностики та консультування з питань здоров'я.

3) *Роль місцевих органів влади та громадських організацій*. Органи місцевого самоврядування можуть забезпечувати благоустрій територій, облаштування спортивних та дитячих майданчиків, проведення соціальних акцій, громадські організації – сприяти залученню населення до ініціатив у сфері здорового способу життя.

4) *Соціальна інтеграція вразливих груп населення*. Особливу увагу слід приділяти групам, які мають обмежений доступ до ресурсів: ромським громадам, людям з інвалідністю, внутрішньо переміщеним особам. Їх включення у процеси формування здорового способу життя дозволяє зменшити нерівність у здоров'ї.

5) *Міжсекторальна взаємодія*. Важливим є партнерство між закладами охорони здоров'я, освіти, соціального захисту, релігійними та культурними установами. Такий підхід забезпечує комплексність та ефективність впровадження заходів.

6) *Інноваційні підходи*. Використання цифрових технологій (онлайн-консультацій, мобільних додатків для моніторингу здоров'я, інформаційних платформ) розширює можливості громади у формуванні здорових практик.

**Висновки.** Інтеграція громад у процеси формування здорового способу життя є стратегічним напрямом розвитку системи громадського здоров'я в Україні. Вона дозволяє не лише зменшити тягар хвороб, але й сприяє підвищенню якості життя населення. Ефективність цього процесу залежить від активної участі всіх зацікавлених сторін, розвитку міжсекторального партнерства та врахування соціально-економічних особливостей кожної громади.

#### **Література:**

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. Health promotion and the determinants of health. Geneva: WHO, 2022.

2. Міністерство охорони здоров'я України. Основи громадського здоров'я: методичні рекомендації. Київ, 2021.

3. Kickbusch I., Gleicher D. Governance for health in the 21st century. WHO Regional Office for Europe, 2012.

4. Marmot M., Bell R. Social determinants and equity in health. *American Journal of Public Health*. 2019; 109(S1): S7–S8.5. UNICEF. Adolescent Health and Development: Strategy and Action Plan 2022–2025. New York, 2022.

## **АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ: ДИНАМІКА ТА СУЧАСНИЙ СТАН**

**Усенко С.Г., Рязанова О.А.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Рак молочної залози (РМЗ) найпоширеніша онкологічна патологія серед жінок не лише України, й світу. За даними ВООЗ, щороку у світі виявляють понад 2,3 млн нових випадків цієї недуги. В Україні РМЗ посідає перше місце серед усіх злоякісних новоутворень у жінок, в Харківській області ця проблема є особливо актуальною. Соціально-економічні виклики, військові дії в державі, зменшення доступу до медичних послуг та стресові фактори посилюють ризики пізнього виявлення та ускладнюють лікування. Проблема потребує не лише медичного, але й суспільного усвідомлення.

Медицина сьогодні немає чітких рекомендацій, як можна застерігатися від цієї хвороби. Але кожна жінка повинна знати фактори, які можуть сприяти розвитку РМЗ. Фактори ризику розвитку раку молочної залози включають:

1. Стать і вік. Ймовірність захворювання у жінок різко зростає після 40 років і стає максимальною до 65 років.

2. Генетична схильність. Наявність випадків захворювання на РМЗ у родині.

3. Гормональні особливості. Раннє настання менструації (до 12 років), також настання менопаузи (після 55 років) підвищує ризик РМЗ у 2 рази.

4. Фактори способу життя. Нездорове харчування (зокрема, надмірне споживання жирів, високообробленої їжі), відсутність фізичної активності, часте вживання алкоголю, куріння.

5. Наявність додаткових захворювань та провокуючих факторів. Гінекологічні захворювання, цукровий діабет, гіпотиреоз, наявність доброякісних новоутворень молочної залози.

Також слід враховувати побутові чинники, екологічні умови, стрес та психоемоційне виснаження.

Захворювання на рак молочної залози в Харківській області залишається серйозною медико-соціальною проблемою, що вимагає комплексного підходу до її вирішення.

Аналіз основних показників здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я Харківської області за 2023–2024 рр. показав, що кількість нових випадків захворюваності серед жінок у 2023 році становила 543 на 100 тис. населення (що складає 21,02 % у структурі первинної захворюваності), тоді як у 2024 році цей показник знизився до 20,9 %, абсолютна кількість нових випадків становила 519. Проте це зниження, на наш погляд, пов'язане не зі зменшенням рівня захворюваності, зі скороченням чисельності населення (зокрема жінок) та/або несвоєчасним зверненням до лікарів.

Контингент пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями молочної залози у 2023 році становив 154 367 осіб, що відповідає 597,56 на 100 тис. населення, у 2024 році – 160 380 осіб, що становить 620,8 на 100 тис. населення.

Щодо пацієнтів, яким уперше встановлено діагноз злоякісного новоутворення IV стадії, у 2023 році було виявлено 101 випадок (18,8 на 100 тис. населення), у 2024 році – лише 76 випадків (14,5 на 100 тис. населення).

Питома вага хворих на рак молочної залози, які прожили менше одного року з моменту встановлення діагнозу, становила: у 2023 році – 3 випадки (1,3 на 100 тис. населення), у 2024 році – 11 випадків (2,0 на 100 тис. населення).

Аналіз показників смертності населення від раку молочної залози виявив: у 2023 році було зареєстровано 67 випадків (2,6 на 100 тис. населення), у 2024 році – 52 випадки (2,01 на 100 тис. населення).

Зафіксовано стрімке зростання показників виявлення злоякісних новоутворень. На наш погляд, така статистика може вказувати на недостатню обізнаність населення, зокрема жінок, щодо обстеження, також на брак інформації про методи своєчасного обстеження.

До цих методів належать: клінічний огляд та самообстеження молочних залоз; мамографія – як основний метод скринінгу для жінок після 40 років; УЗД молочних залоз, що дозволяє виявляти пухлини у молодших жінок; біопсія та імуногістохімічне дослідження, які визначають тип пухлини та чутливість до терапії; магнітно-резонансна томографія – для уточнення стадії та поширення процесу.

Крім того, таке зростання нових випадків захворювань може бути пов'язане з бойовими діями, також, як наслідок, із погіршенням екологічної та техногенної ситуації, що сприяє зростанню показників онкологічних захворювань.

Таким чином, шляхи вирішення проблеми включають: *розширення програм скринінгу* – запровадження безкоштовних мамографічних обстежень для жінок старше 40 років; *освітні кампанії* – популяризація самообстеження та регулярних оглядів; *розвиток телемедицини*, який дозволяє проводити консультування пацієнтів із віддалених районів області; *впровадження психологічної допомоги* – створення при онкологічних центрах служб підтримки пацієнтів та їхніх родин; *підвищення кваліфікації лікарів* – організація тренінгів та обміну досвідом з європейськими клініками тощо.

#### **Література:**

1. Довідник «Основні показники здоров'я населення та діяльність закладів охорони здоров'я Харківської області за 2024–2024 рр.». URL: <https://kharkivoda.gov.ua/news/126751>.

2. Орлова Н. М., Тонковид О. Б., Паламар І. В., Клімас Л. А., Шкондін С.В., Ткач В.С. Медико-статистичний аналіз захворюваності, смерності та своєчасності виявлення раку молочної залози в Україні. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 2024, Т.28, № 1 С. 113–120.

3. Рафальська Я.Д., Косяченко К.Л. Аналіз захворюваності на рак молочної залози в Україні та Місті Києві. *Фармацевтичний журнал*, 2023, Т. 78, № 3. С. 39–47.

4. Електронний інтернет ресурс: <https://kharkivonco.com/pidrozdily/terapevtychni/oblasnyj-tsentr-mamoloii/>

## **СУЧАСНІ ВИКЛИКИ ЕКОЛОГІЧНОЇ БЕЗПЕКИ БУКОВИНСЬКИХ КАРПАТ**

**Масікевич А.Ю., Жуковський О.М., Забродський І.С.**

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна*

**Актуальність.** Інтенсивна господарська діяльність у гірських районах Українських Карпат загострила екологічну ситуацію, що загрожує природному

балансу регіону. Буковинські Карпати як частина Карпатської системи, стикаються з тими ж проблемами, що й інші гірські райони, але мають особливості, пов'язані з прикордонним розташуванням, вологим кліматом та традиційною орієнтацією місцевого населення на лісові й аграрні види діяльності. Цей регіон займає майже третину Чернівецької області та є витком багатьох важливих річок – Пруту, Черемошу, Серету.

Стихійні паводки 2008 і 2010 років продемонстрували наслідки нерационального використання природних ресурсів. Масові вирубки лісів, надмірне освоєння схилів і порушення технологій землекористування активізували ерозійні процеси та зсуви ґрунтів. Зниження лісистості призводить до втрати біорізноманіття та порушення водного режиму, створюючи ризики нових екологічних катастроф.

Отже, вивчення сучасних екологічних викликів цього унікального гірського регіону є надзвичайно актуальним і має важливе практичне значення для прогнозування подальшого розвитку гірських територій.

**Метою** цього дослідження було проаналізувати основні загрози екологічній безпеці гірських територій Чернівецької області та визначити пріоритетність екологічних проблем регіону.

**Матеріали та методи.** Предметом дослідження виступають екологічні проблеми Буковинських Карпат, які становлять суттєві загрози для екологічної безпеки регіону. Для оцінки стану довкілля та рівня обізнаності населення проведено анкетування жителів передгірних і гірських районів та аналіз статистичних даних Головного управління статистики Чернівецької області.

**Результати та обговорення.** Гірські території характеризуються підвищеною вразливістю до природних і техногенних ризиків через складний рельєф і часті прояви екстремальних кліматичних явищ [1]. Українські Карпати не є винятком: поєднання природних чинників із активним господарським освоєнням зумовлює значне екологічне навантаження.

Аналіз діяльності та об'єктів підвищеної екологічної небезпеки (згідно з переліком Постанови КМУ [2]) показав, що в гірській частині Чернівецької області функціонує 11 із 22 видів таких об'єктів. Майже половина потенційно небезпечної діяльності зосереджена у вразливому гірському регіоні Буковинських Карпат. Найсерйознішими загрозами для екосистем регіону є накопичення відходів деревообробної промисловості, видобуток нафти та скидання неочищених стічних вод.

Згідно з даними Головного управління статистики у Чернівецькій області [3], передгірні та гірські райони займають 36,3 % площі області, де проживає 19,9 % населення та розташовано майже третину всіх населених пунктів. Така концентрація людської діяльності в екологічно чутливих умовах потребує системного моніторингу й ефективного управління ризиками.

Вибіркове анкетування мешканців передгірних і гірських районів Чернівецької області дозволило оцінити ставлення населення до екологічних проблем і рівень їх обізнаності. Респонденти виокремили п'ять ключових загроз для регіону: неконтрольоване вирубування лісу, ерозія ґрунтів і зсуви, видобуток гравію, скиди неочищених стічних вод та накопичення побутових відходів. Найбільшою загрозою населення вважає незаконне вирубування лісу, далі йдуть ерозія ґрунтів і зсуви, видобуток гравію, скиди стічних вод та

накопичення побутових відходів. Дані дозволили ранжувати екологічні ризики та визначити пріоритетні напрями природоохоронних заходів.

Суттєвою проблемою для екологічної безпеки гірських територій залишається хаотичне та недостатньо обґрунтоване планування і спорудження малих гідроелектростанцій на водотоках Чернівецької області. Попри важливість питань енергетичної незалежності держави, зведення таких об'єктів без дотримання вимог екологічної безпеки є неприпустимим.

Власні дослідження [4, 5] показали, що відходи деревообробної промисловості – кора, тирса, тріска, хмиз та інші залишки – становлять серйозну загрозу для гідрологічних систем Карпат. На території області вони складають близько 21 % обсягу ділової деревини. Розкладання цих матеріалів супроводжується виділенням метану в атмосферу, забрудненням річок та загибеллю водних організмів.

Особливо небезпечним є накопичення тирси та інших органічних речовин у водоймах, що призводить до процесів гниття, зниження концентрації розчиненого кисню, збільшення біохімічної потреби у ньому та погіршення органолептичних властивостей води. Як наслідок, порушується природна цілісність екосистем і знижується рівень екологічної безпеки регіону [6].

Одним із ключових напрямів збереження природи в Карпатах є створення ефективної системи природоохоронних територій. У Чернівецькій області це національні парки «Вижницький» і «Черемоський», заказники «Чорний Діл» та «Зубровиця», які підтримують екологічну рівновагу й зберігають біорізноманіття.

Разом із тим, зростання рекреаційного туризму створює ризики для екосистем: відвідування без контролю спричиняє деградацію ландшафтів, забруднення води та зниження чисельності рідкісних видів. Тому сучасна екологічна політика повинна поєднувати розвиток туризму з дотриманням природоохоронного режиму для гармонійного співіснування людини та природи.

Запровадження сучасних технологій переробки відходів деревообробки підвищує екологічну безпеку та економічну ефективність лісогосподарського комплексу Карпат. Раціональне використання побічних продуктів зменшує обсяги відходів, скорочує техногенне навантаження на довкілля та створює додаткові можливості для розвитку місцевих громад, формуючи замкнені та екологічно безпечні виробничі процеси відповідно до принципів сталого розвитку [7].

Разом із тим, актуальним залишається питання екологічних ризиків, пов'язаних із розміщенням тваринницьких ферм у безпосередній близькості до водних об'єктів. Потрапляння органічних сполук і стічних вод у річкові системи призводить до погіршення санітарно-гігієнічного стану води й ґрунтів, змін у мікробіологічному балансі та зростання небезпеки для здоров'я населення. Тому подальші дослідження мають бути спрямовані на комплексну оцінку впливу таких об'єктів на екосистеми та розробку превентивних заходів, що забезпечать збереження природного середовища й екологічну стабільність гірських територій [8].

**Висновки.** Отже, на сьогодні особливо важливим є формування цілісної концепції екологічної безпеки для гірських територій Чернівецької області. Гігієнічна оцінка цього регіону може слугувати показником його сталого розвитку, відображаючи узгодженість між соціальними процесами та природним середовищем.

### **Література:**

1. Довкілля Чернівецької області у 2014 році: статистичний збірник / За ред. Петрової Г.І. Чернівці: Головне управління статистики у Чернівецькій області, 2015. 155 с.
2. Про перелік видів діяльності та об'єктів, що становлять підвищену екологічну небезпеку // Постанова Кабінету Міністрів України від 27.07.1995, No 554.
3. Населення Чернівецької області за 2014 рік: статистичний збірник / За ред. Ротаря А.В. Чернівці: Головне управління статистики у Чернівецькій області, 2015. 153 с.
4. Масікевич Ю.Г. Перспективи утилізації відходів деревини у Чернівецькій області / Ю.Г. Масікевич, А.Ю. Масікевич // *Науковий журнал: Екологічна безпека*. 2011. Вип. 2 /2011(12). С. 63– 66.
5. Масікевич Ю.Г. Оцінка енергетичного потенціалу лісонасаджень Чернівецької області / [Ю.Г. Масікевич, В.Д. Солодкий, А.Ю. Масікевич, В.Ф. Моїсєєв], *Вісник Національного технічного університету «ХПІ»*. Харків: НТУ «ХПІ». 2012. № 39, С. 129–135.
6. Масікевич Ю.Г. Гігієнічна якість води в річках Буковинських Карпат як показник екологічної безпеки регіону / Ю.Г.Масікевич, А.Ю.Масікевич. Людина та довкілля. Проблеми неоекології. Харків: ХНУ, 2014. № 3–4. С.104–108.
7. United Nations Economic Commission for Europe (UNECE) & Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). (2021). *Forest products annual market review 2020–2021* (ECE/TIM/SP/49). United Nations.
8. Самооцінка населення здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2014 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2014 року): : статистичний збірник / за ред. Ротаря А. В. Чернівці: Головне управління статистики у Чернівецькій області, 2015. 56 с.

## **ПІДТРИМКА ЗДОРОВ'Я І ЯКІСНОГО ЖИТТЯ ЛІТНІХ ЛЮДЕЙ: ІСНУЮЧІ ПРОГРАМИ ТА ІНІЦІАТИВИ**

**Мякина О.В., Нещенко О.О., Ващук М.А.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

На сучасному етапі охорона здоров'я літніх людей в Україні є актуальним викликом та стратегічним пріоритетом суспільства. В умовах демографічного старіння нації першочерговим завданням є концентрація зусиль на підтримці старшого покоління, виявленні прогалин у поточних системах надання медико-соціальної допомоги та розробці ефективних стратегій для забезпечення їхнього здоров'я та добробуту. Комплексне вирішення цієї проблеми дозволить глибше проаналізувати роль державної політики, громадських ініціатив та служб охорони здоров'я у наданні належної підтримки [1].

Питання підтримки здоров'я людей похилого віку визнано одним із провідних напрямків державної та суспільної роботи на міжнародному рівні. Значущість цієї проблематики закріплена у низці ключових міжнародних документів, включаючи «Міжнародну декларацію прав людини», «Європейську Конвенцію про захист прав і основних свобод людини», «Глобальні рекомендації з рухової активності для здоров'я» (2010), також деклараціях та ініціативах Організації Об'єднаних Націй (ООН), ЮНЕСКО та Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

Міжнародна спільнота активно реагує на виклики старіння населення. Зокрема, Генеральна Асамблея ООН у 1991 році прийняла Принципи ООН для людей похилого віку (резолюція 46/91). Згодом, у 2002 році, Друга Всесвітня асамблея з проблем старіння затвердила Мадридський міжнародний план дій щодо старіння. Цей план розроблено з метою реагування на можливості та виклики демографічного старіння в XXI столітті та сприяння побудові інклюзивного суспільства [2].

В Україні також ухвалено низку законодавчих актів, які регулюють питання захисту прав літніх осіб. Ключове значення для визначення прав, обов'язків, також відповідальності держави та громадських інституцій у сфері соціального захисту людей похилого віку мають закони «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» (1991) та «Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні» (1994). Окрім соціального забезпечення, державна політика охоплює й напрямок підтримки активного довголіття. Відповідно до Національної стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація», передбачено залучення людей похилого віку до систематичного виконання рухової активності як важливої складової здорового способу життя.

Важливою складовою забезпечення добробуту літнього населення є розвиток якісної психотерапевтичної допомоги. З метою впровадження інноваційних, якісних освітніх проєктів із когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та інших доказових методів, розвитку терапевтичних і превентивних програм, також створення професійної спільноти, функціонує Український інститут когнітивно-поведінкової терапії (УІКПТ) [3]. Основним завданням УІКПТ є розвиток в Україні якісних навчальних програм з КПТ та інших доказових форм психотерапевтичної допомоги. Застосування цих напрацювань є пріоритетним для покращення послуг у сфері охорони психічного здоров'я літніх людей, особливо через просвітництво та видавничу діяльність.

Міжнародний досвід у сфері активного довголіття представлений Глобальною мережею ВООЗ для міст та громад, дружніх до людей похилого віку (WHO Global Network for Age-Friendly Cities and Communities). Ця мережа, заснована ВООЗ у 2010 році, має на меті сприяння створенню сприятливого та інклюзивного середовища в містах і громадах по всьому світу.

Мережа ВООЗ об'єднує муніципалітети та організації, заохочуючи їх ставати більш доступними та дружніми для старшого покоління. Її діяльність сфокусована на обміні знаннями, підтримці інновацій та сприянні здоровому, активному старінню і довголіттю. Наприклад, в Україні ця мережа охоплює 706 міст, сприяючи облаштуванню безбар'єрних просторів та навчання цифровій грамотності для осіб старіючої групи [4; 5].

Серед корпоративних соціальних ініціатив, спрямованих на підтримку старшого покоління, заслуговує на увагу Програма «Активне довголіття» (реалізується спільно Мінсоцполітики України та AstartaGroup). У межах цієї програми пропонуються мультидисциплінарні тренінги й індивідуальні консультації з нутриціології та фітотерапії. До 2022 року до цих заходів було залучено понад 2 500 осіб літнього віку.

Як приклад європейських та американських практик, агропромхолдинг «Астарта-Київ» також реалізує політику залучення до роботи фахівців зрілого віку. Це ефективне рішення спрямоване на використання їхнього досвіду та

створення умов для продовження активного довголіття інших вікових категорій працівників. Компанія здійснювала ці кроки, спрямовані на підтримку людей передпенсійного та пенсійного віку, задовго до актуалізації цієї проблематики [6].

Medical Teams International (MTI), заснована у 1979 році, є міжнародною організацією, яка спеціалізується на реагуванні на катастрофи, направляючи команди медичних працівників-добровольців та медичні товари. Окрім екстреної допомоги, MTI співпрацює з партнерами над довгостроковими ініціативами зі зміцнення здоров'я. У 2022 році, у відповідь на повномасштабне вторгнення в Україну, організація оперативно розгорнула медичні бригади та надала допомогу постраждалому населенню [7].

Medical Teams International (MTI) надає гуманітарну допомогу у 32 країнах світу. В Україні на сьогодні функціонує 4 офіси, робота ведеться у понад 20 селах у 3 областях. Ключовим напрямком їхньої діяльності є підтримка старшого покоління. Зокрема, за підтримки Управління ООН з координації гуманітарних справ (UNOCHA), Медичні команди у 2024 році надають амбулаторну допомогу та доставляють медикаменти сільському населенню похилого віку в Херсонській та Рівненській областях.

Товариство Червоного Хреста України (УЧХ) є найбільшою гуманітарною організацією в державі, що входить до складу Міжнародного Руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця. УЧХ надає комплексну допомогу та підтримку найвразливішим верствам населення, залучаючи понад 8000 волонтерів для покриття всієї території країни.

Пріоритетним напрямком діяльності УЧХ є робота зі старшим поколінням. Зокрема, у 2024 році організація обслуговує 7 496 одиноких літніх осіб у 978 громадах. Допомога включає доставку ліків, продуктових наборів та надання психоемоційної підтримки вдома [3; 8].

Всеукраїнська Благодійна Організація (ВБО) «Турбота про Літніх в Україні» (ТПЛ) є недержавною громадською організацією. Її основна мета полягає у захисті прав та інтересів літніх людей, також покращенні їхньої якості життя через залучення до активної життєвої позиції та взаємодопомоги. Діяльність ТПЛ ґрунтується на волонтерських засадах і спрямована на соціальну інтеграцію старшого покоління. З 2008 року ТПЛ є українською частиною міжнародної програми німецького фонду «Пам'ять, відповідальність та майбутнє», відомої як «Місце зустрічі: діалог». Відділення організації функціонують у низці міст, зокрема у Глухові, Чернігові, Києві, Житомирі, Черкасах, Хмельницькому, Тернополі, Івано-Франківську та Миколаєві, забезпечуючи широке територіальне охоплення [1].

Міністерство соціальної політики України (МСПУ) розробило бачення забезпечення якісного життя людей похилого віку, засноване на принципі поваги та цінування кожної особи в громаді. Наразі триває робота над «Стратегією активного довголіття» – ключовим документом, що формує державну політику підтримки людей старшого віку.

Впровадження Стратегії передбачає комплексний підхід, який охоплює: поліпшення умов для самореалізації та участі громадян у процесах розвитку суспільства; забезпечення здоров'я та благополуччя старшого покоління; створення середовища, сприятливого для активного життя; формування системи захисту прав та надання якісних соціальних послуг громадянам похилого віку [4].

Ідея літніх таборів для людей похилого віку виникла у США наприкінці 1950-х років XX століття і досі залишається популярною у світі як ефективний інструмент соціальної інтеграції.

Програми та ініціативи, спрямовані на підтримання соціальної активності людей похилого віку, відіграють важливу роль у їхньому житті. Наприклад, волонтерські програми надають літнім людям відчуття корисності та залученості. Організація спільних заходів (екскурсії, пікніки, зустрічі) сприяє зниженню рівня самотності та підвищенню якості життя старшого покоління. В Україні цю діяльність підтримують громадські організації. Зокрема, з 2021 року молодіжна громадська організація «Твій Світ» розпочала реалізацію проєкту розвитку гуртків самопомоги (повна назва: «Підтримка, порозуміння, людяність: мультиплікація успішного досвіду розвитку гуртків самопомоги для людей похилого віку у відповідь на наслідки пандемії COVID-19»). Ця ініціатива була успішно втілена у шести громадах Лубенського району Полтавської області та супроводжувалася прес-конференцією «Разом задля гідної старості в громадах».

Стале покращення стану здоров'я літніх осіб вимагає комплексних стратегічних рішень, ключовими з яких є розширення профілактичних програм, впровадження мультидисциплінарного підходу та розвиток кадрового потенціалу у сферах охорони здоров'я та соціальної роботи.

У сучасних умовах критично важливим є скоординована підтримка літнього населення України з боку уряду, громадських організацій та міжнародної спільноти. Це передбачає забезпечення безперешкодного доступу до медичної допомоги та соціальних послуг, також сприяння відновленню інфраструктури для створення безпечних та якісних умов життя для цієї вразливої групи.

Таким чином, турбота про фізичне, психологічне та соціальне благополуччя літніх людей є стратегічним пріоритетом і фундаментальним завданням суспільства. Комплексне впровадження заходів, що сприяють активному та здоровому способу життя, є ключовим інструментом для збереження та підвищення якості життя старшого покоління. Надання своєчасної та адекватної підтримки цим громадянам, особливо в умовах гуманітарних викликів, дозволить їм вести повноцінне та гідне життя.

#### **Література:**

1. World Health Organization. WHO Global Network for Age-Friendly Cities and Communities. Geneva; 2023. URL: <https://extranet.who.int/agefriendly/> (дата звернення: 18.07.2025).

2. Сироїд Т.Л. Міжнародно-правова основа захисту права на здоров'я літніх людей. / Альманах міжнародного права. Випуск 23. Одеса. 2023. С. 130–140. DOI <https://doi.org/10.32841/ILA.2020.23.16>.

3. Про Товариство Червоного Хреста України : Закон України від 28 листопада 2002 року № 330-IV URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/330-15#Text>

4. «Про схвалення Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 року». Кабінет Міністрів України. Розпорядження, від 11 січня 2018 р. № 10-р. Київ. С. 7.

5. World Health Organization. World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva; 2024. ISBN 978-92-4-009470-3.

6. Міністерство соціальної політики України, Astarta Group. Програма «Активне довголіття»: результати та перспективи. Київ; 2022.

7. Medical Teams International. Mobile health care for rural older Ukrainians. UN OCHA; 2024. URL: <https://www.unocha.org/publications/report/ukraine/essential-health-care-older-people-affected-war-ukraine> (дата звернення: 18.07.2025).

8. Ukrainian Red Cross Society. Around 7,500 older people receive support from social helpers. Ukrainian Red Cross Society. 22.11.2024. URL: <https://redcross.org.ua/en/news/2024/11/98383/> (дата звернення: 18.07.2025).

## ФУНКЦІЇ ТА МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ БІБЛІОТЕРАПІЇ

**Мартиненко Н.М., Григоров М.М., Григоров М.С.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Бібліотерапія – це перспективний напрям діяльності бібліотек, що займається вивченням впливу спеціально підбраної літератури на стан здоров'я хворої людини і є формою психотерапії, що використовує читання літератури (книг, віршів, оповідань) для поліпшення психічного здоров'я, особистісного розвитку та вирішення емоційних проблем.

Бібліотерапія бере свій початок з сивої давнини. Раніше в церковних бібліотеках зберігалися видання релігійного змісту, прочитавши які, люди заспокоювались і знаходили вихід зі складних життєвих ситуацій. За доби Відродження книги стали більш доступними широкому колу читачів, і лікарі почали використовувати їх з лікувальною метою. Так, один лікар з Англії у XVII столітті радив своїм пацієнтам читати роман Сервантеса «Дон Кіхот», в інших країнах лікарі рекомендували своїм хворим, крім приписаних ліків ще й прочитати 2–3 сторінки розважальної літератури. Згодом у бібліотеках при лікарнях хворим все частіше стали пропонувати читати гумористичні твори, розважальні книжки, детективи та пригодницьку літературу. Офіційно термін «бібліотерапія» було визнано у 1916 році Асоціацією бібліотек США, він походить від грецьких слів «biblion» (книга) і «therapeia» (лікування). У колишньому Радянському Союзі у 1920–1930-х роках вивчення лікувального впливу художніх творів на здоров'я людини проводилося у бібліотеках будинків відпочинку та пансіонатів [1].

Щодо України, то у 1927 році професор Ілля Вельвовський, невропатолог за фахом, учень родоначальника Харківської психотерапевтичної школи професора К. І. Платонова, в психотерапевтичному диспансері почав застосовувати бібліотерапію у лікуванні пацієнтів. У 1967 році з ініціативи професора Вельвовського в санаторії «Березівські мінеральні води» (Харківська область) було відкрито перший в СРСР кабінет бібліотерапії. Завідувачкою кабінету призначили бібліографку Агнесу Михайлівну Міллер. Власне, завдяки їй бібліотерапія з методики перетворилася на самостійну наукову дисципліну, що знаходиться на межі бібліотекознавства та психотерапії [1].

Бібліотерапія є перспективним напрямком діяльності, оскільки поєднує досягнення медицини, психології, педагогіки та бібліотечної справи. Усі вітчизняні та закордонні вчені поділяють думку, що завданням бібліотерапії є вивчення особливостей читацького сприйняття під час хвороби і розробка засобів психологічної корекції за допомогою спеціально підібраної літератури. Бібліотерапія набула наукового обґрунтування лише на початку ХХ століття, із розвитком психоаналізу. Відтоді книга вже стає не лише зберігачем знань і медичних рекомендацій, й безпосередньо – ліками.

На сучасному етапі бібліотерапія як засіб допоміжного лікування використовується у багатьох країнах. Так, у США є 7 центрів, які визначають та впроваджують цей напрямок, подібні організації існують і в європейських та азійських країнах. Вона є темою наукових конференцій, які проходять в Україні і закордоном. На цих засіданнях бібліотерапія висвітлюється як один із засобів традиційної медицини. В інформаційному потоці з цієї тематики є праці і статті, які мають теоретичне і практичне значення.

Поняття «бібліотерапія» кожен науковець інтерпретує по-різному. Ф. Алптуна (Франція) та Д. Збонсакова (Словаччина) надають бібліотерапії допоміжну роль у лікуванні. Р. Чечьярд (Австралія), навпаки, вважає її професійним засобом лікування розладів емоційного та нервового походження, який можуть використовувати лише кваліфіковані спеціалісти за допомогою бібліотекаря.

Уже 4-й рік поспіль Україна бореться за свободу, і щодня ми втрачаємо найцінніше – життя і здоров'я українців: наших захисників і цивільного населення. Окрім прямих фізичних травм, війна спричиняє значне зростання психологічного дистресу, рівня тривожних та депресивних розладів, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед широких верств населення – від військовослужбовців та їхніх сімей до вимушено переміщених осіб і цивільних, які залишаються на територіях бойових дій. Цей безпрецедентний тиск на психічне здоров'я нації вимагає термінового пошуку та впровадження ефективних, доступних методів, у тому числі немедикаментозних, психосоціальної підтримки, які могли б доповнити існуючі протоколи надання допомоги.

У цьому контексті бібліотерапія – цілеспрямоване використання літератури для терапевтичних цілей – набуває особливої актуальності. Цей метод, що ґрунтується на ідеї катарсису, саморефлексії та пошуку ресурсів через читання, може стати потужним інструментом для подолання наслідків травматичного досвіду. Він дозволяє людині не лише відчути себе менш самотньою у своїх переживаннях, знаходячи аналогічні історії в літературних творах, й отримати нові стратегії подолання, відновити відчуття контролю та надії. Таким чином, бібліотерапія розглядається не просто як допоміжний метод, як один із ключових елементів відновлення психологічної стійкості українського суспільства під час війни та в післявоєнний період.

Дана публікація присвячена дослідженню потенціалу бібліотерапії як дієвого інструменту в системі громадського здоров'я України, який може бути інтегрований у програми психологічної підтримки населення, що постраждало від наслідків воєнних дій.

Ідея використання книг для лікування не нова; вона сягає давніх часів, коли в бібліотеках писали «ліки для душі». Як зазначалося вище, сучасна бібліотерапія зародилася на початку ХХ століття, коли психіатри та бібліотекарі почали співпрацювати, щоб допомогти пацієнтам у госпіталях [2].

Сенс використання цієї терапії базується на декількох ключових принципах:

По-перше, вона сприяє ідентифікації, тобто читач знаходить персонажа, який переживає схожі проблеми і допомагає йому відчутти, що він не самотній.

По-друге, переживання емоцій разом з персонажем веде до емоційного очищення (катарсису).

По-третє, читач отримує інсайт, тобто нове розуміння своїх проблем та можливість шляхів їх вирішення.

По-четверте, бібліотерапія універсальна: вона породжує усвідомлення читачем того, що проблеми, з якими стикаються читачі, є загальнолюдськими.

Загалом, бібліотерапія традиційно поділяють на два основні види:

– *клінічну бібліотерапію*, яку використовують як допоміжний метод у психотерапії та психіатрії. Цей вид бібліотерапії застосовується у медичних закладах, де фахівець (психотерапевт або психіатр) індивідуально чи в групі призначає літературні твори з конкретною терапевтичною метою. Вибір книги, обговорення та аналіз тексту є частиною структурованого лікувального процесу;

– *бібліотерапію розвитку (самодопомоги)*, яка фокусується на особистісному зростанні та самопізнанні. Вона не має на меті лікування психічних розладів, допомагає людям краще зрозуміти себе, знайти відповіді на життєві питання, розвинути емоційний інтелект та навички подолання труднощів. Цей вид може бути використаний в школах, як частина освітніх програм або в бібліотеках та громадських центрах якості бібліотечних ініціатив або просто як інструмент для самостійної роботи з літературою.

Бібліотерапія відіграє важливу роль у зміцненні громадського здоров'я. Вона допомагає людям краще справлятися зі стресом, депресією, тривогою та іншими психологічними проблемами. Дослідження показують, що кероване читання може бути ефективним інструментом для *профілактики* (читання про способи подолання труднощів може допомогти людям розвинути емоційну стійкість), також, для *самодопомоги*, оскільки програми бібліотерапії часто надають доступ до спеціально підібраних книг, які допомагають людям самостійно працювати над своїми проблемами. Це особливо важливо в регіонах з обмеженим доступом до психологічної допомоги.

Бібліотерапію можна успішно застосовувати в різних умовах і для різних груп населення:

– в лікарнях та реабілітаційних центрах, як частину терапії для пацієнтів з психічними захворюваннями, залежностями або хронічними хворобами;

– в бібліотеках: програми «Книги за рецептом» (Books on Prescription) стали популярними у Великій Британії та інших країнах. Лікарі рекомендують пацієнтам список книг для читання, які допомагають їм впоратися з певними проблемами;

– в *освітніх закладах*: бібліотерапія допомагає дітям і підліткам розвивати емпатію, соціальні навички та вирішувати типові для їхнього віку проблеми (протистояння булінгу, підвищення самооцінки, шкільна тривога, труднощі у спілкуванні);

– для *літніх людей*: читання книг про старіння, втрати або зміни в житті допомагає адаптуватися та підтримувати психічне благополуччя [3].

Численні наукові дослідження підтверджують ефективність бібліотерапії. Наприклад, метааналізи клінічних випробувань показали, що вона сприяє

зниженню симптомів депресії та тривоги. Однак важливо зазначити, що бібліотерапія має й певні ліміти: вона не є універсальним рішенням для всіх проблем і може не підходити для людей з важкими психічними розладами. Її ефективність залежить від готовності людини до саморефлексії та залученості в процес. Найкращі результати досягаються, коли бібліотерапія поєднується з іншими формами психотерапії.

У Великій Британії накопичено досвід в межах програми «Книги за рецептом». Ця програма є одним із найвідоміших прикладів. Вона дозволяє сімейним лікарям виписувати пацієнтам рецепти на книги з переліку, складеного фахівцями. Програма «*Reading Well*», яку часто називають «Книги за рецептом», спрямована на допомогу людям у покращенні їхнього психічного та фізичного здоров'я через читання книг. Вона базується на кількох ключових принципах: *лікарі «виписують» книги*. Сімейні лікарі (GP) або інші медичні працівники можуть рекомендувати пацієнтам список книг замість або на додаток до традиційного лікування. Ці книги містять інформацію про психологічні проблеми та поради щодо самопомоги, часто з використанням технік *когнітивно-поведінкової терапії (КПТ)*. Окрім того, пацієнт з «рецептом» може безкоштовно взяти рекомендовану книгу у *будь-якій публічній бібліотеці*. Це робить психологічну допомогу доступною для широких верств населення, зменшуючи стигму, пов'язану з відвідуванням психолога. Книги в списках ретельно відбираються експертами у сфері охорони здоров'я, включаючи психіатрів та психологів, також тими, хто має власний досвід боротьби з подібними станами. Списки книг охоплюють широкий спектр проблем: поширені психічні розлади (депресія, тривога, панічні атаки, соціальна фобія); проблеми зі сном; харчові розлади; допомога людям з деменцією та їх опікунам; психічне здоров'я дітей та підлітків; довготривалі захворювання, такі як діабет чи серцеві хвороби, з акцентом на психологічному аспекті боротьби з ними [4].

Програма «Книги за рецептом» є яскравим прикладом творчого підходу до використання бібліотерапії, який може стати потужним інструментом у сфері громадського здоров'я. Вона доводить, що книги справді можуть бути ліками. У США та інших країнах існують програми, які допомагають ветеранам, що страждають на травматичний досвід або ПТСР, покращувати емоційний стан і соціальну адаптацію через читання та обговорення літератури.

Основною метою бібліотерапії в цьому контексті є не просто надати людям книги для читання, створити безпечний простір для обговорення. Це допомагає ветеранам: *нормалізувати свій досвід*, оскільки читання творів, в яких персонажі переживають схожі ситуації, допомагає ветеранам відчувати, що їхні емоції і реакції є нормальними. *Відчувати емоційне розвантаження*: під час читання людина може пережити катарсис, емоційне очищення, через ідентифікацію з героями. *Отримати інструменти для самопомоги*: твори часто містять приклади того, як персонажі справляються з труднощами, що може надихнути ветеранів на пошук власних механізмів подолання. *Відновити зв'язок із соціумом*: обговорення книг у групі з іншими ветеранами може допомогти подолати відчуття ізоляції та самотності, також створити довірливі стосунки [5].

Практика використання бібліотерапії для ветеранів може бути організована за певним алгоритмом: *спочатку створюється програма*. Фахівці (психологи, бібліотекарі, соціальні працівники) розробляють програму

з урахуванням специфічних потреб ветеранів. Наступним кроком є *вибір літератури*. Підбираються книги, які містять глибокi, реалістичні історії про війну, травми, втрати, повернення до цивільного життя. Це можуть бути як художні твори, так і документальна література чи мемуари. Є сенс влаштувати *групові заняття*. Зазвичай програми проводяться в невеликих групах. Під час зустрічей учасники читають та обговорюють уривки з творів. Фасилітатор (психолог) допомагає групі розкрити теми, що турбують, і спрямовує дискусію. І, нарешті, найважливішим моментом є *фокус на емоціях*. Обговорення фокусується не лише на сюжеті, й на емоціях, які викликає твір. Наприклад, питання можуть бути такими: «Що ви відчували, коли герой опинився в такій ситуації?», «Як, на вашу думку, персонаж справлявся зі страхом?».

«Книжкові групи для ветеранів» у США (Veterans' Book Groups) часто фінансуються гуманітарними організаціями, використовуючи літературу для допомоги ветеранам з адаптацією. Наприклад, обговорюють твори Гомера, Шекспіра та сучасних авторів, щоб знайти зв'язок між переживаннями героїв і власним досвідом.

Програми для лікування ПТСР у реабілітаційних центрах, у госпіталях ветеранів бібліотерапія може бути частиною комплексного лікування поряд з індивідуальною та груповою терапією.

Цей підхід, що поєднує літературу та психологічну підтримку, довів свою ефективність як інструмент, що допомагає ветеранам знайти шлях до одужання та реінтеграції в суспільство.

Таким чином, бібліотерапія є ефективним, доступним немедикаментозним методом, що дозволяє людям долати наслідки травматичного досвіду, розвивати навички самопомоги та знаходити внутрішні ресурси. Впровадження бібліотерапевтичних практик у програми громадського здоров'я є стратегічно важливим кроком для зміцнення ментального здоров'я українського суспільства.

### **Література:**

1. Лугова Л.А., Стадницька Ю.В. Острів безпеки у світі небезпеки: на допомогу бібліотерапевту : наук.-практ. збірник. Львів: Львівська обласна бібліотека для дітей, 2012. 160 с.

2. McCarty Hynes, A., Hynes-Berry, M. (1994). *Biblio/Poetry Therapy: The Interactive Process : A Handbook*. North Star Press of St.Cloud, Inc. 280 p.

3. McMillen, P., Pehrsson, D. E., (2004). *Bibliotherapy for hospital patients. Journal of Hospital Librarianship*. Vol.4, Issue 1. Taylor & Francis Group, P. 73–81.

4. Murthy, R.S., Lakshminarayana, R. (2006). Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World Psychiatry*, 5(1):25–30. PMID: PMC1472271.

5. Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 9(3), P. 455–471. DOI: 10.1002/jts.2490090305.

## СТРЕС ЯК ЧИННИК ОМОЛОДЖЕННЯ ІНСУЛЬТІВ В УКРАЇНІ

**Бордюжевська Л.В., Подпрядова А.А.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Внаслідок епідеміологічного переходу у ХХІ столітті, хронічні неінфекційні захворювання витіснили інфекційні патології як провідну загрозу глобальному здоров'ю. В цій структурі найбільшу небезпеку несуть хвороби системи кровообігу, значну частину яких складає цереброваскулярна патологія, зокрема інсульти. В Україні інсульти займають провідне місце у структурі захворюваності, смертності та інвалідизації серед цивільного населення. Це обумовлює критичне зростання потреби у спеціалізованій медичній допомозі та суттєве підвищення витрат на охорону здоров'я. Така ситуація створює додаткове соціально-економічне навантаження, яке посилюється в умовах військового стану.

До факторів ризику виникнення цереброваскулярної патології, окрім традиційних клінічних (артеріальна гіпертензія, дисліпідемія, цукровий діабет), належать також соціально-психологічні чинники. Серед них виділяють соціальну дезадаптацію, яка може опосередковано впливати на виникнення захворюваності, також погіршувати соціальну поведінку пацієнтів та якість їхнього життя після хвороби.

В Україні щорічно реєструється від 100 до 130 тисяч інсультів, причому понад третина випадків припадає на осіб працездатного віку. За даними Міністерства охорони здоров'я (МОЗ), на тлі повномасштабних воєнних дій спостерігається зростання кількості інсультів на 16 %, що підкреслює критичну актуальність проблеми.

В умовах військового стану суспільство зіткнулося з новими викликами для громадського здоров'я, що є додатковими факторами ризику для розвитку хронічних захворювань: погіршення якості та зміни в режимі харчування населення; загальне екологічне забруднення (атмосферного повітря, ґрунтів та водних ресурсів); ризики радіаційного забруднення; хронічний психоемоційний стрес та перевтома (особливо в зонах бойових дій); інформаційне перевантаження та дистрес, що впливають на фізичне та психічне здоров'я; обмеження доступу або неможливість проведення профілактичних обстежень та диспансеризації.

Постійна внутрішня та зовнішня міграція населення, інформаційне перевантаження та соціально-економічна невизначеність (зокрема, щодо майбутнього) посилюють дію факторів ризику. Сукупність цих чинників ускладнює формування ефективних механізмів психологічної адаптації особистості до життя в умовах кризи. Порушення адаптаційного потенціалу та хронічний стрес сприяють тенденції до «омолодження» інсульту, підвищуючи частоту уражень серед осіб працездатного та молодого віку.

Внаслідок дії стресових факторів та військового стану спостерігається тенденція до значного «омолодження» інсульту, віковий показник якого знизився на 10–15 років. Хоча найвищий рівень смертності від інсульту фіксується у пацієнтів похилого віку (від 80 років), діагностика цереброваскулярної патології починається вже з 30 років, найбільш часто вона виявляється у віковій категорії від 45 років та старше.

Згідно з аналітичними даними Національної служби здоров'я України (НСЗУ), що стосуються пакету послуг «Медична допомога при гострому мозковому інсульті», фіксується значне зростання захворюваності.

У 2022 р. було зареєстровано 95,0 тис. медичних записів. При цьому у віковій категорії 40–60 років інсульт діагностовано у 10,0 тис. жінок та 21,0 тис. чоловіків.

У 2024 році загальна кількість записів зросла до 125,1 тис. У цій же критичній віковій категорії (40–60 років) зафіксовано зростання випадків: 12,0 тис. жінок та 27,0 тис. чоловіків.

Отримані дані свідчать, що інсульт не лише демонструє тенденцію до «омолодження», але й суттєво зростає загальна кількість його випадків серед населення України.

Інсульт залишається провідною причиною інвалідизації дорослого населення та другою з причин смертності серед захворювань цивільного населення в Україні. Лише 20 % осіб, які перенесли інсульт, повертаються до роботи; решта втрачає працездатність та отримує інвалідність, що підкреслює гостру соціально-економічну значущість цієї патології.

З огляду на зростання тягаря інсульту та посилення впливу факторів ризику, критично необхідним є впровадження ефективних, доступних та економічно вигідних заходів. Стратегія зменшення захворюваності та смертності має бути комплексною і включати: покращення епідеміологічного спостереження за інсультом (моніторинг); пріоритетизацію первинної профілактики з акцентом на корекцію артеріального тиску, способу життя та факторів навколишнього середовища; забезпечення своєчасної невідкладної допомоги та належної мультидисциплінарної реабілітації.

Лише такий підхід дозволить зберегти здоров'я нації та знизити соціально-економічне навантаження, спричинене цереброваскулярною патологією.

#### **Література:**

1. Міністерство охорони здоров'я України. Стандарт медичної допомоги «Ішемічний інсульт» від 20.06.2024 Наказ №1070.
2. Прокопів М. М., Рогоза С. В., Трепет Л. М. та ін. Фактори ризику, структура та наслідки гострого періоду інсульту у місті Києві за результатами прагматичного спостереження. *Український медичний часопис*. 2017. № 2. С. 124–127.
3. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. / під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. 680 с.
4. Національна служба здоров'я України. Аналітична панель (дашборди). Статистика наданих послуг за договорами із НСЗУ про медичне обслуговування населення.

## ЕКОНОМІКА ЗМІН КЛІМАТУ: ТЕМАТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА НАЙКРАЦІ ПРАКТИКИ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

*Шанигін А.В., Бабієнко В.В., Талаласє К.О.*

*Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна*

Зміна клімату – це багатофакторний глобальний виклик, який виходить за межі екологічної проблематики і має безпосередні економічні, соціальні та медичні наслідки. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), між 2030 і 2050 роками зміна клімату може стати причиною додаткових 250 тисяч смертей щороку, головним чином внаслідок теплового стресу, недоїдання, малярії та діареї [1]. Ці процеси особливо загострюють ситуацію в системі охорони здоров'я, яка змушена адаптуватися до нових викликів у сфері інфраструктури, кадрового забезпечення та фінансування.

Економічний вимір проблеми полягає не лише у прямому зростанні витрат на медичне обслуговування, й у непрямих наслідках – зниженні продуктивності праці, зростанні захворюваності серед працездатного населення, збільшенні соціальних виплат та втраті податкових надходжень [2]. Наприклад, дослідження Світового банку свідчить, що у країнах із низьким та середнім рівнем доходу економічні збитки від зміни клімату можуть досягати 5 % ВВП щороку до 2030 року, значну частку яких становитимуть витрати на охорону здоров'я [3].

Вразливість системи охорони здоров'я до кліматичних змін має регіональні особливості. В Україні, крім загального зростання середньорічної температури на 1,5–2 °C за останні 30 років, спостерігається збільшення частоти хвиль спеки, інтенсивних злив і повеней [3]. Це створює додаткове навантаження на систему медичного забезпечення, особливо у південних регіонах, де поєднання спеки та дефіциту водних ресурсів погіршує епідеміологічну ситуацію [4].

Тематичні дослідження, показали, що адаптаційні заходи у сфері охорони здоров'я здатні значно зменшити економічні втрати. Наприклад, модернізація вентиляційних і охолоджувальних систем у лікарнях під час хвиль спеки дозволила у низці європейських країн знизити кількість госпіталізацій через теплові удари на 30 %, витрати на енергоспоживання скоротити на 15 % завдяки використанню енергоефективного обладнання. У країнах Південно-Східної Азії, де ризики поширення трансмісивних інфекцій зростають через зміну кліматичних зон, інвестиції в системи раннього попередження та мобільні клініки показали високий рівень економічної віддачі: кожен витрачений долар приніс економії близько 4 доларів у запобіганні витратам на лікування.

Порівняльний аналіз міжнародних практик свідчить, що інтеграція «зелених» технологій у медичну сферу має подвійний ефект – екологічний та економічний. Використання сонячних панелей для енергозабезпечення лікарень у сільських регіонах Індії дозволило забезпечити безперебійне постачання електроенергії та скоротити витрати на енергію на 40 % [5]. Водночас перехід на системи очищення та повторного використання води у медичних закладах Іспанії дав можливість зменшити витрати на водопостачання на 25 % при збереженні санітарних стандартів [6].

Досвід Європейського Союзу демонструє ефективність політичних інструментів стимулювання «зеленого» переходу в охороні здоров'я, зокрема через податкові пільги, грантові програми та публічно-приватні партнерства. Згідно з даними Європейської комісії, кожен євро, інвестований у заходи з енергоефективності в медичній інфраструктурі, приносить від 2 до 5 євро економічної вигоди протягом 10 років за рахунок зниження витрат та підвищення продуктивності роботи закладів [6].

Таким чином, комплексний підхід до адаптації та пом'якшення наслідків зміни клімату в охороні здоров'я має розглядатися не як витрати, як стратегічна інвестиція. Інтеграція економічних методів оцінки ефективності, впровадження найкращих практик і використання інноваційних технологій можуть забезпечити довгострокову стійкість системи охорони здоров'я та створити додаткові можливості для економічного зростання у рамках «зеленого» переходу.

На основі проведеного аналізу можна виділити кілька ключових напрямів, які здатні підвищити стійкість української системи охорони здоров'я до наслідків зміни клімату:

1. Інтеграція кліматичної політики у стратегії розвитку охорони здоров'я. Важливо включити оцінку вразливості регіонів до зміни клімату у плани розвитку медичної інфраструктури. Це передбачає створення карт ризиків, що враховують частоту екстремальних погодних явищ, доступність ресурсів і стан комунікацій, також планування розміщення медичних закладів з урахуванням можливих загроз.

2. Фінансові стимули для впровадження «зелених» технологій у медичній сфері. Необхідно створити умови для пільгового кредитування та надання грантів на модернізацію лікарень, впровадження відновлюваних джерел енергії, енергоефективних систем кондиціонування, освітлення та опалення. Це дозволить скоротити експлуатаційні витрати і водночас зменшити викиди парникових газів.

3. Розширення систем моніторингу та раннього попередження. Запровадження сучасних цифрових платформ для відстеження кліматичних ризиків та їх впливу на здоров'я населення, зокрема виявлення та прогнозування спалахів інфекційних хвороб, пов'язаних з підвищенням температури та зміною екосистем. Такий підхід забезпечить швидке реагування та мінімізує витрати на ліквідацію наслідків.

4. Міжсекторальна співпраця. Ключовим елементом ефективною адаптації є налагодження тісної взаємодії між Міністерством охорони здоров'я, Міністерством захисту довкілля, енергетичними компаніями, муніципалітетами та громадськими організаціями. Це дозволить узгоджувати політику, ефективно використовувати ресурси та впроваджувати комплексні програми, що поєднують медичні, екологічні та економічні цілі.

**Висновки.** Зміна клімату є комплексною загрозою, що вимагає системних рішень на стику екології, економіки та медицини. Впровадження інноваційних технологій та адаптаційних стратегій здатне не лише зменшити вразливість населення, й підвищити економічну стійкість системи охорони здоров'я.

Україна має можливість використати міжнародний досвід, найкращі практики та потенціал міжгалузевої співпраці для побудови кліматично стійкої медичної інфраструктури. Реалізація запропонованих рекомендацій сприятиме зниженню економічних витрат, підвищенню ефективності використання ресурсів та формуванню нових можливостей для розвитку «зеленої» економіки у сфері охорони здоров'я.

## **Література:**

1. WHO. Climate change and health. World Health Organization, 2023. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>
2. Шанигін А. В., Ноябрьов Д. В. Системні виклики у сфері охорони здоров'я України та роль стратегій ВООЗ у післявоєнному відновленні // Реабілітація. Рекреація. Здоровий спосіб життя – 2025 Одеса: наук.-практ. конф., 23 травня 2025 р., Одеса: матер. конф. Одеса. 2025. С. 71–74. URL: <https://repo.odmu.edu.ua:443/xmlui/handle/123456789/17725>
3. Світовий банк, 2023 рік. Можливості залучення приватного сектору до зеленої та стійкої відбудови України: Частина 2, Секторальні оцінки. URL: <https://www.ifc.org/content/dam/ifc/doc/2023/sector-assessments-pso-green-resilient-reconstruction-ukraine-uk.pdf>
4. Бабієнко В. В., Мокієнко А. В., Шанигін А. В., Валькевич Д. В. Актуальні проблеми водозабезпечення сільського населення (анонс монографії). Матеріали Двадцять третьої Міжнародної науково-практичної конференції. м. Львів, 29–30 травня, 2025 р. : збірник матеріалів конференції Львів: Національний університет «Львівська політехніка», 2025. с.167–170. URL: <https://repo.odmu.edu.ua:443/xmlui/handle/123456789/17709>
5. Guidelines for Solar Powering Healthcare Facilities, National Centre for Disease Control, Directorate General of Health Services, Ministry of Health & Family Welfare, Government of India, лютий 2023. URL: [https://ncdc.mohfw.gov.in/wp-content/uploads/2024/06/Guidelines-for-Solar-Powering-Healthcare-Facilities\\_Feb2023.pdf](https://ncdc.mohfw.gov.in/wp-content/uploads/2024/06/Guidelines-for-Solar-Powering-Healthcare-Facilities_Feb2023.pdf)
6. Hurtado AR, Berbel J. A Cost–Benefit Analysis of Reclaimed Water and Desalinated Seawater for Irrigation in Axarquía, Southern Spain. Land. 2024; 13(12):2156. URL: <https://doi.org/10.3390/land13122156>

## **ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ ЯК ДЖЕРЕЛО ЗДОРОВ'Я: ТРАКТУВАННЯ ТА СКЛАДОВІ**

**Мякина О.В., Неценко О.О.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Здоров'я як одна з фундаментальних категорій людського буття є найважливішим пріоритетом усіх розвинених країн світу. Ставлення до здоров'я та усвідомлення його цінності вважається одним з елементів національної культури і критерієм благополуччя суспільства.

Формування здоров'я розглядається як свідома індивідуальна діяльність, що є актом розуміння цінності власного здоров'я. Здатність до його побудови передбачає розвиток комплексу якостей та умінь, необхідних для оптимальної життєдіяльності та ефективного виконання соціальних функцій.

Взаємозв'язок між способом життя та здоров'ям індивіда найбільш повно відображає поняття «здоровий спосіб життя» (ЗСЖ). Спосіб життя визначається як певний тип життєдіяльності, що включає особливості трудової діяльності, побуту, задоволення потреб та правила поведінки. У свою чергу, ЗСЖ об'єднує всі дії та умови, що сприяють виконанню професійних, громадських та побутових функцій в умовах, оптимальних для здоров'я, відображаючи зорієнтованість особистості на формування, збереження та зміцнення індивідуального й громадського здоров'я.

Встановлено, що структура цінностей здорового способу життя (ЗСЖ) є комплексною і охоплює кілька ключових доменів:

*Фізичне здоров'я:* включає раціональне харчування, фізичну активність, дотримання особистої гігієни, відсутність шкідливих звичок, також загартовування та самоконтроль за станом здоров'я.

*Психічне благополуччя:* передбачає підтримку позитивних емоцій, ефективну боротьбу зі стресом та інтелектуальний розвиток.

*Соціальне та духовне здоров'я:* охоплює гармонійні стосунки, самоактуалізацію, також правильний режим праці та відпочинку.

Здоровий спосіб життя (ЗСЖ) визначається як комплекс поведінкових, харчових, фізичних, психоемоційних, соціальних та духовних практик, спрямованих на підтримку і зміцнення індивідуального й громадського здоров'я. Згідно з Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я (ВООЗ), «здоровий спосіб життя – це спосіб життя, який сприяє фізичному, психічному і соціальному благополуччю» (WHO, 2017).

В українській науковій літературі поняття ЗСЖ розширено і включає такі ключові компоненти, як саморегуляція, мотивація, соціальна активність та духовність (Милий Дім, 2023). Воно розглядається як взірець систематичної поведінки особистості, спрямований на формування, збереження та зміцнення власного здоров'я. Це досягається шляхом закріплення у повсякденному житті правильних звичок, які сприяють гармонійному функціонуванню людини у фізичній та духовній сферах.

Здоровий спосіб життя також може бути трактований як система ціннісно-орієнтованої поведінки особистості, спрямована на: постійне фізичне вдосконалення; культуру харчування та повноцінне сімейне життя; високу творчу активність; високоморальне ставлення до навколишнього середовища, інших людей та самого себе.

В умовах сучасного суспільства ЗСЖ виступає не лише фактором захисту від негативних впливів цивілізації. З психолого-педагогічної точки зору, здоровий спосіб життя розглядається як показник рівня сформованості загальної культури особистості та, зокрема, культури здоров'я. Він відображає ступінь усвідомленості людиною важливості здоров'язбереження, що ґрунтується на природних та фізіологічних законах. Крім того, ЗСЖ є потужним інструментом саморозвитку, самовиховання і самовдосконалення особистості.

Аналізуючи ціннісну характеристику здорового способу життя, О. Федько трактує «спосіб життя» як біосоціальну категорію (джерело). На його думку, це поняття інтегрує уявлення про певний тип життєдіяльності людини, що характеризується: її трудовою діяльністю та побутом; формою задоволення матеріальних і духовних потреб; правилами індивідуальної і соціальної поведінки. Він підкреслює, що спосіб життя є «обличчям» індивіда і водночас відображенням рівня суспільного прогресу [1].

З точки зору філософії та соціології, спосіб життя описує типові прояви життєдіяльності людей у всіх сферах суспільного існування (праця, побут, суспільне життя, культура). Стиль життя, як важливий елемент способу життя, має безпосередній вплив на здоров'я окремої особи та різних соціальних груп населення.

Більшість західних науковців визначають спосіб життя як широкую категорію, що включає індивідуальні форми поведінки, активність та реалізацію людиною своїх можливостей у праці, повсякденному житті та культурних звичках, характерних для конкретного соціально-економічного укладу.

Складові способу життя охоплюють широкий спектр діяльності та взаємодій особистості. Серед них виділяють: трудова та професійна активність (включаючи особливості роботи, режиму, ритму та темпу життя); соціальна взаємодія (спілкування, побутові взаємовідносини, форми участі у суспільно-політичній діяльності); активність у фізичному, психоінтелектуальному та руховому вимірах; засоби задоволення матеріальних і духовних потреб; пізнавальна діяльність (на рівні теоретичного, емпіричного та практичного знання); медико-педагогічна діяльність, спрямована на фізичний і духовний розвиток; сформовані звички та особливості відпочинку.

Сукупність цих складових формує якість життя особистості, що безпосередньо визначає її здоров'я та благополуччя.

Спосіб життя може бути здоровим або нездоровим. Здоровому способу життя (ЗСЖ) властиві певні ключові складові.

*В соціальній та психологічній сферах*, це активна життєва позиція та задоволення від роботи; психофізіологічне задоволення у сім'ї; економічна та матеріальна незалежність; духовний комфорт та любов до навколишнього середовища.

*У фізичній активності та режимі* він проявляється в регулярній фізичній і руховій активності; дотриманні режиму дня та повноцінному відпочинку; особистій гігієні.

*В організації харчування*: збалансоване раціональне харчування; дотримання закону рівноваги отриманої та витраченої енергії; і відповідність хімічного складу раціону фізіологічним потребам організму.

Спосіб життя є найзначущим фактором, що визначає та формує як індивідуальне, так і популяційне здоров'я (за умови наявності відповідних соціально-економічних складових). Ця взаємодія має прямий і зворотний зв'язок: спосіб та умови життя впливають на здоров'я, яке, у свою чергу, обумовлює подальшу життєдіяльність людини.

У похилому віці здоровий спосіб життя (ЗСЖ) набуває вирішального значення для забезпечення активного довголіття та збереження функціональної незалежності. Комплекс ЗСЖ для старшого покоління стратегічно включає: адаптовану фізичну активність; якісне та збалансоване харчування; активну профілактику захворювань (як хронічних, так і інфекційних), також, підтримку соціальної активності та позитивного психоемоційного ставлення до життя.

Формування певного стилю життєдіяльності людини, зокрема здорового способу життя (ЗСЖ), є одним із ключових напрямів соціалізації та важливим спрямуванням державної політики. Цей процес характеризується чіткими принципами і стратегіями, які формуються на основі сучасних наукових поглядів та практичного досвіду.

### **Література:**

1. Федько О. Здоровий спосіб життя як цінність: проблеми формування / О. Федько. *Наукові записки Інституту політичних і етнонаціональних досліджень ім. І. Ф. Кураса НАН України*. 2009. Вип. 43. С. 369–379. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nzikipend\\_2009\\_43\\_32](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nzikipend_2009_43_32).

2. Безух М. А. Чинники та складові здорового способу життя / М. А. Безух; наук. кер. Т. В. Стрікаленко // Проблеми формування здорового способу життя у молоді : зб. матеріалів XV Всеукр. наук.-практ. конф. молодих учених та студентів з міжнародною участю, Одеса 6–8 жовт. 2022 р. / Одес. нац. технол. ун-т. Одеса, 2022. С. 4.

3. Вакуленко О. В. Теоретико–методологічні засади формування здорового способу життя. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження : колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. Харків: Вид. Рожко С. Г., 2017 С.301–308.

## **МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СПРИЙНЯТТЯ ДІАГНОЗУ ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ В УМОВАХ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ**

***Ричкова Ю.П., Трегуб П.О.***

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Понад 30 років ВІЛ-інфекція залишається актуальною проблемою медицини та сучасного суспільства. За оцінками ВООЗ/ЮНЕЙДС, Україна продовжує належати до регіонів із високим поширенням ВІЛ у Східній Європі та Центральній Азії.

Відтак, протидія ВІЛ-інфекції є пріоритетним напрямком охорони здоров'я України, що закріплено низкою національних законодавчих та стратегічних документів: Законами України: «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про систему громадського здоров'я». А також стратегічними документами: розпорядження КМУ №1415-р від 27.11.2019 р. «Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року» та відповідними указами Президента України.

Ця діяльність також є частиною міжнародних зобов'язань України щодо досягнення глобальних цілей «95-95-95», оголошених Об'єднаною програмою ООН з ВІЛ та СНІДу (UNAIDS) у 2014 році, які мають на меті покінути з епідемією СНІДу як загрозою громадському здоров'ю до 2030 року.

Перший випадок ВІЛ-інфекції у Харківській області був підтверджений у 1987 році. За даними сероепідеміологічного моніторингу з метою виявлення ВІЛ-інфекції всього обстежено 88 939 осіб (88 924 – громадян України та 15 іноземців), включаючи усі категорії населення. Обстежено швидкими тестами 51 144 особи (51 135 – громадян України та 9 іноземців), що склало 57,5 % від загальної кількості обстежених. Виявлено серологічні маркери у 346 осіб. Станом на 01.07.2025 року у закладах охорони здоров'я України під медичним наглядом перебувало 133 990 ВІЛ-інфікованих осіб, в тому числі у медичних закладах Харківської області під медичним наглядом перебуває 6 414 осіб. Кількість людей, які живуть з ВІЛ, та отримують АРТ станом на 01.07.2025 року – 115 663 осіб (звітна форма № 56), що складає 86 % від осіб під медичним наглядом. Впровадження антиретровірусної терапії (далі – АРТ) в Харківській області розпочалося з травня 2005 року. Станом на 01.07.2025 року АРТ в Харківській області отримує 3 984 хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД (3 945 – дорослих та 39 дітей віком до 18 років), що складає 62,1 % від кількості осіб під медичним наглядом. Протягом I півріччя 2025 року померло 60 хворих на СНІД, в т.ч. від СНІДу – 27 осіб.

Впровадження антиретровірусної терапії (АРТ) якісно змінило статус ВІЛ-інфекції: вона перестала бути вироком і наразі розглядається як контрольоване хронічне захворювання.

Регулярний пожиттєвий прийом АРТ дозволяє пацієнтам вести повноцінне життя, зберігати соціальні та професійні функції, також народжувати здорових дітей.

Проте, попри значні медичні успіхи, ключовим викликом залишається психологічне сприйняття діагнозу пацієнтами та їхня подальша соціальна адаптація.

Особливості лікування ВІЛ-інфекції антиретровірусною терапією (АРТ) включають: пожиттєвий щоденний прийом препаратів; необхідність регулярних візитів до лікаря для контролю вірусного навантаження, імунного статусу (кількість CD4-клітин) та запобігання розвитку можливих побічних ефектів.

Від пацієнта це вимагає формування високої прихильності до лікування (адгерентності), що передбачає дисциплінований прийом препаратів та уважне ставлення до свого стану здоров'я.

Психологічні особливості сприйняття діагнозу є ключовим аспектом адаптації пацієнтів. Процес усвідомлення та прийняття діагнозу часто супроводжується проходженням стадій реакції, що можуть включати: шок і заперечення – страх і тривога – агресія або пошук винних – депресія – прийняття). Серед ключових психологічних проблем, які відмічають пацієнти, виділяють *стигматизацію та дискримінацію*: страх перед соціальним осудом, дискримінацією, також внутрішня стигматизація (відчуття сорому, провини, меншовартості); *соціальні та екзистенційні загрози*: страх втрати роботи, сім'ї чи партнерських стосунків; *тривога щодо лікування*: тривога через можливість побічних ефектів від прийому АРТ та необхідність довічного лікування; *клінічні порушення*: високий ризик розвитку депресивних та тривожних розладів.

В українському суспільстві досі зберігаються упередження щодо ВІЛ-позитивних людей, що є причиною зовнішньої стигматизації та дискримінації.

Ця ситуація призводить до обмеження доступу пацієнтів до медичних послуг, освіти чи працевлаштування.

Серед ключових соціальних аспектів також відзначають: труднощі у створенні сім'ї через страх розкриття статусу і ризик соціальної ізоляції та відчуження ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Позитивні зміни у житті та адаптації ВІЛ-інфікованих пацієнтів досягаються завдяки комплексу факторів, саме: *державній та міжнародній підтримці*: ефективній реалізації державних та міжнародних програм підтримки; *доступності лікування*: забезпеченню безкоштовного доступу пацієнтів до антиретровірусної терапії (АРТ) в Україні; *розвитку громадянського сектору*: активному розвитку мережі громадських ВІЛ-сервісних організацій.

Як приклад можна навести діяльність Благодійної організації «Мережа 100 відсотків життя» (раніше відома як Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД), яка займається адвокацією прав та забезпеченням лікуванням людей з ВІЛ/СНІД.

Своєчасне призначення антиретровірусної терапії (АРТ) має провідне значення у житті пацієнтів, відіграючи критичну роль у психологічному сприйнятті діагнозу. Успішне лікування супроводжується низкою позитивних психосоціальних ефектів: *зменшенням страху смерті*. Пацієнти усвідомлюють, що ВІЛ-інфекція більше не є вироком, контрольованим станом.

*Поверненням до нормального життя:* відновлюються соціальні функції – можливість працювати, створювати сім'ю та народжувати здорових дітей (за відсутності ризику інфікування). *Зростанням відповідальності:* дисципліна у прийомі препаратів стає ключем до покращення якості життя, що підвищує мотивацію до відповідальної поведінки та турботи про власне здоров'я. *Зниженням рівня стигматизації:* поінформованість суспільства про ефективність АРТ сприяє поступовому зменшенню негативних стереотипів.

Психологічне сприйняття діагнозу ВІЛ-інфекція залежить не лише від індивідуальних особливостей пацієнта, але й від соціального середовища, рівня стигматизації та гарантованого доступу до лікування.

Антиретровірусна терапія (АРТ) істотно покращує якість життя і є не тільки медичним, але й потужним психологічним ресурсом для адаптації.

Ключовими факторами покращення якості життя ВІЛ-позитивних пацієнтів є: подолання стигматизації, розвиток соціальної підтримки та забезпечення безперешкодного доступу до якісної психологічної допомоги.

#### **Література:**

1. Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».

2. Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб».

3. Розпорядження КМУ від 27.11.2019 р. №1415-р «Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-%D1%80#Text>

4. Запорожан В.М., Аряев М.Л. ВІЛ-інфекція і СНІД. Київ: Здоров'я, 2004. 636 с.

5. Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України». Інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні». Вип. № 55 (2-а ред.). Київ, 2024. 88 с. URL: <https://drive.google.com/file/d/1GwPqqA0vTacGAWQRzDIJ5uaxBvx5Qmw2/view>

6. Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України <https://phc.org.ua/>

7. Національний портал стратегічної інформації у сфері громадського здоров'я. URL: [https://npsi.phc.org.ua/HIV\\_Monitoring](https://npsi.phc.org.ua/HIV_Monitoring)

## **АНАЛІЗ СВІТОВИХ СТРАТЕГІЙ ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ ГРИПУ**

**Барбашова А.Г., Пантюхова Т.О., Міщенко М.М.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

**Актуальність.** Сезонні спалахи грипу щороку спричиняють мільйони випадків захворювання та сотні тисяч смертей, створюючи значне перевантаження системи охорони здоров'я та економічні проблеми. Хвороба асоціюється з високим ризиком ускладнень, особливо у людей похилого віку, вагітних жінок, дітей та осіб із хронічними захворюваннями. Найефективнішим методом профілактики грипу визнано щорічну вакцинацію, яка дозволяє значно зменшити рівень госпіталізацій та смертності населення.

Попри доведену ефективність щеплень, у світі ще й на сьогодні зберігаються значні проблеми з досягненням цільових показників охоплення щепленням, що пов'язано з певними соціальними, економічними та організаційними бар'єрами. У цьому контексті особливої актуальності набуває аналіз міжнародних стратегій вакцинації та можливостей їх адаптації до українських реалій.

**Мета.** Виходячи з вищевказаного, метою нашого дослідження постало проведення аналізу світових та вітчизняних стратегій реалізації вакцинопрофілактики грипу. При реалізації мети дослідження першочергово аналізувалися ключові чинники, що впливають на рівні охоплення вакцинопрофілактикою та її епідеміологічні особливості. Додатково проводилася розробка та обґрунтування рекомендацій по вдосконаленню національної політики імунопрофілактики з урахуванням міжнародного досвіду.

**Матеріали та методи.** В дослідженні використано нормативні документи та клінічні протоколи МОЗ України, інформаційні бюлетені Центру громадського здоров'я, рекомендації АСІР та CDC (США), також звіти ECDC щодо політик вакцинації в ЄС. Окрім цього за відповідними ключовими словами було проаналізовано результати проведених досліджень, які висвітлювалися в базах даних PubMed та Medline та стосувалися ефективності вакцинопрофілактики та її епідеміологічним результатам.

**Результати та обговорення.** Порівняння нормативно-протокольних підходів виявляє істотні відмінності між вітчизняними підходами до вакцинопрофілактики та вакцинацією в США та ЄС. У США діє універсальна рутинна рекомендація АСІР/CDC: щорічна вакцинація всім особам віком від шести місяців протягом сезону грипу [1, 2]. У країнах ЄС відсутній єдиний національний календар щеплень проти грипу, натомість функціонують національні програми, орієнтовані переважно на групи ризику (літні особи, пацієнти з хронічними захворюваннями, вагітні, медичні працівники, тощо). При цьому, конкретні цільові категорії населення, механізми фінансування та практична реалізація вакцинопрофілактики грипу варіюють між окремими державами [3, 4]. В Україні проведення щеплень проти грипу рекомендовано переважно групам ризику, самі ж щеплення проводяться за епідемічними показаннями; а з 2024 року доступність до вакцинопрофілактики грипу значно розширено шляхом дозволу проводити вакцинацію в аптеках за умови ліцензування та відповідної підготовки персоналу [5].

Такі розбіжності щодо реалізації вакцинопрофілактики грипу в різних країнах відображаються на рівнях її охопленням. Так, у США в сезон 2023–2024 рр. було щеплено 47,2 % населення (55,4 % дітей та 44,9 % дорослих) [5], серед медичних працівників – 75,4 % [6]. У Європі ж ці показники суттєво різняться залежно від географічного розташування: у Північній та Західній Європі охоплення літніх осіб сягає понад 80,0 %, тоді, як уряді східноєвропейських країн рівень охоплення вакцинопрофілактикою грипу не перевищує 10,0 % [3, 7]. В Україні ж за сезон 2023–2024 рр. було офіційно задокументовано 143616 щеплень, що становить приблизно лише 1,07 % від цільових груп ризику, що й підтверджує значно низький рівень охоплення антигриповою вакцинопрофілактикою [2].

Що стосується самої захворюваності на грип, то, в США CDC застосовує стандартизовані модельні її оцінки, оскільки значна частка випадків не підтверджується лабораторно. За цими розрахунками, щороку

симптоматично хворіє близько 3,0–11,0 % населення; так, у сезон 2023–2024 рр. було зареєстровано десятки мільйонів випадків, при цьому в групах із високим охопленням відзначаються значно нижчі показники госпіталізацій та ускладнень [8]. Дані ECDC для ЄС демонструють типовий сезонний характер епідемічного процесу (пік узимку) та нижчу частоту госпіталізацій у країнах із добре розвиненими програмами вакцинації для літніх осіб і медичних працівників, попри різні підходи до діагностики та реєстрації випадків захворювання [4, 7]. В Україні ж відзначаються щорічні підйоми захворюваності на грип та ГРВІ з перевищенням епідемічних порогів у регіонах, що характеризуються низькими рівнями вакцинації [1].

Слід вказати, що кореляція між охопленням вакцинацією та перебігом захворюваності найбільш чітко проявляється у показниках розвитку тяжкості наслідків захворювання. Так, проміжні оцінки ефективності вакцинації проти грипу у США за сезон 2024–2025 рр. свідчать про зниження ризику амбулаторних випадків на 36,0–54,0 % та госпіталізацій на 41,0–55,0 % залежно від системи спостереження [4]. Аналогічні результати наводять дані ECDC та систематичні огляди для Європи: у країнах із високим охопленням вакцинацією грипу серед літніх осіб послідовно реєструються нижчі рівні госпіталізацій у пікові періоди сезону [7, 9]. Таким чином, навіть за умови значної варіабельної результатів вакцинації грипу та сезонних коливань, значно ширше охоплення вакцинацією асоціюється зі зменшенням кількості тяжких випадків і госпіталізацій. Для України, де охоплення залишається досить низьким, першочерговим завданням є усунення бар'єрів доступу до вакцинації (розширення можливостей щеплень у аптеках, інтеграція в систему первинної медичної допомоги, тощо) та впровадження фінансових механізмів підтримки груп ризику за прикладом країн ЄС [1, 3].

**Висновки.** Таким чином, аналіз підходів до вакцинації грипу в США, країнах ЄС та Україні свідчить про чітку залежність між рівнем охоплення щепленнями та показниками захворюваності й виникнення тяжкості наслідків. У країнах із високим охопленням вакцинацією (США, Північна та Західна Європа) реєструється менша частота госпіталізацій та ускладнень, тоді як в Україні низькі показники імунізації обмежують профілактичний ефект. Це підкреслює необхідність розширення доступу до вакцинації та впровадження фінансових і організаційних механізмів підтримки груп ризику.

#### **Література:**

1. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Оперативна інформація про захворюваність на грип та ГРВІ в Україні у сезоні 2023–2024 [Електронний ресурс]. Київ: ЦГЗ МОЗ України; 2024. Режим доступу: <https://phc.org.ua/news/operativna-informaciya-pro-zakhvoryuvanist-na-grip-ta-grvi> (дата звернення: 30.09.2025).

2. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Охоплення щепленнями (щомісячні зведення) [Електронний ресурс]. Київ: ЦГЗ МОЗ України; 2024–2025. Режим доступу: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/imunizaciya/okhoplennya-sheplennyami> (дата звернення: 30.09.2025).

3. МОЗ України. Наказ МОЗ України № 1254 від 18.07.2024 «Про внесення змін до Положення про організацію та проведення профілактичних щеплень»

[Електронний ресурс]. Київ: МОЗ України; 2024. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-18072024--1254> (дата звернення: 30.09.2025).

4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Flu Vaccination Coverage – United States, 2023–24 Influenza Season (overall; by age) [Електронний ресурс]. Atlanta (GA): CDC; 2024. Режим доступу: <https://www.cdc.gov/flu/fluvaxview> (дата звернення: 30.09.2025).

5. Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), CDC. ACIP Recommendations Summary – Seasonal Influenza Vaccination (routine annual vaccination; timing) [Електронний ресурс]. Atlanta (GA): CDC; 2025. Режим доступу: <https://www.cdc.gov/vaccines/acip/recommendations.html> (дата звернення: 30.09.2025).

6. Grohskopf L.A., Blanton L.H., Ferdinands J.M., Reed C., Dugan V.G., Daskalakis D.C. Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: ACIP Recommendations, 2025–26. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2025;74(32):500–507. DOI: 10.15585/mmwr.mm7432a2.

7. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Survey report on national seasonal influenza vaccination recommendations in EU/EEA, 2023–24 [Електронний ресурс]. Stockholm: ECDC; 2024. Режим доступу: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/survey-report-seasonal-influenza-vaccination-recommendations> (дата звернення: 30.09.2025).

8. Bell J., Meng L., Barbre K., Wong E., Lape-Newman B., Koech W., та ін. Influenza and COVID-19 Vaccination Coverage Among Health Care Personnel – National Healthcare Safety Network, United States, 2023–24 Respiratory Virus Season. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2024;73(43):966–972 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/wr/pdfs/mm7343a2-H.pdf> (дата звернення: 30.09.2025).

9. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Seasonal influenza, 2023–2024. In: Annual Epidemiological Report for 2023 [Електронний ресурс]. Stockholm: ECDC; 2024. Режим доступу: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/seasonal-influenza-annual-epidemiological-report-2023> (дата звернення: 30.09.2025).

10. Gavazzi G., Amicizia D., Bonanni P., Iftimie S., D’Ancona F., та ін. Influenza vaccination for older adults in Europe: uptake and policy implications. *Expert Review of Vaccines.* 2025 [Електронний ресурс]. DOI: 10.1080/14760584.2025.2499728 (дата звернення: 30.09.2025).

## **IDENTIFICATION OF RISK FACTORS THAT LED TO SMOKING, ALCOHOL AND DRUG USE AMONG YOUNG PEOPLE**

***Pomohaibo K.G., Nesterenko V.G., Podpriadova A.A.***  
*Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

**Introduction.** The problem of tobacco, alcohol, and drug use among young people remains a pressing public health issue. Early initiation of psychoactive substances contributes to the development of persistent addictions, negatively impacts physical and mental health, and reduces quality of life and social adaptation.

Of particular concern is the trend toward younger age at onset of drug use, which is associated with changing socioeconomic conditions, the growing influence of digital media, and the declining effectiveness of traditional preventive measures. The aim of this study is to identify and systematize the main risk factors contributing to the development of addictive behavior in young people related to smoking, alcohol, and drugs, as well as to identify priority areas for prevention.

Risk factors leading to psychoactive substance use are multilayered. At the individual level, biological and psychological predispositions play a key role. Recent research suggests that genetic mechanisms affecting the dopamine system may increase vulnerability to nicotine and alcohol addiction. Furthermore, adolescents with pronounced impulsivity, a tendency to take risks, and a tendency to seek novelty are more likely to experiment with psychoactive substances. Mental disorders such as depression, anxiety, and attention deficit hyperactivity disorder are also significant; they often precede the first experience of substance use and contribute to the further entrenchment of addictive behavior.

Family environment is a crucial factor in shaping adolescent attitudes toward substance use. Children raised in families where parents smoke, drink alcohol, or use drugs are more likely to perceive such behaviors as socially acceptable. Parenting style also plays a significant role: a lack of parental control, a lack of emotional support, conflicts, and inconsistent demands create fertile ground for early onset of substance use. Conversely, warm relationships, clear boundaries, and positive parental involvement serve as a powerful protective factor. Family socioeconomic difficulties—unemployment, low income, poor housing—increase the risk of substance use due to chronic stress and adolescents' desire to compensate for negative emotions. School and peer environment factors play an equally important role. Young people are particularly sensitive to peer pressure, so being around peers who use alcohol, tobacco, or drugs dramatically increases the likelihood of imitating them. The mechanisms behind this influence include the desire for social belonging, fear of rejection, and emulating "authoritative" classmates. Weak academic motivation, skipping classes, and poor academic performance also correlate with an increased risk of drug use. Conversely, involvement in school life and participation in sports and creative clubs helps reduce the likelihood of addictive behavior.

Social and communal determinants are also key. The high availability of tobacco and alcohol products, the lack of control over sales to minors, and the presence of places where young people can freely consume contribute to the increased prevalence of addictions. Cultural and societal norms also have a significant impact. In countries and communities where alcohol consumption is considered an acceptable part of social life, adolescents begin drinking earlier and consume more intensively. At the societal level, inequality also plays a significant role: poverty, urbanization, unemployment, and limited access to healthcare increase the risk of youth engaging in substance use. Periods of social crisis, such as the COVID-19 pandemic, economic downturns, or armed conflicts, are accompanied by increased stress and anxiety, which often leads to increased use of psychoactive substances as a form of self-regulation.

In recent years, particular attention has been paid to the role of media and the digital space. Teenagers are increasingly exposed to tobacco and alcohol brand advertising, as well as social media content, where consumption is presented as normal or part of a «successful» lifestyle. Numerous studies confirm that the more frequently a teenager is exposed to such images, the higher the likelihood of starting to use.

This influence is amplified by algorithms for personalized content and the activity of bloggers who portray consumption as socially attractive behavior. Thus, the digital environment is becoming an important channel for shaping attitudes, and controlling such content is a new goal for prevention policy.

Protective factors include supportive relationships with parents, high levels of school involvement, participation in sports clubs, stable social connections, and positive role models. Programs aimed at developing emotional resilience, refusal skills, and resistance to peer pressure have proven effective in reducing the prevalence of substance use. Timely mental health care is an important aspect of prevention: early diagnosis of anxiety and depression significantly reduces the likelihood of turning to alcohol or drugs as a means of self-help [1–6].

**Conclusion.** Thus, risk factors for tobacco, alcohol, and drug use among young people represent a complex system of interrelated biopsychosocial determinants. The most significant of these are peer influence, family behavior patterns, and substance availability. Exposure to digital media exacerbates existing threats, making prevention a multifaceted task. Effective preventive measures must address individual, family, educational, and social levels, and integrate psychoeducational programs and digital literacy. Only a comprehensive approach combining family, school, and community support can effectively reduce the prevalence of addictive behavior among young people.

#### **References:**

1. Nawi A.M. et al. Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: a systematic review. *BMC Public Health*, 2021.
2. Altwicker-Hámori S. Risk factors for smoking in adolescence. *Addictive Behaviors*, 2024.
3. Watts L.L. et al. A meta-analysis of peer influence and adolescent substance use. *Journal of Youth and Adolescence*, 2024.
4. Lin C. et al. A scoping review of social determinants of health's impact on substance use disorders across the life course. *Frontiers in Public Health*, 2024.
5. Montgomery K.C. et al. Social media exposure and youth drinking: systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 2022.
6. Trucco E.M. Psychosocial factors linked to adolescent substance use: a review of recent literature. *Substance Use & Misuse*, 2020.

## **MEDICAL AND SOCIAL SIGNIFICANCE AND CURRENT THERAPEUTIC OPTIONS FOR THE TREATMENT OF CEREBRAL STROKES**

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

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

*<sup>2</sup>Educational and Research Medical Institute of National Technical University «Kharkiv Polytechnic Institute», Kharkiv, Ukraine*

Cerebral strokes (CS) remain the leading cause of disability and mortality among the world's population. According to updated estimates from GBD studies, there has been a steady trend toward a significant increase in the prevalence and severity of CS between 1990 and 2021, with modified risk factors (primarily hypertension, metabolic disorders, etc.) having a significant impact on these indicators.

All this requires simultaneous action by global public health organizations to develop and implement effective primary and secondary prevention programs and modern methods of therapeutic intervention [1].

Thus, first and foremost, attention should be paid to developing tactics for managing patients with acute ischemic events. The basic (gold) standard of intervention in such cases is reperfusion therapy, which includes intravenous thrombolysis (IVT) and endovascular thrombectomy (EVT) in patients. The European guidelines on IVT (2021) have formulated 40 key recommendations regarding the use of alteplase and tenecteplase, including in cases of large occlusions and uncertain onset time, with strict requirements for the selection of such patients based on clinical and imaging criteria [2].

Moreover, there are certain extensions of indications for the use of EVT in patients with acute ischemic events. Evidence from numerous studies conducted in 2023–2024 has significantly expanded the list of patients with suspected CS and acute ischemic events who are recommended for EVT. The SELECT2 study showed that EVT in patients with a significant ischemic core improved functional outcomes compared to drug therapy alone. Similar conclusions were confirmed by another study (ANGEL-ASPECT). Further studies in this area have shown the significant long-term effectiveness of EVT in such patients and in «non-traditional» selection scenarios (e.g., assessment of large infarction by CT without extended perfusion) [3–5].

In turn, in 2024, ESO/ESMINT researchers confirmed a list of appropriate treatment recommendations as a modern effective treatment for patients with basilar artery occlusion (BAO): in cases of severe neurological symptoms (NIHSS  $\geq 10$ ) and in the absence of massive ischemic changes, preference is given to the «best medical therapy + EVT» strategy, while reperfusion cannot be recommended for extremely widespread lesions. The controversial issue of combining TPA + EVT in patients with OCA is resolved in favor of combination therapy if there are no contraindications to TPA [6, 7].

In turn, as a modern effective treatment for patients with BAO in 2024, ESO/ESMINT researchers confirmed a list of appropriate treatment recommendations: in cases of severe neurological symptoms (NIHSS  $\geq 10$ ) and in the absence of massive ischemic changes, preference is given to the «best medical therapy+EVT» strategy, while reperfusion cannot be recommended for extremely widespread lesions. The controversial issue of combining BTT +EVT in patients with BAO is resolved in favor of combination therapy if there are no contraindications to intravenous thrombolysis [6, 7].

At the same time, other studies have proven the effectiveness of tenecteplase. Thus, against the backdrop of the growing evidence base of the ESO, studies conducted in 2023 identified appropriate recommendations for the use of tenecteplase (0.25 mg/kg) as an alternative to alteplase in certain cohorts of patients with acute ischemic stroke. In turn, meta-analyses conducted in 2023–2025 demonstrate non-inferiority in terms of efficacy and comparable safety of their use. The issues of dosage and selection of effective combinations of therapeutic interventions (e.g., tenecteplase-EVT) are still being refined [7–9].

As for guidelines on blood pressure (BP) correction in the acute phase in such patients, the ESO guidelines (2021) strongly recommend avoiding excessive BP reduction in ischemic stroke, especially in patients who are indicated for reperfusion interventions (the goal is to achieve BP  $< 180/105$  mmHg after a bolus of alteplase). In turn, for spontaneous intracerebral hemorrhages, the opinion in favor of a more aggressive BP reduction tactic is supported [8, 9].

Thus, in the event of intracerebral hemorrhage, the international randomized INTERACT3 study demonstrated that the introduction of a unified «care bundle» (early intensive blood pressure reduction, correction of hyperglycemia/hyperthermia, administration of anticoagulants) is associated with improved functional outcomes, emphasizing the role of protocolized care [10].

In addition, secondary prevention measures are also highly effective in such patients. Thus, a set of secondary prevention measures should include control of risk factors (BP, glycemia, dyslipidemia, smoking cessation), antiplatelet/anticoagulant therapy as indicated, statin therapy, as well as targeted strategies (carotid endarterectomy/stenting, surgical treatment of patent foramen ovale in young patients, etc.). The agreed positions of the AHA/ASA (2021) and ESO (2022) systematize pharmacotherapy for long-term prevention [11, 12].

Thus, between 2020 and 2025, the evidence base for the effectiveness of therapeutic intervention in stroke medicine has significantly strengthened: the indications for EVT have been expanded, the place of tenecteplase has been defined, BP reduction targets have been standardized, the benefits of protocolized management of intracerebral hemorrhage cases have been confirmed, and secondary prevention algorithms have been updated. The key priorities for the global public health system are to ensure timely access to reperfusion interventions, to implement unified protocols for the management of such patients in the acute phase, and to scale up risk modification programs.

#### References:

1. GBD 2021 Stroke Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Neurology*. 2024; 23(10):973–1003. doi: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(24\)00369-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(24)00369-7).
2. Berge E., et al. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on intravenous thrombolysis for acute ischaemic stroke. *European Stroke Journal*. 2021;6(1):1–LXII. doi: <https://doi.org/10.1177/2396987321989865>.
3. Strbian D., et al. European Stroke Organisation (ESO) and European Society for Minimally Invasive Neurological Therapy (ESMINT) guideline on acute management of basilar artery occlusion. *Journal of NeuroInterventional Surgery*. 2024;online first. doi: <https://doi.org/10.1136/jnis-2024-022053>.
4. Saver J. L., et al. Trial of endovascular thrombectomy for large ischemic strokes. *The New England Journal of Medicine*. 2023;388:1259–1271. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2214403>.
5. Huo X., et al. Endovascular therapy for acute ischemic stroke with large infarct. *The New England Journal of Medicine*. 2023;388(14):1272–1283. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2213379>.
6. Thomalla G., et al. Endovascular thrombectomy for acute ischemic stroke with established large infarct: 12-month outcomes of a multicentre, open-label, randomised trial. *The Lancet Neurology*. 2024;23(9):883–892. doi: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(24\)00278-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(24)00278-3).
7. INTERACT3 Investigators. The third Intensive Care Bundle with Blood Pressure Reduction in Acute Cerebral Hemorrhage Trial (INTERACT3). *The Lancet*. 2023;402(10395):27–40. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00806-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00806-1).
8. Sandset E. C., et al. European Stroke Organization guidelines on blood pressure management in acute ischemic stroke and intracerebral hemorrhage.

*European Stroke Journal.* 2021;6(2):XLVIII–LXXXIX. doi: <https://doi.org/10.1177/23969873211012133>.

9. Sharma M., Lee V.H. Advances in treatments for acute ischaemic stroke. *BMJ.* 2025;389:e076161. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-076161>.

10. Kobeissi H., et al. Tenecteplase vs. alteplase for treatment of acute ischemic stroke: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Frontiers in Neurology.* 2023;14:1102463. doi: <https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1102463>.

11. Diener H. C., et al. Pharmacological interventions for long-term secondary prevention after ischaemic stroke or transient ischaemic attack (ESO Guideline). *European Stroke Journal.* 2022;7(3):I–XLI. doi: <https://doi.org/10.1177/23969873221100032>.

12. Kernan W. N., et al. 2021 Guideline for the prevention of stroke in patients with stroke and TIA (AHA/ASA). *Stroke.* 2021;52(7):e364–e467. doi: <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000375>.

## THE IMPACT OF CHILDHOOD AND ADOLESCENT OBESITY ON DISABILITY RATES AND PHYSICAL DEVELOPMENT OF THE POPULATION

**Pomohaibo K.G., Belkhadri Othman**

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

**Introduction.** Childhood and adolescent obesity has become one of the most significant medical and social problems in recent decades, impacting the health and quality of life of the population. The rise in the number of overweight children is observed in all countries worldwide, regardless of economic development. This phenomenon has far-reaching consequences that extend beyond childhood, affecting the physical, mental, and social development of individuals, as well as overall demographic and health indicators, including disability rates.

Early childhood obesity is more than just a cosmetic or aesthetic concern. It is a chronic metabolic condition in which the balance between energy intake and expenditure is disrupted, leading to excess fat accumulation. This leads to systemic changes affecting the cardiovascular, endocrine, musculoskeletal, and nervous systems. Childhood obesity is closely associated with the early development of hypertension, type 2 diabetes, dyslipidemia, fatty liver disease, obstructive sleep apnea, and reproductive disorders. However, it is particularly important to emphasize that obesity in childhood and adolescence also impacts physical development, motor coordination, and motor activity, and is a factor that contributes to an increased risk of disability in adulthood.

Recent research demonstrates that children with disabilities or neurodevelopmental disorders are more likely to be obese than their healthy peers. According to American and European studies, the prevalence of obesity among children with speech impairments, autism, developmental delays, or intellectual disabilities is significantly higher than among their peers without such disabilities. This is explained by both physiological factors (decreased physical activity, metabolic characteristics) and social ones – limited access to sports sections, stigmatization, insufficient awareness of parents and teachers.

The impact of obesity on physical development is primarily manifested in impaired motor skills and reduced physical fitness. Research shows that overweight children experience decreased overall motor coordination, impaired balance, and impaired ability to perform complex motor tasks. Excess weight increases the load on the musculoskeletal system, causing joint deformities, poor posture, flat feet, and spinal curvatures. Особенно часто у таких детей отмечаются нарушения выравнивания коленных суставов (*genu valgum*), *fat valgus* feet and lumbar hyperlordosis. These changes not only affect the child's physical fitness but also create the preconditions for chronic pain syndromes, limited mobility, and the development of secondary disabling conditions later in life.

A serious consequence of obesity is decreased cardiorespiratory fitness and deterioration of cardiac and pulmonary function. Excess fat makes breathing difficult, reduces exercise tolerance, and leads to rapid fatigue. Obese adolescents experience metabolic disorders, high blood pressure, and the development of insulin resistance. All this gradually leads to a limitation of physical activity, creating a vicious cycle: the higher the body weight, the less exercise the child does, and the less exercise they do, the more obesity progresses.

Obesity also impacts psychoemotional development. Excess weight often leads to low self-esteem, social isolation, depression, and anxiety. Children and adolescents with obesity are often stigmatized and discriminated against at school and in society, which reduces their motivation to participate in sports and exacerbates the problem. Reduced physical activity, in turn, impacts the development of self-care skills, limits participation in educational and play activities, and in the long term can increase the risk of social disability.

The link between childhood obesity and disability is twofold. On the one hand, obesity can be a consequence of preexisting health conditions, such as mobility limitations, endocrine, or genetic syndromes. On the other hand, obesity itself becomes a factor that increases the likelihood of disability due to chronic diseases and musculoskeletal disorders. Thus, obesity acts as an independent predictor of deterioration in quality of life and physical well-being.

Research also shows that children and adolescents who are obese have a higher risk of future work limitations and disabilities in adulthood. Early onset and prolonged obesity increase the likelihood of developing chronic diseases that require ongoing medical monitoring.

Research also shows that children and adolescents who are obese have a higher risk of future work limitations and disabilities in adulthood. Early onset and prolonged obesity increase the likelihood of developing chronic diseases that require ongoing medical monitoring.

At the societal level, it is essential to create conditions conducive to a healthy lifestyle: safe areas for active play, school physical education programs, and accessible sports infrastructure and healthy nutrition. Particular attention should be paid to children with disabilities, as obesity prevention is crucial for preventing further disability in this group [1–7].

**Conclusion.** Thus, obesity in children and adolescents has a complex impact on physical development and disability rates. It reduces physical activity, worsens morphofunctional indicators, contributes to the development of chronic diseases, and limits social adaptation. Combating childhood obesity should be considered not only as a matter of individualized treatment but also as a priority for public health and education policy. Effective prevention requires a comprehensive approach that includes medical, educational, and social measures.

## References:

1. Impact of exercise on anthropometric outcomes in children and adolescents with overweight or obesity: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 2025.
2. Obesity prevalence in two national cohorts of children with disabilities: Patterns over time and by disability subgroups. *Journal of Pediatrics*, 2025.
3. Gross motor coordination in relation to weight status: a longitudinal study in children and pre-adolescents. *Frontiers in Public Health*, 2023.
4. A recent update on childhood obesity: aetiology, treatment and complications. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 2025.
5. Pediatric Obesity: Complications and Current Day Management. *Life (MDPI)*, 2023.
6. Five-Year Physical and Psychosocial Outcomes in Obese Adolescents With and Without Metabolic Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 2025.
7. The Impact of Childhood Obesity on Joint Alignment: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021.

## **BEHAVIORAL DISORDERS AMONG YOUNG PEOPLE DUE TO SMOKING, ALCOHOL AND DRUG USE AND THEIR IMPACT ON THE CRIME AND DEMOGRAPHIC SITUATION IN SOCIETY**

*Pomohaibo K.G., Nesterenko V.G., Podpriadova A.A.  
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

In recent decades, tobacco, alcohol, and substance use in adolescence and young adulthood has remained a global public health and social policy issue. Early involvement of young people in these substance use is associated with an increased risk of addiction, mental health problems, and deviant behavior, which ultimately impacts crime and demographic indicators. The aim of this study is to systematize current data on the impact of tobacco smoking, alcohol, and drug use on youth behavior, as well as the consequences for crime and demographics. The analysis is based on epidemiological data, national and international surveys, cohort studies, and systematic reviews published over the past five years.

The prevalence of tobacco, alcohol, and drug use among adolescents remains high. Despite some positive trends in the decline of certain substance use in school settings, alcohol and new psychoactive substances remain significantly popular among adolescents and young adults aged 12–25. Early onset of substance use negatively impacts the development of neuropsychological functions related to decision-making, impulse control, and emotional regulation, significantly increasing the risk of aggression, deviant behavior, and academic problems. Furthermore, young people with conduct disorders often have comorbid mental health conditions, such as anxiety and depression, which exacerbates the development of addiction and deviant behavior.

Empirical research confirms a strong link between early onset of substance use and an increased likelihood of involvement in delinquency. The mechanisms underlying this influence include decreased impulse control, loss of social integration, and exposure to high-risk environments for criminal activity.

Youth involved in hard drug use are more likely to encounter the justice system, and early episodes of substance use predict a higher likelihood of subsequent delinquency in adulthood.

The negative impact of substance use on demographics manifests itself in various ways. Early alcohol and drug use in adolescents is associated with an increased risk of unintended pregnancies, which affects teenage birth rates and the socioeconomic status of young families. Chronic substance use reduces productivity, worsens public health, and increases the burden of diseases such as mental disorders, liver disease, and respiratory diseases. These factors impact the demographic structure of society and the working-age population. Indirect consequences include changes in family structures, an increase in single-parent families, delayed marriage, and internal migration, which are also associated with demographic impacts.

Social and economic determinants play a significant role in shaping the risk of substance use among young people. Low socioeconomic status, family dysfunction, access to psychoactive substances, peer pressure, and preexisting mental health conditions increase the likelihood of engaging in tobacco, alcohol, and drug use. Reducing this risk requires a comprehensive approach, including educational programs in schools, family interventions, early identification of problems and brief interventions in primary care, as well as specialized social rehabilitation and reintegration programs. Policy measures such as tobacco and alcohol taxation, sales regulations and advertising bans, and controls on online sales have been shown to be effective in reducing substance use among young people [1–8].

**Conclusion.** The study’s findings allow us to formulate key recommendations. First, early prevention, beginning in early adolescence, is the most effective method for reducing the risk of addiction and deviant behavior. Second, prevention programs should combine educational interventions, access to psychological support, substance control, and social support for vulnerable families. Third, to reduce the criminal impact, integrated programs for adolescents in conflict with the law are needed, including addiction treatment, psychosocial rehabilitation, and educational/vocational retraining. Fourth, the demographic consequences of substance use require that these issues be integrated into national demographic and socioeconomic strategies.

#### **References:**

1. National Survey on Drug Use and Health – 2024 annual report. SAMHSA (2024).
2. CDC – Youth and Tobacco Use; Youth substance use data (2023–2024 summaries). Centers for Disease Control and Prevention (2024).
3. NIDA – Report: Reported use of most drugs among adolescents remained low in 2024. National Institute on Drug Abuse (2024).
4. Simon K.M., et al. – Adolescent Substance Use Disorders: Review. J (systematic review) (2022).
5. Dar, 2024 – Concurrent decline in teenage fertility rate and binge drinking: associations in adolescents.
6. McBrayer C., et al. – Adolescent substance use and family/societal impacts (2024). PMC article.
7. Danpanichkul P., et al. – The burden of alcohol and substance use disorders in adolescents (2024–2025 analyses).
8. U.S. Department of Justice / OJJDP. Youth and the Juvenile Justice System: 2022 National Report.

# STRATEGY FOR IMPROVING ONCOPROPHYLAXIS OF GASTRIC CANCER IN MODERN CONDITIONS

**Chornenka Zh.A.**

*Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine*

**Introduction.** Although the incidence and mortality of gastric cancer have decreased worldwide in recent decades, the mortality rate has decreased only slightly [1]. Over the past decade, mortality, unlike incidence, has shown an increasing trend, which is associated with an increase in the number of patients with stage IV disease [2]. The highest survival rate was recorded in Japan – 53 % [3], while in most other countries this figure does not exceed 15–20 % [4]. It is worth noting that in Japan, cases of early detection of gastric cancer account for about half of all diagnoses, while in European countries, the USA and most other countries this figure does not exceed 20 %. This has led to assumptions that gastric cancer in Japanese people has different biological characteristics than in Europeans. However, molecular biology studies have refuted this hypothesis, confirming that Japan's high survival rates are due to effective national cancer control programs and widespread screening. Reductions in incidence and mortality rates have also been observed in countries with traditionally low rates, such as Sweden and Switzerland, as well as in the United States and Australia. This decline was particularly pronounced among young people, suggesting that this positive trend is likely to continue in the future.

According to the results of the analysis of data from the National Cancer Registry [5], over the past fifteen years, Ukraine has been experiencing a negative trend in the indicators of early diagnosis of malignant neoplasms of the stomach, which is most pronounced in the Chernivtsi region. Forecast calculations indicate a likely further increase in the level of pathology detection at late stages (III–IV) and an increase in one-year mortality after diagnosis. The elimination of these organizational shortcomings in preventive work should be implemented primarily at the level of primary health care (PHC), since it is this level of health care that ensures the performance of the preventive function, in particular by implementing screening programs, including for malignant neoplasms [6].

Given the above facts, the key strategic task of improving the system of oncoprophylaxis of malignant neoplasms of the stomach is the development of a comprehensive functional and organizational model of prevention and early detection of these pathologies. Such a model provides not only for timely diagnostics at the preclinical and initial stages, but also for improving the organizational mechanisms for providing medical care. Its implementation should provide patients with precancerous conditions and malignant neoplasms of the stomach with guaranteed access to high-quality, scientifically based and compliant with modern international standards of diagnostic and treatment services. Special attention within the framework of this model is planned to be paid to strengthening the preventive link at the level of primary medical care, introducing effective screening programs and integrating the results into a unified health information system.

Tactical implementation of the planned innovations involved substantiation and creation of a stable organizational structure capable of effectively achieving the set goals by optimizing management processes and improving interaction between all stakeholders of the healthcare system.

The need to modernize the organization of prevention of malignant neoplasms of the stomach, the selection of key areas of influence and the development of recommendations were based on the results of a comprehensive analysis of the epidemiological characteristics of the incidence at both the national and regional levels, as well as on the identified shortcomings of the current prevention system. *The most important confirmations of this were:*

- Age and demographic trends – it has been proven that the frequency of NCDs increases with age, and in the context of an aging population and a difficult socio-political situation (in particular, the armed aggression of the Russian Federation), a further increase in the incidence rate can be expected.

- Deterioration of early diagnosis indicators – in Ukraine, and especially in the Chernivtsi region and among men, the already significant (approximately 50 %) share of cases detected at stage IV is increasing, while the proportion of diagnosis during preventive examinations remains extremely low (<10 %). This is accompanied by a consistently high one-year mortality rate (about 60 %). A close inverse correlation has been found between the level of detection during preventive examinations and the percentage of diagnosing neglected forms ( $r_{xy} = -0.90$ ). Additionally, a significant (1.3–1.5 times) decrease in primary morbidity in 2020 was found due to the COVID-19 pandemic, which, combined with a decrease in the availability of medical care during hostilities, creates a risk of further deterioration of the situation.

- Social consequences – NCDs have a pronounced negative impact on the financial situation, work capacity and psychological state of patients.

- Complex of risks and prerequisites – socio-economic, behavioral, organizational and medical factors have been identified that increase the likelihood of malignancy of precancerous conditions of the stomach, most of which can be controlled.

- Shortcomings in the work of the oncology service – although the staffing and material support of inpatient care remains at a relatively stable level, a decrease in the average length of stay of a patient in bed and the annual occupancy of the bed fund was recorded in 2016–2020. At the same time, the level of histological verification, tumor marker diagnostics and coverage of specialized, in particular combined, treatment remain insufficient.

- Low effectiveness of preventive technologies – less than 20 % of patients with precancerous diseases of the stomach are under dispensary supervision; there is low adherence to drug treatment and dietary recommendations, a tendency to self-medicate, rare visits to PMD doctors for professional examinations even when symptoms appear.

- Economic burden – shortcomings in prevention lead to an increase in the need for more frequent and prolonged inpatient treatment using expensive diagnostic and therapy methods.

- Patient dissatisfaction – a high level of dissatisfaction with the results of treatment (about 90 %) and the medical care provided (45–80 %).

A feature of the model we have proposed is its expanded and integrated structure, which, in addition to traditional components (management system, specialized departments, staffing of healthcare institutions, regulatory framework, medical technologies), includes elements that previously existed, but have undergone functional renewal.

*The updated components of preventive work at the primary health care (PHC) level include:*

- systematic informing patients and their family members about the features of prevention and early detection of pathology;
- constant monitoring of risk factors for the development of precancerous and malignant gastric neoplasms;
- formation and support of risk groups, in particular patients with precancerous gastric diseases (PGD);
- monitoring the implementation of recommendations of specialist doctors and rehabilitation specialists;
- if necessary, involvement of additional stakeholders.

*In addition, the model contains innovative elements, namely:*

- an algorithm for early diagnosis and prevention of adverse consequences of gastric cancer at the level of the PMD;
- a memo for the PMD doctor with a list of key risk factors and predictors of malignancy of the PMD;
- allocation of a special group of dynamic observation for patients with an increased risk of degeneration of precancerous changes into malignant ones.

**Conclusion.** Thus, the interaction between all these components provided the model with a new qualitative orientation to achieve its strategic goal, aimed not only at the timely detection of malignant neoplasms of the stomach, but also at the comprehensive prevention of their occurrence and minimization of negative consequences.

#### **References:**

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424. doi: 10.3322/caac.21492
2. Dalhammar K, Malmström M, Schelin M, Falkenback D, Kristensson J. The impact of initial treatment strategy and survival time on quality of end-of-life care among patients with oesophageal and gastric cancer: A population-based cohort study. *PLoS One*[Internet]. 2020[cited 2020Sep 14];15(6):e0235045. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7307755/pdf/pone.0235045.pdf> doi: 10.1371/journal.pone.0235045
3. Cao M, Li H, Sun D, Lei L, Ren J, Shi J, et al. Classifying risk level of gastric cancer: Evaluation of questionnaire-based prediction model. *Chin J Cancer Res.* 2020;32(5):605-13. doi: 10.21147/j.issn.1000-9604.2020.05.05
4. Cheng B, Yang C, Liu Z, Liu L, Zhou L. Primary gastric inflammatory myofibroblastic tumor: A case report. *Medicine (Baltimore)*[Internet]. 2018[cited 2021Feb09];97(50):e13423. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6320093/pdf/medi-97-e13423.pdf> doi:10.1097/MD.00000000000013423
5. Колеснік ОО, редактор. Рак в Україні, 2019–2020. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюлетень чиселого канцер-реєстру № 22 [Інтернет]. Київ; 2021[цитовано 2021 Сер 29]. Доступно на: [http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL\\_22/index.htm](http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_22/index.htm)
6. Міністерство охорони здоров'я України. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 504 [Інтернет]. Київ: МОЗ України; 2018[цитовано 2022 Бер 03]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>

# MEDICAL AND SOCIAL PROBLEM OF HEALTH DISORDERS IN PATIENTS WITH VASCULAR CRISIS

*Pomohaibo K.G., Fedorov V.V.*

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

**Introduction.** The current burden of vascular emergencies – strokes, acute coronary syndromes, and severe hypertensive crises – remains a leading cause of death and disability in many countries. The increasing incidence and high proportion of long-term disability in recent years highlights the need for a comprehensive approach to prevention, acute care, and rehabilitation of these patients. Recent global estimates confirm that stroke remains one of the leading causes of death and loss of healthy life years worldwide; the burden is particularly high in low- and middle-income countries, underscoring the importance of systemic medical and social measures.

Pathophysiologically, a vascular crisis is not a single condition but a combination of acute mechanisms: severely impaired perfusion pressure, vascular spasm or rupture, thromboembolic events, as well as microcirculatory and endothelial dysfunction. Patients with arterial hypertension, atherosclerosis, metabolic diseases (diabetes mellitus, dyslipidemia), chronic inflammation, and coagulation disorders have a significantly higher risk of developing a crisis. These mechanisms require a combination of immediate hemodynamic interventions and specific therapy.

The medical and social consequences of vascular crises are multidimensional. First, there are direct medical costs: emergency hospitalization, high-tech procedures, and long-term medication support. Second, there are long-term rehabilitation costs: restoration of motor, cognitive, and speech functions, social adaptation, psychological support, and professional reintegration. In economic terms, significant indirect losses are associated with loss of ability to work, the need for social care, and disability pensions.

Social determinants of health play a key role in the prevalence of vascular crises: low educational level, economic instability, limited access to quality medical care, psychosocial stress, living in an unfavorable environmental environment, and behavioral factors (smoking, alcohol abuse, unhealthy diet, physical inactivity).

Preventive and organizational measures include early identification of risk factors, blood pressure monitoring, treatment of dyslipidemia, glycemic control, tobacco cessation, and weight loss. At the systemic level, the effectiveness of establishing regional emergency care–specialized center networks, public education programs to recognize the signs of acute vascular events, and the implementation of telemedicine to expedite decision-making have been proven.

Comprehensive rehabilitation should begin early in hospitalization and continue in outpatient or home settings with the participation of a multidisciplinary team. Individualized rehabilitation plans increase the likelihood of returning to previous activities and reduce the severity of long-term disability.

Innovative approaches include the use of digital blood pressure and heart rate monitoring platforms, as well as artificial intelligence for risk stratification. Their implementation requires adequate funding policies and consideration of inequalities in access to technology [1–8].

**Conclusion.** Vascular crises are a complex medical and social problem that impacts mortality, disability, and the economic stability of society. Systematic preventive measures, early diagnosis, and rehabilitation are essential to reduce the incidence. Effective collaboration between medical and social services can reduce the burden of vascular crises and improve the population's quality of life.

## References:

1. World Stroke Organization. Global Stroke Fact Sheet 2025. Feigin V. et al., 2025.
2. Feigin V. L., et al. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors. *Lancet Neurology*, 2024.
3. Mancia G., et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*, 2023.
4. Kleindorfer D. O., et al. 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack. *Stroke*, 2021.
5. Powell-Wiley T. M., et al. Social Determinants of Cardiovascular Disease. *Circulation Research*, 2022.
6. Brandt E. J., et al. Assessing and addressing social determinants of health in cardiovascular care. *JACC*, 2023.
7. Feigin V. L., et al. Pragmatic solutions to reduce the global burden of stroke. *Lancet Neurology*, 2023.
8. Cheng Y., et al. Projections of the stroke burden at global and regional levels. *JAHA*, 2024.

## HUMAN PAPILLOMAVIRUS AND CERVICAL DYSPLASIA: CURRENT APPROACHES TO PREVENTION AND EARLY DIAGNOSIS

**Tokar P.Y.**

*Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine*

**Relevance of the topic.** Cervical dysplasia, or cervical intraepithelial neoplasia (CIN), is a precancerous condition that in most cases is associated with persistent infection with human papillomavirus (HPV), especially its highly oncogenic types. According to current scientific sources, more than 90 % of cervical cancer cases are associated with HPV infection. This disease ranks first among oncological pathologies in women of reproductive age and remains a significant global health problem. In Ukraine, the relevance of the issue is due to low HPV vaccination coverage, insufficient systematic screening, and limited access to modern diagnostic technologies in a number of regions. A significant proportion of patients seek treatment at late stages of the disease, which reduces the effectiveness of treatment. Thus, improving prevention, early detection, and timely treatment of HPV-associated cervical lesions is one of the key challenges in modern gynecology and public health.

**The aim of this study** is to analyze current literature data on the etiology and pathogenesis of cervical dysplasia associated with HPV infection, as well as to study the effectiveness of modern approaches to prevention, screening, and early diagnosis in order to develop generalized recommendations for improving preventive strategies.

**Materials and methods.** The study was based on an analysis of scientific literature, including original articles, reviews, meta-analysis results, international guidelines, and statistical data. Sources from the PubMed, Scopus, Web of Science, and Google Scholar electronic databases were reviewed, as well as recommendations from leading medical organizations such as the WHO, CDC, FIGO, and ASCCP. The analysis included publications from the last 10–15 years that comply with the principles of evidence-based medicine and relate to HPV infection, cervical neoplasia, vaccination, and screening. In total, more than 120 sources were reviewed, from which the most relevant were selected.

**Results.** The analyzed data indicate that HPV is the main etiological factor in the development of dysplasia and cervical cancer. The pathogenesis is associated with the penetration of the virus into the epithelial cells of the transformation zone and the expression of oncogenes E6 and E7, which block the functions of the antitumor proteins p53 and Rb, leading to uncontrolled cell proliferation. The most oncogenic HPV types are 16 and 18, but types 31, 33, 45, 52, and 58 also play a significant role in carcinogenesis [1].

Risk factors include early onset of sexual activity, multiple sexual partners, smoking, immunosuppression, chronic inflammatory processes of the cervix, and lack of vaccination. The primary method of prevention is HPV vaccination, which has been shown to be highly effective in preventing infection and precancerous changes. The optimal age for vaccination is 9–14 years, but vaccination is also recommended for women up to 45 years of age [2].

Secondary prevention is based on regular screening, which includes cytological Pap tests, HPV testing, and a combination of both (co-testing). HPV testing demonstrates the highest sensitivity, allowing the risk of oncogenic infection to be detected at an early stage. If the result is positive, colposcopy is performed, and if indicated, a cervical biopsy, which is the «gold standard» for confirming the diagnosis. Literature data indicate that countries where systematic screening and vaccination programs have been implemented show a significant reduction in the incidence and mortality of cervical cancer. Educational activities play an important role, as the level of public awareness significantly affects screening and vaccination coverage [3].

**Conclusions.** Analysis of the literature confirmed the key role of HPV in the development of dysplasia and cervical cancer. The most effective method of primary prevention is vaccination against HPV, which significantly reduces the risk of developing cervical neoplasia. Secondary prevention should include regular screening using HPV testing, cytology, and colposcopy as indicated. The implementation of comprehensive prevention programs combining vaccination, modern screening methods, and educational measures is key to reducing the burden of HPV-associated diseases. Timely detection of pathological changes and their proper management can significantly reduce the risk of developing invasive cervical cancer and improve the quality and duration of women's lives.

#### **References:**

1. Бондаренко, Н. П., Нікітін, О. Д., Поладич, І. В., & Антонюк, М. І. (2025). Роль ВПЛ у патології нижнього відділу генітального тракту у жінок з безпліддям. *Репродуктивне здоров'я жінки*, (1), 8–15.
2. Токар, П. (2025). Дисплазія шийки матки: сучасні уявлення про патогенез, діагностику, прогнозування, профілактику та тактику ведення. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я*, (1 (19)), 73–76.
3. Воробей, Л. І., & Сергієнко, А. О. (2025). Інтегрована оцінка цитологічної картини та мікробіому піхви у вагітних із дисплазією епітелію шийки матки. *Репродуктивне здоров'я жінки*, (6), 137–145.

## DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC POSSIBILITIES OF INTERVENTION IN THE PROBLEM OF CEREBRAL STROKES

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

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

<sup>2</sup>*Educational and Research Medical Institute of National Technical University  
«Kharkiv Polytechnic Institute», Kharkiv, Ukraine*

Many modern studies have proven that cerebral stroke (CS) is a medical emergency, the occurrence of which determines the urgent need for the fastest possible therapeutic intervention and clear organization of medical care for such patients. According to recent studies, timely diagnosis and early therapeutic intervention significantly reduce the risk of disability and mortality in patients with CS [1, 2].

Scientists determine that existing clinical scales (e.g., NIHSS), rapid CT or MRI scanning with angiography, and prevention of thrombectomy in large vascular arteries remain important in the diagnosis of acute ischemic strokes. However, recent reviews emphasize that the use of traditional scales and clinical assessment alone is insufficient: the use of appropriate biomarkers and portable devices for rapid diagnosis of patients' condition is necessary [3].

Furthermore, the growing importance of the specialized care model («stroke unit») involving a multidisciplinary team of relevant specialists has been confirmed. Studies show that an integrated approach (including care in a specialized stroke unit, early rehabilitation, and monitoring systems) improves outcomes in patients after CS treatment [4]. At the same time, there is an urgent need to standardize such models and implement them throughout the global healthcare system.

As for treatment tactics, reperfusion therapy remains the gold standard for treating ischemic stroke. The «Canadian Stroke Best Practice Recommendations» for the management of acute stroke (2022) emphasize broad access for such patients to intravenous thrombolysis, thromboectomy, accelerated diagnostic complex, and early rehabilitation [5]. At the same time, recent studies (2023) highlight new interventional strategies that go beyond the standard and have the potential to improve functional outcomes [6].

Adequate secondary prevention is equally important for patients with CS. Such patients have a significantly increased risk of recurrent stroke after a stroke, which is often more severe [7]. Recent studies have focused on optimizing antiplatelet and antithrombotic therapy, controlling blood pressure, lipids, glycemia, and lifestyle changes [8]. For example, a review of antithrombotic therapy for 2023 outlines algorithms for selecting treatment depending on the mechanism of ischemia [9].

In turn, it should be noted that researchers are paying particular attention to the strategy for managing patients with cerebral hemorrhage. The updated recommendations of the American Heart Association/American Stroke Association (2022) provide clear instructions for controlling blood pressure during the acute phase of intracerebral hemorrhage and thereafter [10].

In addition, it is noted that adequate rehabilitation and long-term follow-up care remain critically important stages that are often insufficiently integrated into the public health system. Thus, the new «National Clinical Guideline for Stroke» (2023) notes the need for outpatient follow-up, psychological support, telerehabilitation, and multifactorial assessment of patients with MI after their discharge from an inpatient facility [11, 12].

Thus, the modern approach to the diagnosis and treatment of MI should be comprehensive and include:

- 1) rapid diagnosis and activation of reperfusion therapy;
- 2) organization of an integrated model of inpatient and post-hospital care;
- 3) effective secondary prevention, taking into account individual risk;
- 4) long-term multidisciplinary support.

The implementation of the above measures provides a real opportunity to significantly reduce disability in the population after CS and improve the quality of life of such patients, taking into account current evidence.

#### References:

1. Patil S., Rossi R., Jabrah D., Doyle K. Detection, diagnosis and treatment of acute ischaemic stroke: current and future perspectives. *Frontiers in Medical Technology*. 2022;4:748949. doi: <https://doi.org/10.3389/fmedt.2022.748949>.
2. Greco A., et al. Antithrombotic therapy for primary and secondary prevention of ischemic stroke: JACC state-of-the-art review. *Journal of the American College of Cardiology*. 2023;82(15):1538–1557. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2023.07.025>.
3. Heran M., et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Acute Stroke Management, 7th Edition – Practice Guidelines Update 2022. *Canadian Journal of Neurological Sciences*. 2024;51(1):1–31. doi: <https://doi.org/10.1017/cjn.2022.344>.
4. Donnelly SC. Immunotherapy and cardiovascular diseases: novel avenues for immune-therapeutic approaches. *QJM*. 2023;116(4):265. doi: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcad053>.
5. Bangad A., Abbasi M., de Havenon A. Secondary Ischemic Stroke Prevention. *Neurotherapeutics*. 2023;20(3):721–731. doi: <https://doi.org/10.1007/s13311-023-01352-w>.
6. Thomalla G., et al. Endovascular thrombectomy for acute ischaemic stroke with established large infarct (TENSION): 12-month outcomes of a multicentre, open-label, randomised trial. *The Lancet Neurology*. 2024;23(9):883–892. doi: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(24\)00278-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(24)00278-3).
7. Bhalla A., Clark L., Fisher R., James M. The new national clinical guideline for stroke: an opportunity to transform stroke care. *Clin Med (Lond)*. 2024;24(2):100025. doi: <https://doi.org/10.1016/j.clinme.2024.100025>.
8. Sandset E. C., et al. European Stroke Organisation guidelines on blood pressure management in acute ischaemic stroke and intracerebral haemorrhage. *European Stroke Journal*. 2021;6(2):XLVIII–LXXXIX. doi: <https://doi.org/10.1177/239698732111012133>.
9. Sharma M., Lee V.H. Advances in treatments for acute ischaemic stroke. *BMJ*. 2025;389:e076161. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-076161>.
10. Arnett D. K., et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2019;140(11):e563–e595. doi: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000677>.
11. *National Clinical Guideline for Stroke (Sixth edition, 2023)*. London: Royal College of Physicians; 2023.
12. Turc G., et al. Comparison of Mobile Stroke Unit With Usual Care for Acute Ischemic Stroke Management: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Neurol*. 2022;79(3):281–290. doi: <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2021.5321>

## MECHANISMS OF VASCULAR AND LUNG DAMAGE IN COMORBIDITY OF ARTERIAL HYPERTENSION AND COPD

**Volik M.S.**

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

Many studies confirm that the comorbidity of arterial hypertension (AH) and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) forms a single cardiopulmonary continuum in which systemic inflammation, endothelial dysfunction, oxidative stress, and activation of the renin-angiotensin system (RAS) mutually reinforce vascular and airway remodeling, significantly increasing the risks of adverse events and overall mortality in the population due to this pathology [1–3]. Current guidelines on pulmonary hypertension (PH) emphasize the importance of early risk stratification in the PH-COPD group (PH associated with COPD), taking into account their hemodynamic thresholds and concomitant cardiovascular pathology [4–5].

These processes are entirely determined by the pathophysiological component, which is characterized by the fact that in COPD, chronic hypoxia and hypercapnia cause vasoconstriction and remodeling of small pulmonary arteries; while the systemic inflammatory response (production of IL-6, TNF- $\alpha$ ) and NLRP3 inflammasome further exacerbate endothelial damage, reducing the bioavailability of NO [2, 6–7]. In turn, oxidative stress significantly increases arterial stiffness and pulse load, which is particularly significant in the context of AH [8]. In addition, RAS activation and aldosterone-dependent myocardial/vascular fibrosis form the basis for resistant AH and right ventricular dysfunction [3].

All this is accompanied by the fact that comorbidity of AH and COPD is associated with greater variability in blood pressure (BP), nocturnal hypertension, reduced exercise tolerance, and a higher frequency of hospitalizations [9–10]. In view of this, a step-by-step assessment of the likelihood of PH (echocardiography, additional supporting signs) is recommended for PH-COPD comorbidity, with confirmation by right heart catheterization as indicated [4–5, 11]. Data from existing clinical registries show that PH-COPD is associated with a more severe functional class and a worse prognosis compared to idiopathic pulmonary hypertension [12].

As for therapeutic options, the current therapeutic basis remains optimal COPD therapy (bronchodilators, prevention of exacerbations, oxygen therapy as indicated) and BP control (ACE inhibitors/ARBs; possible cardioselective  $\beta$ -blockers in the absence of bronchospasm) [1, 3]. Data from systematic reviews indicate a limited evidence base for the routine use of PH drugs in PH-COPD, except for carefully selected cases in specialized centers [6, 13]. Personalized therapy includes control of inflammation/oxidative stress, lifestyle modification, and multidisciplinary therapeutic support [2, 8, 14].

Thus, the comorbidity of AH and COPD is a common pathobiological process that requires integrated diagnosis (ABPM/echocardiography/CPS) and combined strategies for controlling inflammation, RAS, and bronchial obstruction to reduce cardiopulmonary complications [4–6, 9–13].

### **References:**

1. Mariniello D. F., et al. Comorbidities in COPD: Current and Future Treatment Challenges. *J Clin Med.* 2024;13(3):743. doi: 10. <https://doi.org/3390/jcm13030743>.

2. ERS Review Group. What every clinician should know about inflammation in COPD. *ERJ Open Research*. 2024;10(5):00177–2024. doi: <https://doi.org/10.1183/23120541.00177-2024>.
3. Tkacova R. Systemic inflammation in chronic obstructive pulmonary disease: may adipose tissue play a role? Review of the literature and future perspectives. *Mediators Inflamm*. 2020;2020:585989. doi: <https://doi.org/10.1155/2010/585989>.
4. Humbert M., et al. 2022 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. *European Respiratory Journal*. 2023;61(1):2200879. doi: <https://doi.org/10.1183/13993003.00879-2022>.
5. ERJ Open Research Investigators. Classification and course of pulmonary hypertension associated with end-stage COPD. *ERJ Open Research*. 2025;11(4):01141–2024. doi: <https://doi.org/10.1183/23120541.01141-2024>.
6. Ragdah A., et al. Treatment of pulmonary hypertension associated with COPD: systematic review. *ERJ Open Research*. 2021;8(1):00348–2021. doi: <https://doi.org/10.1183/23120541.00348-2021>.
7. Markelić I., et al. Activation of NLRP3 inflammasome in stable chronic obstructive pulmonary disease. *Sci Rep*. 2022;12(1):7544. doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-11164-1>.
8. Radak Z., et al. Epigenetic and "redoxogenetic" adaptation to physical exercise. *Free Radic Biol Med*. 2024;210:65–74. doi: <https://doi.org/10.1016/j.freeradbiomed.2023.11.005>.
9. Zhang Z., et al. Joint association and interaction of birth weight and lifestyle with hypertension: A cohort study in UK Biobank. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2024;26(5):483–490. doi: <https://doi.org/10.1111/jch.14792>.
10. Sawlani K. K., et al. Ambulatory Blood Pressure Monitoring in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients. *J Assoc Physicians India*. 2020;68(3):36–39.
11. Wild C., et al. Echocardiographic assessment of pulmonary hypertension: improving the probability. *European Heart Journal*. 2024;45(Suppl\_1):ehae666.2240. doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae666.2240>.
12. Alnabulsi R., Tsushima T., Shaniuk P. M. A 60-Year-Old Man With Acute Chest Pain: A Common Presentation, But Unusual Diagnosis. *Chest*. 2021;160(3):e269–e272. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.04.017>.
13. Arif R., et al. Treatment of pulmonary hypertension associated with COPD: a systematic review. *ERJ Open Res*. 2022;8(1):00348–2021. doi: <https://doi.org/10.1183/23120541.00348-2021>.
14. Hopkinson N. S., et al. Chronic obstructive pulmonary disease: new therapies and old needs. *Lancet Respiratory Medicine*. 2025;13(3):193–194 doi: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(24\)00423-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(24)00423-5).

## **ACL INJURY: EPIDEMIOLOGY, PREVENTION, SURGICAL STRATEGIES, AND SHARED «DECISION-MAKING»**

**Drokin A.V.**

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

According to many authors, anterior cruciate ligament (ACL) injuries remain the leading cause of disability in young active patients, especially among professional athletes. According to an analysis of existing systematic meta-analyses, the incidence of sports-related ACL injuries is increasing, especially in sports involving multi-axial

loads and in female athletes [1]. Updated clinical guidelines and decision-making algorithms emphasize the need for a personalized choice of tactics between surgical and conservative approaches, taking into account the patient's profile, concomitant injuries, and goals for returning to sports [2].

Primary prevention and rehabilitation components for ACL injuries include neuromuscular programs (plyometrics, landing training with external focus of attention, control of dynamic knee valgus), significantly reducing the risks of primary and recurrent ACL injuries and improving jump/landing biomechanics [3–4]. After injury and/or reconstruction, rehabilitation should be phased, with monitoring of strength, functional, and psychometric criteria for return to sport (RTS), as reflected in the current Aspetar CPG clinical guidelines [5].

The gold standard for non-surgical management of such patients with gradual ligament healing, as shown by a 2024 systematic review, is that non-surgical treatment can provide comparable results to reconstruction in terms of a number of intermediate endpoints [6]. In addition, prospective data from the cross-bracing protocol demonstrate MRI signs of ligament healing with acceptable clinical outcomes in some patients, which highlights the concept of stimulating biological recovery [7].

In turn, in surgical interventions, meta-analytical and long-term observations show that the use of BTB autografts has a slightly lower incidence of ruptures in young patients, while the use of hamstring tendons is associated with less pain in the anterior knee region; and the use of quadriceps tendon is gaining evidence and becoming a full-fledged alternative [8–10]. Thus, the choice of graft should take into account the level of activity, concomitant injuries (meniscus/cartilage), anthropometry, and occupational loads.

In addition, given the key role of the meniscus in controlling contact loads, surgical intervention should prioritize preservation/repair (where possible), which improves healing rates and reduces the long-term risk of joint cartilage degeneration [11]. This should be taken into account when planning both primary and revision surgery, the scope and indications for which have been systematized by the ESSKA European Consensus. In 2023, it systematized the indications, visualization, tactics of single- or two-stage revisions, graft selection, and management of tunnel mismatch, and indicated that performing the procedure in highly specialized centers is associated with better results [12]. The ESSKA European Consensus also emphasizes the importance of standardized RTS criteria and long-term follow-up of patients after reconstruction/revision [5, 12–14].

Thus, modern approaches to ACL injuries combine biomechanical risk modification, staged rehabilitation with clear RTS criteria, personalized graft selection, and a priority on preserving the meniscus. In carefully selected cases, non-surgical management or ligament healing stimulation protocols are possible. Revision cases require intervention in expert centers and adherence to consensus algorithms [2, 5–7, 12–14].

### References:

1. Martinez-Calderon J., et al. The Incidence of Sport-Related Anterior Cruciate Ligament Injuries: An Overview of Systematic Reviews Including 51 Meta-Analyses. *J Funct Morphol Kinesiol.* 2025;10(2):174. doi: <https://doi.org/10.3390/jfmk10020174>.
2. American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). *Management of Anterior Cruciate Ligament Injuries: Clinical Practice Guideline*. 3<sup>rd</sup> ed. Rosemont (IL): AAOS; 2022.
3. Arumugam A., Björklund M., Mikko S., Häger C. K. Effects of neuromuscular training on knee proprioception in individuals with anterior cruciate

ligament injury: a systematic review and GRADE evidence synthesis. *BMJ Open*. 2021;11(5):e049226. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049226>.

4. Ghaderi M., Letafatkar A., Thomas A. C., Keyhani S. Effects of a neuromuscular training program using external focus attention cues in male athletes with anterior cruciate ligament reconstruction: a randomized clinical trial. *BMC Sports Sci Med Rehabil*. 2021;13(1):49. doi: <https://doi.org/10.1186/s13102-021-00275-3>.

5. Kotsifaki R., et al. Aspetar clinical practice guideline on rehabilitation after anterior cruciate ligament reconstruction. *British Journal of Sports Medicine*. 2023;57(9):500–514. doi: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-106158>.

6. De Jonge R., et al. Nonoperative Treatment as an Option for Isolated Anterior Cruciate Ligament Injury: A Systematic Review and Meta-analysis. *Orthop J Sports Med*. 2024;12(4):23259671241239665. doi: <https://doi.org/10.1177/23259671241239665>.

7. Filbay S. R., et al. Healing of acute anterior cruciate ligament rupture on MRI and outcomes following non-surgical management with the Cross Bracing Protocol. *Br J Sports Med*. 2023;57(23):1490–1497. doi: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2023-106931>.

8. Migliorini F., et al. Bone-patellar Tendon-bone Versus Four Strands Hamstring Grafts for Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. *Muscles, Ligaments and Tendons Journal*. 2020;10(1):78–85. doi: <https://doi.org/10.32098/mltj.01.2020.09>.

9. Gopinath V., et al. Long-term Results of Bone-Patellar Tendon-Bone Versus Hamstring Tendon Autograft for Primary Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Orthopaedic Journal of Sports Medicine*. 2025;13(4). doi: <https://doi.org/10.1177/23259671251330307>.

10. Gambhir N., et al. No Differences in 90-Day Complications and Admissions After Latarjet Procedure for Primary Bone Loss Versus Latarjet Procedure for Failed Arthroscopic Instability Repair. *Arthrosc Sports Med Rehabil*. 2022;4(5):e1647–e1651. doi: <https://doi.org/10.1016/j.asmr.2022.06.010>.

11. Ward B. A., Kowalsky M. S. Treatment of race and ethnicity in shoulder and elbow research: An analysis of the most cited papers on rotator cuff repair. *J Orthop*. 2024;55:86–90. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jor.2024.04.006>.

12. Tischer T., et al. Management of anterior cruciate ligament revision in adults: the 2022 ESSKA consensus part III-indications for different clinical scenarios using the RAND/UCLA appropriateness method. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2023;31(11):4662–4672. doi: <https://doi.org/10.1007/s00167-023-07401-3>.

13. Sell T. C., et al. Anterior Cruciate Ligament Return to Sport after Injury Scale (ACL-RSI) Scores over Time After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: A Systematic Review with Meta-analysis. *Sports Med Open*. 2024;10(1):49. doi: <https://doi.org/10.1186/s40798-024-00712-w>.

14. Gerritsen L. M., et al. Higher healing rate after meniscal repair with concomitant ACL reconstruction for tears located in vascular zone 1 compared to zone 2: a systematic review and meta-analysis. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*. 2022;30(6):1976–1989. doi: <https://doi.org/10.1007/s00167-022-06862-2>.

## Секція 7. ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### ОКРЕМІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО ПЕНСІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

**Мельниченко О.А.<sup>1</sup>, Мартинюк А.В.<sup>2</sup>, Яворовська О.О.<sup>3</sup>**

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

<sup>2</sup>*КНП «ВМБЛ» ВСР, м. Вигода, Україна*

<sup>3</sup>*КНП ХОР «ОКЛ», м. Харків, Україна*

Параметри «пенсійного забезпечення населення фактично є показником соціального і економічного стану країни» [1], також «важливою та необхідною умовою розвитку багатьох галузей/сфер національної економіки» [2]. При цьому йдеться як про соціальний захист найменш захищених верств населення (осіб старечого віку, інвалідів...), так і тих, хто потребує державного соціальної підтримки після належного виконання свого конституційного обов'язку по захисту Вітчизни (передусім, йдеться про військовослужбовців). Означене, зрештою, й обумовлює актуальність даного дослідження.

Українським законодавством нині передбачено «три види пенсій (за вислугу років; по інвалідності; у разі втрати годувальника) для осіб, звільнених з військової служби (передусім, особи з числа військовослужбовців (крім строковиків) рядового, сержантського, старшинського та офіцерського складу), та деяких інших осіб, прирівняних до них» [6].

В умовах мирного часу найбільш затребуваним є пенсійне забезпечення тих, хто присвятив службі у силових структурах держави понад 25 років (щонайменше 12,5 років). При цьому розмір пенсій залежить від грошового забезпечення таких осіб на останній посаді та кількості років вислуги. Водночас, якщо фізичне і психічне здоров'я дозволяє і є бажання, чимало «військових пенсіонерів» продовжують трудову діяльність у «цивільному житті», завдяки чому мають легальний додатковий дохід, який розширює їхні фінансові можливості на тлі насправду помірному (від ₴ 4 тис.) розміру державного пенсійного забезпечення). Специфіка військової служби (навіть у мирний час) є такою, що не виключає імовірність втрати здоров'я (набуття інвалідності) та/чи навіть загибель. При цьому розмір пенсій залежить від грошового забезпечення таких осіб під час проходження служби, групи інвалідності й умов її отримання (зокрема, унаслідок війни). У такий спосіб держава гарантує певний рівень соціальної захищеності не лише військовослужбовців, і членів їхніх родин. Проте і тут має певною мірою «символічний» (від ₴ 5 тис.) розмір пенсій, який є явно недостатнім для гідного життя таких родин. Зрештою варто погодитися, що існуючий «механізм нараховування пенсій військовослужбовцям продовжує бути недосконалим у контексті забезпечення рівності прав усіх отримувачів цієї пенсії» [7].

Задля покращання ситуації у цій царині доречним убачається таке:

– упорядкування процедури адміністрування взаємодії у ланцюгу «військові частини – банківські установи – Державна податкова служба України – Пенсійний фонд України» (щодо нараховування і виплат військовослужбовцям ЗСУ) «забезпечується завдяки використанню застосунку «Дія»» [3];

– адаптація до умов України передового світового досвіду щодо вдосконалення пенсійного забезпечення військовослужбовців, саме: «виплата

одноразова допомога в розмірі трирічного пенсійного забезпечення; продаж на пільгових умовах житлової нерухомості (до 30 % від суми оборудки одноразово або до £ 200 щомісяця за іпотекою) (Великобританія); безкоштовне проживання у житлі публічної власності; істотні знижки на товари/послуги/пальне в спеціалізованих закладах; не обмежувати розмір додаткових трудових доходів» [5]; створення «військового пенсійного фонду (США)» [4].

**Висновки.** Пенсійне забезпечення військовослужбовців має специфічний характер та істотну суспільну значущість. Для покращення ситуації необхідно поширити передовий вітчизняний досвід та адаптувати кращі закордонні практики. Подальші наукові розвідки мають бути сфокусовані на розробці теоретичних положень і практичних рекомендацій, спрямованих на підвищення результативності реалізації публічної політики у цій царині.

#### **Література:**

1. Богач М.М., Рубай О.В., Верзун А.А. Вітчизняна система пенсійного забезпечення – необхідність реформування. *Адаптивне управління: теорія і практика.* (Серія: Економіка). 2020. Вип. 9. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/admthp\\_2020\\_9\\_15](http://nbuv.gov.ua/UJRN/admthp_2020_9_15) (дата звернення: 18.08.2025).

2. Бондаренко Н.В., Улянич Ю.В., Деркач Т.А., Андрусішина Н.В. Система пенсійного забезпечення в Україні. *Збірник наукових праць Уманського національного університету садівництва.* 2023. Вип. 102(2). С. 82–91.

3. Городянська Л. Технологія цифрової адаптації даних грошового та пенсійного забезпечення військовослужбовців Збройних Сил України. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка.* (Серія: *Військово-спеціальні науки*). 2023. Вип. 1. С. 27–31.

4. Зеленко Н., Зеленко В. Пенсійне забезпечення військовослужбовців США: уроки для України. *Галицький економічний вісник.* 2023. № 1. С. 86–91.

5. Мазуренко Л.І. Закордонний досвід пенсійного забезпечення військовослужбовців. *Публічне адміністрування та національна безпека.* 2023. № 1. С. 32–37.

6. Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби, та деяких інших осіб. Закон України від 09 квітня 1992 р. № 2262-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2262-12#Text>. (дата звернення: 28.08.2025).

7. Стецьків М. Щодо проблеми зменшення диспропорції у розмірах пенсій військовослужбовців і прирівняних до них осіб. *Вісник Львівського університету.* (Серія: *Юридична*). 2024. Вип. 78. С. 299–307.

## **СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НА РІВНІ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД**

**Михальчук В.М., Мельник В.М.**

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

Сучасний стан розвитку українського суспільства в умовах війни негативно вплинув на стан його громадського здоров'я. Військова агресія, що триває уже більше трьох років спричинила соціально-економічну та політичну кризи.

Розпочата децентралізація всіх форм управління, яка не пройшла достатнього рівня адаптації, змушена виживати в умовах руйнації багатьох секторів економіки та в тотальному дефіциті коштів.

Створені територіальні громади тільки розпочали розбудовувати свої управлінські структури та оцінювати територіальні й майнові ресурси, але вже довелося відкласти всі ці справи та забезпечувати обороноздатність держави. Ба більше, громади на деяких територіях (окупованих чи прифронтових) змушені були втратити весь свій потенціал і мігрувати вглиб країни або за її межі разом із населенням [1].

У зв'язку з цим найбільш вразливими до негативних змін стали системи охорони здоров'я та соціального захисту, які забезпечували базовий рівень громадського здоров'я територіальних громад із різним соціально-економічним розвитком.

Критично оцінюючи сучасні можливості держави, що забезпечує фронт усім необхідним, населення громад має оцінити всі свої резерви та можливості, аби допомогти тим, хто став вимушеним переселенцем, біженцем, отримав тяжкі поранення чи втратив близьких і рідних. Також допомоги потребують ті, до кого в сім'ю повернулись сини чи доньки, які отримали важкі травми, захищаючи Батьківщину, та потребують додаткової підтримки від суспільства [4].

Громадське здоров'я розглядається як наука та практика попередження та профілактики захворювань, ведення здорового способу життя і зміцнення здоров'я шляхом організованих зусиль всього суспільства. Саме для цього необхідно консолідувати та спрямовувати суспільство за допомогою різних механізмів та інструментів публічного управління на збереження і підвищення рівня громадського здоров'я в тих громадах, які пережили окупацію чи живуть у прифронтових зонах [2].

Незважаючи на військовий стан, органи публічного управління продовжують роботу щодо забезпечення громадського здоров'я. Так, з 1 жовтня 2023 року набув чинності Закон України від 06.09.2022 №2573-IX «Про систему громадського здоров'я». У ньому розроблено механізми створення та функціонування ефективної системи громадського здоров'я в Україні, що сприятимуть зміцненню здоров'я населення, запобіганню хворобам та збільшенню тривалості життя [5].

Саме Законом «Про систему громадського здоров'я» врегульовано суспільні відносини у сфері громадського здоров'я та санітарно-епідемічного благополуччя населення, в тому числі і територіальних громад. Також визначено відповідні права та обов'язки державних органів, органів місцевого самоврядування, юридичних і фізичних осіб у цій сфері, та встановлено правові й організаційні засади здійснення державного нагляду (контролю) у сферах господарської діяльності та щодо ризиків, спричинених військовою агресією, які можуть становити ризик для санітарно-епідемічного благополуччя населення як територіальних громад, так і українського суспільства в цілому [5].

Для забезпечення громадського здоров'я та успішної співпраці між жителями громади та органами публічного управління необхідно: 1) мати тісний контакт і взаємодію з усіма рівнями органів влади та органами місцевого самоврядування; 2) максимально залучати жителів до програм здорового способу життя, профілактики захворювань та епідемій, також до планування розвитку сфери охорони здоров'я та соціального захисту;

3) розробляти та застосовувати механізми громадської участі та місцевої демократії у діяльності органів місцевого самоврядування; 4) мати у громаді логічно утворені старостинські округи та призначених старост, які користуються авторитетом і повагою серед жителів і можуть переконати, що збереження або відновлення здоров'я є не лише особистою справою, й громади в цілому, зацікавлені мати соціально-трудова потенціал для свого розвитку та благополуччя [1].

#### **Література:**

1. Грицко Р. Громадське здоров'я і сімейна медицина об'єднаних територіальних громад. *Актуальні проблеми державного управління*. 2018. № 4 (76), С. 107–111.

2. Дубич К.В., Данилюк К.В. PESTL-аналіз сучасного стану державного управління паліативною та хоспісною допомогою в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2017. № 5. С. 117–125.

3. Кучеров С. І., Радиш Я. Ф. Теоретичні засади дослідження системи публічного управління у сфері громадського здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 13–14. С. 110–116.

4. Кульгінський Є. Пріоритетні напрями державної політики збереження громадського здоров'я України. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2016. Вип. 3. С. 84–91.

5. Про систему громадського здоров'я: Закон України від 06.09.2022 р. № 2573-IX.

## **ЕЛЕМЕНТИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

**Непом'яца Т.С.<sup>1</sup>, Мельниченко О.А.<sup>2</sup>, Макарова В.І.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>КНП ММР «ЦПМСД № 6», м. Миколаїв, Україна

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

Подальший розвиток сфери охорони здоров'я – послідовне збалансоване поліпшення кількісних та якісних параметрів основних підсистем і структурних елементів цієї сфери національної економіки, що передбачає створення сприятливих умов для підтримання на прийнятному рівні здоров'я населення [1] – убагацьється неможливим (щонайменше, проблематичним) без належного ресурсного (зокрема, кадрового) забезпечення. Ба більше, означений процес потребує належного методологічного забезпечення, зокрема виокремлення основних елементів публічного управління у цій царині. Означене, зрештою, й обумовлює актуальність даного дослідження.

Проведені узагальнення публікацій провідних науковців [1–4] і результати власних досліджень дозволили виокремити наступні елементи публічного управління розвитком кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я, які конкретизуються у такому:

– *бачення (візія)* – забезпечення сталого розвитку та оптимального використання висококваліфікованих людських ресурсів для сфери охорони здоров'я, тим самим гарантуючи загальний доступ до якісних медичних послуг, сприяючи здоров'ю (добробуту) населення, також зміцнюючи загальну стійкість національної системи охорони здоров'я;

– *мета* – збалансований розвиток кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я;

– *цїлі* – адаптація системи вищої медичної освіти до викликів сучасної сфери охорони здоров'я; вдосконалення системи підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації кадрів для сфери охорони здоров'я; вдосконалення системи адаптації молодих лікарів і медпрацівників до роботи в закладах сфери охорони здоров'я; оптимізації кадрового забезпечення та усунення критичних дефіцитів; подолання дефіциту і усунення нерівномірного географічного розподілу медичного персоналу за регіонами та спеціалізаціями; покращання умов праці, забезпечення справедливої винагороди та впровадження дієвих стратегій утримання кадрів для зменшення трудової міграції лікарів і медичних працівників; підвищення професійної та соціальної мобільності медичних працівників через безперервну освіту; забезпечення кадрового резерву й сприяння реалізації траєкторій індивідуальних траєкторій кар'єрного розвитку у сфері охорони здоров'я; шанування ветеранів праці сфери охорони здоров'я;

– *рівні* – масштаб впливу публічного управління (глобальний, національний, регіональний, місцевий, локальний);

– *суб'єкти* – уповноважені органи державного управління (передусім, Міністерство охорони здоров'я України, Національна служба здоров'я України, департаменти охорони здоров'я обласних державних/військових адміністрацій) й органи місцевого самоврядування (у межах власних і делегованих компетенцій); професійні, наукові та громадські організації й інші представники громадянського суспільства (зокрема, населення);

– *об'єкти* – заклади вищої освіти медичного профілю; заклади охорони здоров'я; медпрацівники, лікарі, менеджмент сфери охорони здоров'я;

– *функції* – інформаційне і аналітичне забезпечення, контроль та нагляд, мотивація та стимулювання, нормативно-правове регулювання, організація та координація, планування та прогнозування;

– *принципи* – загальні (відповідальності, ефективності/результативності, законності, комплексності, науковості, професіоналізму, раціональності, рівності, системності, справедливості...) й конкретні (пацієнтоцентричності, етики, публічного інтересу...) керівні правила, яких мають дотримуватися учасники цього процесу;

– *методи* – способи (адміністративні, економічні, організаційні, правові, соціальні...) досягнення заздалегідь поставленої мети;

– *засоби* – внутрішні регуляції і структури, державне втручання, етичний контроль і дисциплінарні заходи, контроль та нагляд, нормативно-правове регулювання, розробка та реалізація довгострокових програм, створення спеціальних органів публічної влади тощо), які застосовуються для досягнення затверджених цілей.

Отож, виокремлено наступні елементи публічного управління розвитком кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я: бачення, мета, цілі, рівні, суб'єкти, об'єкти, функції, принципи, методи та засоби. Подальші наукові розвідки мають бути присвячені розробці теоретичних положень і практичних рекомендацій, спрямованих на підвищення результативності публічного управління розвитком кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я.

## Література:

1. Аналіз стану кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я України. URL: <http://www.venu-journal.org/download/2019/2/19-Hutsaliuk.pdf> (дата звернення: 31.07.2025)
2. Державна кадрова політика у сфері охорони здоров'я: теоретичні засади та сучасні тенденції. URL: [https://www.researchgate.net/publication/368003580\\_Derzavna\\_kadrova\\_politika\\_u\\_sferi\\_ohoroni\\_zdorov'a\\_teorētichni\\_zasadi\\_ta\\_sucasni\\_tendencii](https://www.researchgate.net/publication/368003580_Derzavna_kadrova_politika_u_sferi_ohoroni_zdorov'a_teorētichni_zasadi_ta_sucasni_tendencii) (дата звернення: 31.07.2025)
3. Овчарова Ж.М. Необхідність переходу від публічного управління розвитком до публічного реагування на виклики в сфері охорони здоров'я. *Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення*: матеріали VI наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 26 жовтня 2023 р. Харків: Вид-во ХНМУ, 2023. С. 174–176.
4. Публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я. URL: [http://lib-net.com/content/10212\\_ROZDIL\\_PYBLICHNE\\_ADMINISTRUVANNYA\\_Y\\_SFERI\\_OHORONI\\_ZDOROVYA.html](http://lib-net.com/content/10212_ROZDIL_PYBLICHNE_ADMINISTRUVANNYA_Y_SFERI_OHORONI_ZDOROVYA.html) (дата звернення: 31.07.202)

## **ДІЯЛЬНІСТЬ ОРГАНІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В ПІДВИЩЕННІ РІВНЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ**

***Дубич К.В., Данилюк К.В.***

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

Сучасний стан розвитку українського суспільства відбувається в умовах військової агресії Російської Федерації щодо незалежності та суверенітету нашої держави. Міграція населення з окупованих територій та прифронтових зон в глиб країни та за її межі, спричинили серйозні проблеми з забезпечення умов для якісного медичного обслуговування і соціального захисту людей, що опинились в складних життєвих обставинах.

Соціальна політика та органи публічного управління здійснювали свою роботу в умовах воєнного стану щодо максимального забезпечення всім необхідним тих, хто змушений був залишити все і рятуючись від окупації та бомбардувань, приймати ті умови проживання, які могли запропонувати соціальні служби, волонтери і просто громадяни тилкових територій. Всі ці процеси супроводжувались різними адміністративними процедурами, які забезпечували доступ внутрішньо переміщеним особам до всіх необхідних сфер життєзабезпечення і розраховувати на всебічну підтримку від держави, суспільства і міжнародної спільноти, яка створила коаліцію допомоги Україні в протистоянні військовій агресії.

Досліджуючи питання громадського здоров'я населення України в умовах воєнного стану слід зазначити, що 1 жовтня 2022 року набрав чинності Закон України № 2573-IX «Про систему громадського здоров'я», який чітко визначив комплекс механізмів, інструментів та процедур що реалізуються державними закладами, установами та службами з залученням недержавного сектору з їх волонтерськими організаціями, благодійними фондами та міжнародними

донорськими організаціями для зміцнення здоров'я населення України, попередження негативних впливів на стан здоров'я, профілактики захворювань, заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднаних зусиль усього українського суспільства, що і ввійшло в систему громадського здоров'я [5].

Ще в довоєнний період в Україні розпочалась робота щодо підвищення рівня громадського здоров'я, так у листопаді 2016 р. Кабінет Міністрів України схвалив Концепцію розвитку системи громадського здоров'я, в 2018 році в Україні запроваджено принцип збереження здоров'я населення, відповідно до якого, будь які управлінські рішення ухвалюються через призму аналізу їх впливу на громадське здоров'я суспільства України [4].

Сьогодні населення України проходить в затяжному стресі, страхах та переживаннях за долю військовослужбовців, близьких і рідних, нестабільності соціально-економічного розвитку, гуманітарної катастрофи на окупованих територіях Донецької, Луганської, Запорізької та Херсонської областей і загрозах епідемії із-за бруднення територій та високої концентрації в повітрі наслідків від бомбардувань, невивезенням трупів тощо і все це негативно впливає на стан громадського здоров'я суспільства України.

Незважаючи на складність ситуації органи публічного управління продовжують розвивати систему громадського здоров'я, запозичуючи досвід розвинених країн світу, з бюджету виділяться кошти на загальнодержавні та регіональні програми підвищення рівня громадського здоров'я [1].

Аналізуючи парадигму сучасної системи громадського здоров'я, слід зазначити, що вона має вийти з вузьких меж тільки охорони здоров'я, забезпечити децентралізований міжсекторальний підхід, де мають зіграти свою роль всі: органи публічного управління, місцевого самоврядування та громади забезпечуючи його синергію і відповідальність за збереження громадського здоров'я на всіх рівнях [2].

Основними суб'єктами публічного управління в сфері громадського здоров'я визначено: Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я, Міністерство соціальної політики, Центр громадського здоров'я МОЗ України, Державну службу України з питань безпеки харчових продуктів та захисту споживачів, Державну службу зайнятості та інші органи державної влади, які незважаючи на складну роботу в умовах воєнного стану продовжують реалізовувати Закон України № 2573-IX «Про систему громадського здоров'я» [5, 6].

### **Література:**

1. Вороненко Ю. В., Кошова С. П., Михальчук В.М., Радиш Я.Ф. Здоров'я громадян України – важлива складова національної безпеки та потенціалу суверенітету держави. Україна. *Здоров'я нації*. 2021. № 3. С. 5–13.
2. Кучеров С. І., Радиш Я. Ф. Теоретичні засади дослідження системи публічного управління у сфері громадського здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 13–14. С. 110–116.
3. Кульгінський Є. Пріоритетні напрями державної політики збереження громадського здоров'я України. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2016. Вип. 3. С. 84–91.
4. Концепція розвитку системи громадського здоров'я: Розпорядження КМУ від 30.11.2016 р. № 1002-р.
5. Про систему громадського здоров'я: Закон України від 06.09.2022 р. № 2573-IX.
6. Про утворення державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України: наказ МОЗ України від 18.09.2015 р. № 604.

# ЕФЕКТИВНЕ ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ІНФОРМАЦІЙНОЇ БЕЗПЕКИ ЯК ЗАПОРУКА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

**Кушніков В.В.**

*Національний аерокосмічний університет  
«Харківський авіаційний інститут», м. Харків, Україна*

На загальному тлі деформації системи цінностей інформаційна сфера виявилася серцевиною економічних, соціальних, політичних та інших конфліктів у суспільстві. З ряду інформаційних небезпек і загроз, систематизованих щодо сфер життєдіяльності суспільства, слід виділити реальну загрозу «інформаційного розшарування», розквіт комп'ютерної злочинності, потенційну загрозу дегуманізації праці та реальну загрозу техностресу, виробництво нових видів інформаційної зброї, загрозу інформаційного колоніалізму, розвиток різних видів захворювань, загрозу соціальної дезадаптації людини. Так перед людиною розгорнулися всі масштаби проблем інформаційної безпеки – протиріччя між наданими можливостями інформаційних технологій, з одного боку, та негативними ефектами, небезпеками, загрозами їх застосування в деструктивних цілях стосовно особистості, суспільства, держави, – з іншого боку. Внаслідок цього забезпечення безпеки результатів використання інформаційних технологій, усунення інформаційних небезпек та загроз у рамках стратегії інформаційної безпеки стають стратегічною проблемою світової спільноти [1; 2].

Інформаційну безпеку можна представити як стійкий стан інформаційної сфери, що забезпечує свою цілісність та захист об'єктів за наявності несприятливих внутрішніх та зовнішніх впливів на основі усвідомлення соціальними суб'єктами своїх цінностей, потреб (життєво важливих інтересів) та цілей розвитку. Основний зміст поняття «інформаційна безпека» полягає у забезпеченні безпеки інформації; забезпечення безпеки суб'єктів інформаційної взаємодії від негативного інформаційного впливу; у задоволенні інформаційної потреби суб'єктів інформаційної взаємодії за допомогою забезпечення безпечного стану інформаційного середовища.

Інформаційна безпека охоплює такі напрями:

- забезпечення захисту інформаційного простору, що підтримує справедливий розподіл своїх благ та ресурсів;
- сприяння процесу переходу до сталого розвитку загальносвітового інформаційного середовища, що формується;
- забезпечення стану захищеності культурного генофонду людства за умов глобалізації [2; 3].

Справді, на етапі розвитку суспільства ефективне забезпечення інформаційної безпеки дозволяє вирішувати ключові питання практично всіх видів національної безпеки. Інформаційна безпека є важливою складовою системи національної безпеки, і від успішного вирішення питань даної галузі залежить забезпечення глобальної загальносвітової безпеки.

Аксіологічний, гносеологічний та онтологічний аспекти розкривають філософський зміст аналізованого визначення. Зокрема, онтологічний аспект інформаційної безпеки фіксує ситуацію подолання небезпеки, метою якої

є забезпечення цілісності об'єкта та сталого стану інформаційного середовища. Антропологічний аспект поняття виявляє забезпечення безпеки суб'єкта інформаційної взаємодії. Аксиологічна складова поняття «інформаційна безпека» відображає цінності та цілі, що визначають інформаційні потреби суб'єкта. У результаті, уможлиблюється виділення основного системоутворюючого змісту інформаційної безпеки та визначення її як цілісного соціального феномену об'єктивного розвитку сучасного соціуму, спрямованого на сприяння гармонійному розвитку інформаційного суспільства [1–3].

**Висновок.** Інформаційна безпека є фундаментальною та системоутворюючою складовою як національної, так і глобальної безпеки, критично важливою для вирішення ключових питань у сучасному суспільстві.

#### **Література:**

1. Панченко О. А. Інформаційна безпека в епоху турбулентності: державно-управлінський аспект. Київ : КВЦ, 2020. 331 с.
2. Ситник Г. П., Клименко Н. Г., Гореліков І. О. Державна політика забезпечення інформаційної безпеки та кібербезпеки, як її складової: проблеми та шляхи їх вирішення. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2024. № 5. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur\\_2024\\_5\\_6](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2024_5_6).
3. Сілаєв В., Горінов П. Політика інформаційної безпеки в умовах цифрової трансформації України: виклики та шляхи попередження. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Політичні науки та публічне управління*. 2024. № 3(75). С. 81–87.

## **ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В СИСТЕМУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПУБЛІЧНО-УПРАВЛІНСЬКИЙ АСПЕКТ**

**Поступна О.В.**

*Державний університет економіки і технологій, м. Кривий Ріг, Україна*

В сучасному світі, що динамічно змінюється під впливом технологічного прогресу, сфера охорони здоров'я постає перед необхідністю кардинальних трансформацій. Інноваційні технології, такі як телемедицина, системи електронного документообігу та штучний інтелект (далі – ШІ), пропонують безпрецедентні можливості для підвищення ефективності, доступності та якості медичних послуг. Однак їхнє успішне впровадження залежить не лише від наявності самих технологій, й від ефективного публічно-управлінського супроводу.

Безперечно, ключову роль у формуванні законодавчої бази, розробці стратегій, виділенні ресурсів та координації зусиль всіх зацікавлених сторін на національному рівні відіграє державне управління [1]. Недостатня увага до цих аспектів може призвести до фрагментації та неефективності впровадження політики, що, своєю чергою, нівелює всі потенційні переваги.

Отже, актуальність даної теми полягає не лише в необхідності дослідження технічних аспектів, саме в публічно-управлінських викликах та можливостях, пов'язаних з інтеграцією інноваційних технологій в українську систему охорони здоров'я.

Прямим наслідком цього є усвідомлення, що успішна цифрова трансформація системи охорони здоров'я неможлива без міцного правового фундаменту. Публічно-управлінський аспект тут полягає у розробці та імplementації державних політик, які створюють сприятливі умови для інновацій. Це включає в себе такі ключові елементи, як:

– *стратегічне планування*. Держава повинна мати чітку, довгострокову стратегію цифровізації, яка визначає її цілі, пріоритети та етапи реалізації (зокрема, у Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року [3] передбачено цифровізацію галузевих та управлінських процесів, забезпечення розвитку цифрових компетентностей медичних працівників. Однак, є потреба в розробці стратегії розвитку електронної системи охорони здоров'я в Україні, яка б передбачала повний перехід на електронний документообіг, впровадження телемедичних платформ та використання Big Data для епідеміологічного аналізу);

– *законодавче регулювання*. Враховуючи, що законодавство України у сфері охорони здоров'я є комплексним і поширюється на різні галузі права (такі як цивільне, адміністративне, фінансове, кримінальне та процесуальне право) [2], виникає потреба в подальшій модернізації. Саме тому необхідно розробити та ухвалити закони, які легалізують і стандартизують використання нових технологій. Це передбачає регулювання статусу електронних медичних карт, юридичної сили електронних рецептів, також визначення стандартів для телемедичних консультацій. Важливим кроком є також узгодження українського законодавства з міжнародними нормами, зокрема з європейським Регламентом про захист персональних даних (GDPR) [4], щоб забезпечити безпеку медичної інформації;

– *державні стандарти та протоколи*. Публічне управління має розробити єдині технічні стандарти, щоб різні медичні інформаційні системи могли безперешкодно взаємодіяти між собою. Це дозволить уникнути фрагментації даних, коли інформація про пацієнта є розрізною і знаходиться у різних медичних закладах, що ускладнює надання комплексної допомоги;

– *прозорість та боротьба з корупцією*. Правова база повинна забезпечувати прозорість державних закупівель медичного обладнання та ІТ-рішень, що допомагає запобігти корупційним ризикам та забезпечує раціональне використання бюджетних коштів, спрямованих на цифровізацію.

Варто зауважити, що без належного нормативно-правового забезпечення будь-яке впровадження інновацій буде мати хаотичний характер, створюватиме юридичні ризики для медичних працівників та пацієнтів, також гальмуватиме розвиток сучасної системи охорони здоров'я.

Ключовим елементом у контексті інновацій в медицині є фінансово-економічне управління, що виходить за межі простої закупівлі обладнання. Його ефективність залежить від раціонального використання коштів та створення сприятливих умов для всіх учасників ринку. Для досягнення цієї мети важливо використовувати різні джерела фінансування, які можуть бути об'єднані для синергетичного ефекту. До таких джерел належать:

– державне фінансування – це бюджетні кошти, спрямовані на національні цільові програми (наприклад, програми з онкології чи кардіології). Важливо, щоб ці програми мали чіткі індикатори ефективності;

– грантові та міжнародні фонди – залучення коштів від міжнародних організацій (наприклад, Світового банку, ВООЗ) або благодійних фондів – це не лише фінансовий ресурс, й можливість отримати доступ до міжнародного досвіду та технологій;

– приватні інвестиції – заохочення бізнесу інвестувати в медичні інновації, може бути реалізовано через податкові пільги, державні гарантії або механізми державно-приватного партнерства (далі – ДПП);

– ДПП – укладання договорів між державою та приватними компаніями для реалізації великих інфраструктурних проєктів (наприклад, будівництво високотехнологічних клінік або створення діагностичних центрів).

Слід зазначити, що наявність фінансування – це лише половина справи. Не менш важливим є раціональне використання коштів. Ефективне управління фінансами включає:

– *оцінку та пріоритизацію* – кошти мають спрямовуватися на ті проєкти, які мають найбільший потенціал для покращення медичних послуг (наприклад, проєкти з розвитку телемедицини у сільських регіонах);

– *інвестиції в людський капітал* – окрім придбання обладнання, важливо фінансувати навчання лікарів, медсестер та іншого персоналу, щоб вони могли ефективно використовувати нові технології;

– *підтримку стартанів* – створення інкубаторів та акселераторів, що надають початкове фінансування та менторську підтримку інноваційним медичним проєктам.

Окрім ефективного використання державних та грантових коштів, ключовим завданням є залучення приватного капіталу. Для цього держава має створити сприятливі умови, тому наступним важливим аспектом є стимули для приватного сектору. Для залучення приватних інвестицій держава може використовувати такі механізми, як:

– податкові пільги – зниження податкового навантаження на компанії, які інвестують в наукові дослідження та розробки в сфері медицини;

– гарантії та субсидії – надання державних гарантії по кредитах для інноваційних проєктів, що знижує ризики для інвесторів;

– чіткі правила гри – створення прозорої та передбачуваної законодавчої бази, яка стимулюватиме бізнес вкладати кошти в довгострокові інноваційні проєкти.

Підсумовуючи слід наголосити, що успішне впровадження інноваційних технологій в українську систему охорони здоров'я залежить від комплексного підходу, який охоплює як правові, так і фінансово-економічні аспекти. Без належного нормативно-правового забезпечення та раціонального управління фінансами будь-яке впровадження інновацій буде мати хаотичний характер та не принесе очікуваних результатів. Тож, безперечно, впровадження інноваційних технологій в систему охорони здоров'я України є життєво необхідним для підвищення її ефективності, якості та доступності. Проте, цей процес є багатоаспектним і залежить не лише від наявності самих технологій, й від ефективного публічно-управлінського супроводу.

### **Література:**

1. Бульба В. Г., Поступна О. В. Роль публічного управління в синергії взаємодії громадянської ідентичності та охорони здоров'я: український контекст та теоретико-методологічні засади. *Вісник Національного технічного університету «ХПІ»*. Серія: *Актуальні проблеми розвитку українського суспільства* : зб. наук. пр. / Нац. техн. ун-т «Харк. політехн. ін-т». Харків: НТУ «ХПІ», 2025. № 1. С. 34-40. URL: <http://aprus.khpi.edu.ua/article/view/336931>.

2. Демченко І. С. Класифікація законодавства у сфері охорони здоров'я. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: юридичні науки*. 2019. Т. 30 (69), № 6. С. 7–13. URL: [https://www.juris.vernadskyjournals.in.ua/journals/2019/6\\_2019/4.pdf](https://www.juris.vernadskyjournals.in.ua/journals/2019/6_2019/4.pdf).

3. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках : розпорядження Кабінету Міністрів України від 17 січня 2025 р. № 34-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80>.

## МЕРЕЖА ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

**Волченко І.В.<sup>1</sup>, Редько А.О.<sup>2</sup>, Лобойко К.М.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>ДЗОЗ ХОВА, м. Харків, Україна

<sup>2</sup>КНП ХОР «ОЦМСЗСЖІАД», м. Харків, Україна

<sup>3</sup>КНП ХОР «ОКЛ», м. Харків, Україна

Попри серйозні виклики, що спричинені повномасштабною військовою агресією РФ (зокрема, поглиблення дефіциту кадрового ресурсу та постійного ризику для життя і здоров'я медичних працівників), система охорони здоров'я України не просто вистояла, й продовжує вдосконалюватись у межах чинної медичної реформи щодня у пошуках нової моделі «виживання» й, за можливості, відбудови та розбудови сфери охорони здоров'я. При цьому слід відмітити наявність певних регіональних відмінностей стану цієї сфери, що, окрім іншого, обумовлено статусом території (окуповані, деокуповані, лінії активних бойових дій, прифронтові, «тилові»). У зв'язку з цим значний інтерес викликає саме Харківська область, де наявні заклади охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) розміщено в населених пунктах з усіма видами цих статусів. Ба більше, завдяки розвиненій освітній та технічній базі, науковому потенціалу, героїзму медичних працівників і міжнародній підтримці й, безумовно, забезпечується якісна та своєчасна медична допомога населенню регіону. Основними її надавачами є ЗОЗ, які об'єднано у спроможні мережі у межах відповідних госпітальних округів. При цьому наявність і розвиненість мереж ЗОЗ є визначальними передумовами доступу населення до якісних медичних послуг. Усе це, зрештою, й обумовлює актуальність даного дослідження.

Передусім слід зазначити, що як у «мирні часи», так і в умовах правового режиму «воєнний стан», КНП ХОР «Обласний центр медичної статистики, здорового способу життя та інформаційно-аналітичної діяльності» у співпраці з Головним управлінням статистики у Харківській області, Департаментом охорони здоров'я Харківської військової адміністрації й іншими органами публічної влади докладають чимало зусиль для збору, обробки та аналізу інформації про стан мережі ЗОЗ Харківської області.

Упродовж останні роки ця мережа постійно скорочувалася: 204 (2021 р.), 202 (2022 р.), 183 (2023р.), 177 (2024 р.) комунальних некомерційних підприємств (далі – КНП), зокрема: 45 закладів обласного підпорядкування; 27 лікарень, розташованих в районах області (з них тимчасово не працює КНП «Дворічанська районна лікарня»); 42 амбулаторно-поліклінічних ЗОЗ в районах області (з них тимчасово не працює КНП ЦПМСД Дворічанської селищної ради

Куп'янського району Харківської області); 63 ЗОЗ, підпорядковані Харківській міській раді. Постійно триває робота з оптимізації мережі КНП, що перебувають у спільній власності територіальних громад сіл, селищ, міст області, відповідно до рішень сесії Харківської обласної ради. У межах чинного законодавства у 2025 р. продовжуються заходи з реорганізації по 15 (з 45) ЗОЗ обласного підпорядкування та 15 (з 63) ЗОЗ, що перебувають у власності Харківської міської ради, створюється 5 самостійних Центрів ПМСД, які були структурними підрозділами лікарень.

Упродовж майже 8 місяців 2022 р. під окупацією перебувало 23 ЗОЗ (зокрема 4 ЗОЗ обласного підпорядкування та 3 структурних підрозділи КНП ХОР «Обласний протитуберкульозний диспансер № 1»; 8 лікарень та територіально-медичних об'єднань у районах області; 11 закладів амбулаторної допомоги та пункт здоров'я с. Макарове КНП «ЦПМД» Золочівської селищної ради). За оперативними даними під час проведення активних бойових дій на території Харківської області було пошкоджено або зруйновано 435 об'єктів охорони здоров'я (це ЗОЗ або окремі структурні підрозділи ЗОЗ різних форм власності та рівнів підпорядкування). На початок 2025 р. із 177 ЗОЗ тимчасово переміщено до регіонів України та інших держав 5 ЗОЗ, і 172 ЗОЗ розташовано на території Харківської області, що підконтрольна Україні (деякі з них повністю/частково зруйновані, відсутні зв'язок та інтернет, проводиться розмінування території) [1].

У контексті чинної медичної реформи сформовано спроможну мережу госпітального округу Харківської області зі складу 2 надкластерних лікарень, 5 центрів (кардіологічний, психічного здоров'я, інфекційних захворювань, онкології, перинатальний), 15 кластерних лікарень, 21 загальної лікарні.

Отож, у Харківській області наявна розвинена мережа ЗОЗ, достатня для забезпечення належної доступності населення до якісних медичних послуг на «тилових», але через повномасштабне військове вторгнення це частково та/чи повністю унеможливлено на прифронтових територіях і лінії активних бойових дій. Подальші наукові розвідки мають бути присвячені розробці теоретичних положень і практичних рекомендацій, спрямованих на підвищення результативності публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я.

#### **Література:**

1. Основні показники здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я Харківської області за 2023–2024 рр. Харків, 2025. 476 с.

## **РЕАЛІЗАЦІЯ КОНЦЕПЦІЇ СТАЛОГО РОЗВИТКУ В ПУБЛІЧНОМУ УПРАВЛІННІ: АКТУАЛЬНІ ЧИННИКИ ВПЛИВУ**

**Голованова Г.Є.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Адекватне сучасним реаліям та ефективне публічне управління відіграє надзвичайно важливу роль у забезпеченні сталого розвитку соціально-економічної системи. Управління стратегічним сталим розвитком територій в сучасних умовах має особливу роль і значення. Україна закріпила на законодавчому рівні цілі сталого розвитку і, таким чином, долучилася

до глобального руху усвідомленого і відповідального суспільства. Нині при формуванні і реалізації державної політики задіяний принцип необхідності досягнення цілей сталого розвитку.

Завдання та індикатори досягнення цілей сталого розвитку в Україні на період до 2030 року передбачають 17 цілей, кожна з яких має координатора та співвиконавців - відповідні центральні та місцеві органи виконавчої влади [1]. Для досягнення кожної позиції сформовані завдання та конкретні планово-цільові показники. Слід зазначити, що завершеність та повнота практичної реалізації даного документу неможлива без злагодженої синхронної роботи абсолютно всіх зазначених інституцій.

Поряд із концепцією сталого розвитку часто згадується концепція ESG [2]. Концепція ESG об'єднує сфери Environmental, Social, Governance. Конкретного уніфікованого визначення цього терміну ще немає. Відтак, ESG можна охарактеризувати:

- як самостійну концепцію, що полягає в оцінці діяльності організації за трьома напрямками ESG-факторів (довкілля, соціальна сфера та управління), та згідно з ESG-критеріями;
- враховуючи ESG-принципи – основоположні засади функціонування ESG-концепції;
- через визначення ESG-ризиків в діяльності організації.

ESG-фактори розкривають три основні складові сталого розвитку – довкілля, суспільство, корпоративне управління. Однак, єдине визначення та перелік ESG-факторів відсутні, що ускладнює їх послідовне розуміння та управління ними [2]. За даними Звіту European Banking Authority, організації загалом покладаються на різні міжнародні системи та стандарти факторів ESG, серед яких можна згрупувати наступні [3]:

1) Environmental (Довкілля): споживання ресурсів (енергії, води тощо); шкідливі викиди (в атмосферу, забруднення води); утворення та поводження з відходами, стічними водами; захист біорізноманіття; дослідження та розробки у сфері низьковуглецевих та інших екологічних технологій.

2) Social (Соціальна сфера): якість та інновації у відносинах з клієнтами, права споживачів на інформацію про екологічні питання; права людини; діяльність у сфері праці (управління людськими ресурсами, відносини з працівниками, питання різноманітності, гендерної рівності, охорони здоров'я та безпеки робочих місць); доступ до кредитів та фінансування; безпека персональних даних.

3) Governance (Управління): правила або принципи, що визначають права, обов'язки та очікування між різними стейкхолдерами в управлінні організацією; винагорода вищого керівництва; незалежність ради директорів (виконавчого органу), її склад та структура; права акціонерів (власників частки статутного капіталу); внутрішній аудит; компенсації; хабарництво та корупція; добросесність у корпоративній поведінці/рамкові умови поведінки [2].

Отже, ESG-фактори є нефінансовими критеріями діяльності організації в екологічній, соціальній або управлінській сфері, що ведуть за собою позитивний або негативний вплив на фінансові показники.

В умовах повномасштабної війни в Україні завдання втілення концепції сталого розвитку набирає гостроти та переповнюється викликами: людські втрати, руйнування соціальної інфраструктури, переміщення населення, зростання рівня

бідності та соціальної вразливості. Поряд із тим виникає потреба у перегляді та доповненні підходів до соціального захисту, розширенні державної підтримки та залученні міжнародної допомоги через публічне управління.

Питання забезпечення сталого розвитку є стратегічним і вимагає синергії економічних, екологічних, соціальних та інституційних компонентів. Реалізація концепції сталого розвитку має бути відображена у діяльності галузевих установ та організацій різних форм власності.

#### **Література:**

1. Завдання та індикатори досягнення цілей сталого розвитку в Україні на період до 2030 року. URL: <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/sites/1/ind.80/bookmtd-goalsalbum110pagesok-3.pdf>

2. ESG як інструмент досягнення сталого розвитку та стратегічних цілей бізнесу. URL: <https://sk.ua/uk/esg-jak-instrument-dosjagnennja-stalogo-rozvitku-ta-strategichnih-cilej-biznesu/>

3. European Banking Authority. Risk and data analysis. URL: <https://www.eba.europa.eu/homepagehttps://www.eba.europa.eu/homepage>

4. Бурик З. Сучасні виклики реалізації соціальної політики в умовах війни та післявоєнного відновлення та в контексті сталого розвитку. *Аспекти публічного управління*. 2025. № 13(2). С. 33-43. URL: <https://doi.org/10.15421/152518>

5. Публічне управління для сталого розвитку: виклики та перспективи на національному та місцевому рівнях: збірник матеріалів IV Міжнародної науково-практичної конференції. 27-28-травня 2021 р. Маріуполь (Україна). Маріуполь-Київ: ПП Халіков Р.Р., 2021. 274 с.

6. Турило А. А. Соціальна відповідальність та сталий розвиток як підґрунтя сучасної соціальної політики / А. А. Турило, С. В. Архипенко, Л. А. Буркова // *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 10. С. 109–114. URL: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2023.10.109>

## **ОПТИМІЗАЦІЯ ПРАВОВОГО МЕХАНІЗМУ УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ ПОШИРЕННЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ В КОНТЕКСТІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

***Михайленко М.М.***

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

Вирішення проблеми вдосконалення державної політики щодо збереження здоров'я нації, що є однією з найбільших суспільних цінностей, є необхідною умовою для соціально-економічного розвитку України [1, с. 223]. Сучасні виклики у сфері охорони здоров'я, зокрема щодо забезпечення епідемічного благополуччя та протидії спалахам, епідеміям та пандеміям інфекційних хвороб, вимагають не тільки своєчасного проведення аналізу поточних ризиків, й здебільшого прогнозування вірогідності їх виникнення та поширення в умовах швидко змінюваного епідемічного середовища, що потребує актуалізації законодавства, яке відповідатиме міжнародним стандартам і рекомендаціям та забезпечить підтримку державної політики у зазначеній сфері.

Насамперед доцільно зауважити, що дієвим засобом управління щодо запобігання розповсюдженню інфекційних хвороб є обов'язкові попередні (до прийняття на роботу) та періодичні профілактичні медичні огляди працівників окремих професій, виробництв та організацій, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення і може призвести до поширення інфекційних хвороб. Водночас потрібно зазначити, що перелік професій, виробництв та організацій працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам (далі – Перелік) та порядок проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів та видачі особистих медичних книжок були затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 23.05.2001 року № 559 «Про затвердження переліку професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам, порядку проведення цих оглядів та видачі особистих медичних книжок» [3], механізм та правила проведення медичних оглядів цих категорій працівників – наказом Міністерства охорони здоров'я України № 280 ще від 23.07.2002 року «Щодо організації проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів працівників окремих професій, виробництв і організацій, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення і може призвести до поширення інфекційних хвороб» (далі – наказ № 280) [5]. Це пояснюється тим, що на той час зазначене питання було врегульовано лише Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб»(на підставі норм статті 21).

Наразі із введенням в дію 01.10.2023 року нового базового Закону України «Про систему громадського здоров'я» (далі – Закон) [4], який визначає правові та організаційні, засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні та впроваджує систему профілактики інфекційних хвороб, механізм епідеміологічного нагляду, готовності реагування на ймовірні спалахи інфекційних захворювань та систему епідеміологічної безпеки, виникла необхідність внесення суттєвих змін до вищезазначеного наказу № 280 з метою забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення і запобігання поширенню інфекційних хвороб.

Зазначені в цьому Законі аспекти державного регулювання профілактики інфекційних хвороб наразі були відображені в змінах до існуючих чинних Правил організації проведення обов'язкових профілактичних медоглядів працівників окремих професій, виробництв і організацій, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення і може призвести до поширення інфекційних хвороб, та впроваджені наказом МОЗ № 1925 від 08.11.2023 року «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23 липня 2002 року № 280» із змінами, внесеними згідно з наказом МОЗ № 2002 від 24.11.2023 року (дата набрання чинності 01 жовтня 2024 року) [2]. Насамперед зміни торкнулись запровадження таких переліків виробництв, професій та організацій, до роботи в яких не можуть бути допущені невакциновані особи або особи, хворі на визначені інфекційні хвороби. Тож, в цьому аспекті наказом [2] затверджуються наступні новації, зокрема:

– перелік виробництв, професій та організацій, до роботи в яких не можуть бути допущені особи, хворі на інфекційні хвороби, які є носіями збудників інфекційних хвороб, за умови, що такі особи становлять загрозу для здоров'я інших осіб;

– перелік виробництв, професій, організацій, до роботи в яких не можуть бути допущені особи, яким не зроблено щеплення проти визначених інфекційних хвороб, що підкреслює важливість вакцинації як найефективнішого засобу специфічної профілактики інфекційних хвороб. У разі відсутності у особи даних щодо проведених щеплень відповідно до вищезазначеного переліку, «такій особі пропонується пройти курс профілактичних щеплень, необхідний для створення базового імунітету проти певних інфекційних хвороб (первинний вакцинальний комплекс)» [2]. Тож закономірно, що залучення роботодавців для забезпечення здійснення обов'язкових профілактичних щеплень сприятиме уникненню зниження продуктивності праці суб'єктів господарювання через зміцнення стану здоров'я працівників шляхом підвищення їх стійкості до інфекційних хвороб через вакцинацію.

Перелік необхідних обстежень для проведення обов'язкових медичних оглядів доповнено обов'язковими лабораторними та інструментальними дослідженнями і фізикальними (клінічними) обстеженнями лікарями-спеціалістами. Враховуючи, що деякі сфери діяльності працівників, які проходять медичний огляд, пов'язані зі щоденним безпосереднім контактом з людьми, до необхідних лікарів-спеціалістів додано лікаря-психіатра.

Незаперечним фактом залишається те, що «попередньому (при прийнятті на роботу та періодичному профілактичному медичному оглядам) підлягають працівники професій, визначених незмінним Переліком, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 23 травня 2001 року № 559» [3].

Проте, вартим уваги є нові підстави для проведення позачергових медичних оглядів, зокрема: «в межах проведеного епідеміологічного розслідування; за результатами проведеної центром контролю та профілактики хвороб відповідної адміністративно-територіальної одиниці оцінки ризиків для здоров'я та санітарно-епідеміологічного благополуччя населення регіону» [2].

Слід зазначити, що документом [2] запроваджується ще одна новація: забезпечення надавачами послуг з проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів працівників окремих професій, виробництв та організацій, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення і може призвести до поширення інфекційних хвороб, збереження інформації та ведення єдиної електронної системи обліку результатів цих оглядів шляхом внесення медичних записів про результати до електронної системи охорони здоров'я.

**Висновки.** Інфекційні хвороби, незважаючи на досягнення сучасної медичної науки, залишаються як для світової спільноти, так і для України, не тільки медичною, й соціальною та економічною проблемою. Впровадження ефективних механізмів правового регулювання сфери захисту населення від інфекційних хвороб дозволить зменшити витрати держави та громадян на лікування та подолання наслідків інфекційних хвороб.

#### **Література:**

1. Полковнікова Н. О. Державна політика України щодо збереження здоров'я нації: нормативний аспект. *Право та державне управління*. 2019 р., № 3 (36) том 2. С. 219-225. DOI <https://doi.org/10.32840/pdu.3-2.34>

2. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23 липня 2002 року № 280: наказ Міністерства охорони здоров'я України № 1925 від 08.11.2023 р. із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України № 2002 від 24.11.2023 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/z2012-23#n29>

3. Про затвердження переліку професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам, порядку проведення цих оглядів та видачі особистих медичних книжок: постанова Кабінету Міністрів України № 559 від 23.05.2001 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/559-2001-%D0%BF#Text>

4. Про систему громадського здоров'я: Закон України № 2573-IX від 06.09.2022 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/2573-20#n202>

5. Щодо організації проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів працівників окремих професій, виробництв і організацій, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення і може призвести до поширення інфекційних хвороб: наказ Міністерства охорони здоров'я України № 280 від 23.07.2002 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0639-02/ed20241001#n17>

## **TRANSFORMATION OF THE PRIVATE MEDICAL SERVICES MARKET IN UKRAINE UNDER CONDITIONS OF A FULL-SCALE INVASION**

***Martynenko N.M., Louai Asaad***

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

The full-scale military aggression of the Russian Federation, which began in February 2022, has caused an unprecedented crisis for the entire healthcare system of Ukraine. The enemy's systematic and deliberate attacks on civilian infrastructure have led to large-scale destruction, which is one of the key challenges. According to the Ministry of Health, in the three years of the full-scale war, 1,984 healthcare facilities were damaged and another 301 were completely destroyed. Considering that at the end of 2021, there were about 3,000 healthcare facilities in the country, the scale of these losses is existential for the industry, disrupting access to medical services, especially in frontline regions.

The scale of the destruction and the critical needs for reconstruction place a colossal financial burden on the state budget. Since the beginning of the invasion, all of Ukraine's internal budgetary resources have been reoriented towards defense needs: about 60 % of the budget is directed to security and defense, while almost 40 % is for social expenditures, including healthcare. Under such priorities, the government is forced to rely heavily on the support of international partners to finance social spheres. The total needs for the recovery and reconstruction of the healthcare sector for the next ten years are estimated at \$19.4 billion, which accounts for 4 % of the total amount needed to rebuild the country. This financial imbalance, where internal resources are extremely limited, changes the logic of industry financing and opens up new opportunities for attracting non-state actors, particularly the private sector.

Before the full-scale invasion, the private medical sector in Ukraine was a dynamic but peripheral player. Its business model was mainly based on providing paid services to patients with middle and high incomes, and the concentration of facilities was observed in large cities. The war has fundamentally changed the market conditions, which necessitates a comprehensive analysis. This report aims to analyze the key

transformations that have occurred in the private medical services market in Ukraine based on the analysis of official reports, media publications, and scientific materials. The main focus will be on changes in business models, labor market challenges, the emergence of new market opportunities, and the role of public-private partnerships.

With the start of the full-scale invasion, the business models of private medical facilities underwent significant changes due to a sharp drop in solvent demand. A significant number of potential clients, who formed the basis of commercial clinics' revenue, were forced to evacuate within the country or abroad, which led to significant financial losses. In these conditions, medical networks were forced to quickly adapt, changing their operational and financial strategies.

A prime example of such adaptation is the case of the «Dobrobot» medical network. According to publications, with the beginning of the war, the company lost most of its revenue, which forced it to switch from a purely commercial model to a hybrid one that combines commercial and social initiatives. The network began providing free medical services to victims, and the main source of funding for these projects became charitable organizations and international funds. This strategy not only ensured the survival of the business, allowing it to retain its key team, but also strengthened its social role, positioning the company as an important player in the country's recovery. This example demonstrates that in a deep crisis, large private players can use their capacity as social infrastructure, attracting external grant funding and becoming part of the national response system.

Beyond the «Dobrobot» case, other private facilities also integrated elements of social responsibility into their business strategies. For instance, the «Oxford Medical» medical center provides free primary consultations and significant discounts on other services for military personnel and their families. Similarly, other private clinics specializing in rehabilitation offer free sessions for soldiers with severe injuries. These actions are not only a manifestation of social responsibility but also a strategic move. Providing preferential services to military personnel and their families builds a loyal client base that can become the foundation for a stable patient flow after the war. Moreover, in conditions of unstable commercial demand, such social projects ensure minimal clinic occupancy, helping to retain qualified staff.

Unlike large networks, small clinics found themselves in a more vulnerable position. Medical market experts predict that a significant portion of small private facilities will not be able to withstand the financial burden and may close permanently. This situation demonstrates how the crisis acts as a catalyst for market consolidation. Large players, with greater financial and human resources, have proven to be more resilient to the shock and have better opportunities for adaptation, while smaller entities face the risk of complete cessation of operations. It is expected that in the post-war period, this will lead to a decrease in the number of small players and a strengthening of the dominant position of large networks, which may affect competition and pricing policy in the market.

One of the most significant challenges facing the private sector is the outflow of qualified medical personnel. The war provoked internal and external migration of healthcare workers, which exacerbated the pre-existing shortage of specialists. For example, in the «Dobrobot» medical network, more than 10 % of employees who left at the beginning of the invasion have not returned. Similar trends are observed in other facilities. This significant outflow of staff, especially young professionals, creates a long-term «brain drain» and is a potential threat to the post-war recovery of the healthcare system.

The overall shortage of healthcare workers existed even before the war. According to data, in one of the regions, the shortage of specialists is 1,266 doctors. The war has only deepened this problem, as both public and private healthcare facilities are forced to compete for limited resources. This leads to an increase in personnel costs in the private sector and limits the ability to expand the range of services, especially high-tech ones.

The growing demand for certain services, particularly for psychological assistance, has created additional challenges. The full-scale war has sharply increased the need for psychological support, and it is estimated that by the end of the war, approximately 15 million people will require psychological assistance. This growing demand leads to the appearance of unqualified «pseudo-psychologists» on the market. This poses a serious threat to the health and safety of patients, as their services may not only fail to help but may also cause even more harm. This situation highlights the need to improve licensing and certification mechanisms to protect patients and support bona fide private clinics that provide high-quality services in accordance with approved standards.

Despite significant challenges, the war has also opened up new opportunities for the private medical services market, especially in segments related to treating the consequences of combat. There has been a rapid increase in demand for psychological and rehabilitation services. It is estimated that one in five people in the combat zone has a mental disorder, and the prevalence of PTSD in 2023 increased fourfold compared to 2021. This market segment is long-term, which provides private clinics with the prospect of stable income, unlike the unstable commercial demand of peacetime. This makes areas like mental health and rehabilitation an ideal basis for the development of public-private partnerships (PPPs).

In the context of limited state budget, the Government of Ukraine considers PPPs a key mechanism for attracting investment in the reconstruction of medical infrastructure. Attracting private capital allows for the diversification of funding sources and a reduction of the burden on the state budget. Cooperation with international financial organizations, such as the World Bank and the EBRD, is part of this strategy, while the division of roles between the organizations avoids duplication of efforts and ensures the alignment of aid with the country's strategic priorities.

This new model of interaction between the state and the private sector is a significant change. If earlier PPPs in healthcare were more declarative, now they are becoming a practical tool for financing and reconstruction. Efforts are also being made to harmonize Ukrainian PPP concepts with international standards. This is a critical step, as such harmonization increases the trust of foreign investors and international financial organizations, who are willing to act as guarantors and investors in reconstruction projects. This opens the way for attracting billions of dollars in investments needed to rebuild the industry.

The conducted study is based on the analysis of available public sources, such as official reports of state institutions, media publications, and scientific articles. Official sources, including the reports of the National Health Service of Ukraine (NHSU) and the Center for Public Health (CPH), contain generalized information that includes data from private facilities. However, attempts to obtain detailed quantitative indicators, for example, on the dynamics of financial flows in the market, the number of healthcare workers in the private sector, or the volume of services provided, are met with the absence or inaccessibility of this data. For example, when trying to obtain data from CPH reports, access to some files is limited or the information is missing.

This situation creates a significant methodological limitation for conducting a full-fledged quantitative analysis. Our conclusions must be based primarily on qualitative data, expert assessments, and individual business cases. Although media materials and interviews with business representatives provide valuable data illustrating adaptation strategies (e.g., the «Dobrobut» case), these publications are selective, reflect only a part of the situation, and can be subjective, focusing on large market players. This is a key methodological problem that should be considered when formulating conclusions, as the lack of transparent, detailed data hinders the conduct of deep scientific research of the market.

Overall, the private medical services market in Ukraine has gone through a path from a deep crisis to a stage of adaptation and a search for new opportunities. This transformation includes changing business models from purely commercial to hybrid ones with an enhanced social component, integration into the state system through public-private partnership mechanisms, and a shift in priorities to providing services in new, critically important segments, such as psychological and rehabilitation assistance.

The future prospects for the market are encouraging, but they are accompanied by significant risks. On the one hand, the market is expected to grow due to the long-term demand for rehabilitation and mental health services. The development of public-private partnerships and the harmonization of standards with international requirements open the way for attracting international investments, which will strengthen the role of the private sector in the country's recovery. On the other hand, the long-term shortage of qualified personnel, unfair competition from unregulated players, and dependence on external funding pose significant risks to the sustainable development of the industry.

For further scientific analysis and effective market management, it is necessary to overcome the existing data gaps. It is recommended to create transparent and accessible databases for market monitoring, including detailed financial indicators and data on staff migration. This will allow for a full-fledged quantitative and qualitative analysis of the long-term consequences of the full-scale invasion on the private medical services market, which is a necessary condition for developing an effective state policy in the field of healthcare.

#### **References:**

1. <https://moz.gov.ua/uk/tri-roki-povnomasshtabnoyi-vijni-u-cifrah-rosiyani-poshkodili-1984-ta-zrujnuvali-she-301-ob-yekt-medichnih-zakladiv-ukrayini>
2. <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/resursy-systemy-okhorony-zdorovya-v-umovakh-vijny-zhovten-2022r>
3. <https://acmc.ua/finansuvannya-ohorony-zdorovya-v-umovah-vijny-yak-ukrayina-pokladayetsya-na-partneriv/>
4. <https://phc.org.ua/monitoring-i-statistika/meddata-2>
5. Borodin Ye.I., Berezniuk D.V. The concept of public-private partnership in healthcare in Ukraine: harmonization with approaches of international organizations. *Dnipro Scientific Journal of Public Administration, Psychology, Law*. Issue 5, 2024. P. 15–26.

## Секція 8. МЕДИЧНА ОСВІТА, НАУКА ТА ПРАКТИКА

### МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ РОБОЧОГО НАВАНТАЖЕННЯ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

**Власик Л.Й., Кметь Т.І.**

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна*

Покращення охоплення медичними послугами та реалізація права на найвищий досяжний рівень здоров'я залежить від наявності у системі охорони здоров'я достатньої кількості медичних працівників, доступності, прийнятності та якості послуг [1]. Відомо, що для планування кадрів охорони здоров'я необхідно використовувати фактичні дані, на основі яких приймати обгрунтовані рішення та формувати політику [2]. Низка дослідників визнає, що закладам охорони здоров'я (ЗОЗ) може знадобитися реструктуризація планів щодо збільшення кількості посад лікарів на основі потреб громади за рахунок справедливого розподілу деяких завдань між лікарнями та медичними працівниками середньої ланки, зокрема на рівні первинної медичної допомоги [3]. Методичні рекомендації визначення нормативів навантаження на медичних працівників (лікарів) у закладах охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, затверджені наказом МОЗ України від 28.03.2013 №249 втратили чинність, підходи до даного питання потребують оновлення. Метою нашого дослідження стало вивчення інструменту рекомендованого Всесвітньою організацією охорони здоров'я WISN та можливості його використання для розробки нових нормативів навантаження на медичних працівників в Україні.

Традиційні способи визначення потреб у персоналі включають розрахунок співвідношення чисельності населення до персоналу (на 10 000 населення) і стандартів укомплектування персоналу певних типів ЗОЗ. Ці методи не враховують широких місцевих варіацій та попиту на послуги, які фактично виконують медичні працівники. Керівникам охорони здоров'я потрібен ефективний, систематичний спосіб прийняття кадрових рішень, якщо вони хочуть керувати своїми цінними людськими ресурсами добре. Таким методом є показники робочого навантаження потреби в персоналі (WISN) [4].

ЗОЗ у своїй роботі керуються Порядком реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення (Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році» від 24 грудня 2024 р. №1503) та умовами договору з НСЗУ за пакетами медичних послуг. В умови договору між ЗОЗ та НСЗУ внесена специфікація медичної послуги за кожним пакетом та актуальна інформація про медичних працівників (надавачів послуг), які залучені до її надання. На початок бюджетного періоду є визначеною прогнозована та максимальна кількість медичних послуг за напрямками в т.ч. на кожного надавача послуг. Кількість пацієнтів визначалася як середньомісячна кількість пацієнтів за даними електронної системи охорони здоров'я за період з 1 квітня до 30 вересня 2024 року.

Аналогічно визначена середньомісячна кількість медичних послуг за відповідною групою амбулаторних медичних послуг та класом медичних послуг. Перелік діагностично-споріднених груп (ДСГ) установлена за даними електронної системи ОЗ як групи випадків госпіталізації, в яких середня тривалість лікування є більшою за медіанне значення тривалості лікування.

Метод WISN створений та підтримується ВООЗ. Перше керівництво, яке було нею опубліковане у 1998 році, підготував Peter Shipp. Перший інструмент був побудований за принципом «зверху вниз», у якому адміністративним центром було Міністерство охорони здоров'я країни. Удосконалений варіант 2010 року враховував децентралізований підхід та робив акцент на плануванні та управлінні медичними послугами. Перегляд 2021 року закріпив сценарії навантаження за умов пандемії COVID-19.

Метод Workload Indicators of Staffing Need (WISN) базується на робочому навантаженні медичного працівника із застосуванням стандартів активності (часу) для кожного компонента робочого навантаження та визначає, скільки медичних працівників необхідно, щоб впоратися з робочим навантаженням даного ЗОЗ. Методика застосовується для всіх типів закладів охорони здоров'я та для всіх категорій персоналу, в т.ч. для визначення нормативів навантаження середніх медичних працівників. Впровадження процесу WISN передбачає три різні групи: керівний комітет; технічна робоча група; одна або кілька експертних робочих груп (тобто набір осіб, які працюють з технічною робочою групою). Метод WISN використовує доступну статистику служби, тому вимагає лише обмеженого збору додаткових даних. Однак існує необхідність триангуляції даних, щоб підтвердити валідність і достовірність результатів WISN.

Метод WISN забезпечує два типи негайних результатів: різниці та співвідношення. Різниця між фактичною та розрахунковою чисельністю медичних працівників показує рівень дефіциту або надлишку кадрів для конкретної категорії персоналу (або кадрів) і типу закладу охорони здоров'я, для якого розроблено WISN. Співвідношення фактичної кількості персоналу до необхідної є мірою робочого навантаження, з яким справляється персонал.

Технічні можливості та склад різних груп впровадження є важливим чинником успіху дослідження WISN. По-перше, часто недооцінюється етап визначення діяльності, який здійснюють експертні робочі групи, які визначають якісь заходів і те, наскільки добре вони будуть сприйняті професійними групами в цілому. Встановлення стандартів діяльності доцільно проводити разом з фахівцями, які фактично надають послуги, тоді як другий раунд перевірки можна було б провести з вищими навчальними закладами, професійними організаціями та місцевими органами охорони здоров'я. Технічна цільова група має бути міждисциплінарною. Широка база знань членів групи (професійні обов'язки працівників, аналіз кількісних даних, планування та управління людськими ресурсами, інформаційні системи охорони здоров'я та технології) необхідна для успішного проведення WISN. Технічна цільова група повинна також творчо допомогти на етапі попереднього оголошення результатів для того, щоб усунути ті чи інші невідповідності.

Метод WISN можна застосовувати для визначення рівня дефіциту або надлишку кадрів для конкретної категорії персоналу і типу ЗОЗ та робочого навантаження, з яким справляється персонал. Інструмент може використовуватися на національному рівні з адаптацією через пілотні проекти в окремих регіонах.

### **Література:**

1. WHO. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization 2016, 2016. ISBN: 978 92 4 151113 1.
2. WHA Resolution 69.16 Global strategy on human resources for health: workforce 2030. WHO. Geneva: World Health Organisation, 2016.
3. Al-Dabbagh SA, Sulaiman HM, Abdulkarim NA. Workload assessment of medical doctors at primary health care centers in the Duhok governorate. *Hum Resour Health*. 2022;19(Suppl 1):117. doi:10.1186/s12960-021-00664-2
4. WHO Workload Indicators of Staffing Need. User manual. Second edition. Geneva: World Health Organization, 2023. ISBN: 978-92-4-007006-6 (electronic version).

## **ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНЬОГО СТОМАТОЛОГА ЧЕРЕЗ ВИВЧЕННЯ ЕТИКИ ТА ДЕОНТОЛОГІЇ З ПЕРШОГО КУРСУ**

**Стоян О.Ю., Савельєва Н.М., Томіліна Т.В.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

**Вступ.** У період воєнного стану, соціальної нестабільності та реформ системи охорони здоров'я питання медичної етики набувають особливої актуальності для майбутніх стоматологів. Не зважаючи на третій рік російської агресії, пріоритетом в роботі професорсько-викладацького складу Харківського національного медичного університету залишається підготовка майбутніх фахівців-стоматологів, які можуть у майбутньому відповідати вимогам сучасного ринку праці, як в Україні, так і на міжнародному рівні. Сьогоднішні реалії вимагають пошуку оптимальних умов для професійного становлення майбутніх лікарів-стоматологів. Тож важливим аспектом є особистісна орієнтація освіти, оновлення її змісту і форми, запровадження новітніх освітніх технологій [1].

**Мета дослідження** – визначити необхідність викладання питань етики та деонтології для студентів першого курсу стоматологічного факультету ХНМУ.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз та узагальнення відомостей щодо дисциплін за вибором, які пропонуються студентам I курсу стоматологічного факультету ХНМУ задля обґрунтування введення нової теми вибіркової дисципліни та доцільності її запровадження в навчальний процес.

**Результати дослідження.** Кафедра стоматології у 2024–2025 навчальному році долучилась до розробки вибіркової дисципліни для студентів стоматологічного факультету. Досвід спілкування із лікарями-інтернами показав, що до дипломний етап навчання не завжди надає можливості здобувачам освіти у повному обсязі оволодіти навичками спілкування, як з пацієнтами, так із колегами та медичним персоналом. Тому постало питання щодо необхідності саме кафедри післядипломної освіти звернути на це увагу і вперше запропонувати нову вибірккову дисципліну «Етика та деонтологія в стоматології» саме студентам I курсу стоматологічного факультету.

В умовах дистанційного навчання на клінічних кафедрах виникає суттєве обмеження для майбутніх лікарів-стоматологів у безпосередньому спілкуванні з пацієнтами та аналізі клінічних ситуацій. З метою подолання цих викликів та

поглиблення клінічної підготовки студентів, на кафедрі були створені спеціальні умови. Це включало розробку деталізованих алгоритмів спілкування з пацієнтами різного віку та з різними патологічними станами, що дозволило забезпечити заглиблення здобувачів освіти у клінічний процес.

Результатом викладання вибіркової дисципліни «Етика та деонтологія в стоматології» стало проведення брейн-рингу, в ході якого студенти підсумовували отримані знання.

**Висновки.** Отриманий досвід довів – формування професійної свідомості вимагає викладання етики та деонтології саме з перших курсів, що сприяє усвідомленню студентами високої соціальної місії стоматолога, закладає основи моральної відповідальності перед пацієнтом і суспільством. Рання професійна орієнтація та адаптація до умов праці в різних умовах не можлива без розуміння етичних принципів професії. Саме такий підхід щодо викладання питань етики та деонтології в стоматології допомагає першокурсникам швидше адаптуватися до медичного середовища, зрозуміти особливості спілкування з пацієнтами та колегами.

#### **Література:**

1. Bidenko, N., Ostapko, O., Koval, O. (2023). Elective disciplines – an important component in the formation of professional competences of future doctors – pediatric dentists. *ScienceRise: Pedagogical Education*, 3 (54), 9–13. doi: <http://doi.org/10.15587/2519-4984.2023.281231> Режим доступу: <http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/9891/1/9-13.pdf>

## **ВПЛИВ ЕВРИСТИКИ НА ПРИЙНЯТТЯ ДІАГНОСТИЧНИХ РІШЕНЬ МЕДИЧНИМ ПЕРСОНАЛОМ**

**Карпенко К.І.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Зростання темпів розвитку сучасної цивілізації не гарантує універсальних наперед відомих і точних рішень, навпаки зумовлює розгортання сфери невизначеності. Медична діагностика також знаходиться під впливом зазначеного цивілізаційного виклику. Це означає, що традиційні підходи, засновані на жорстких алгоритмах і стандартизованих схемах, поступово втрачають ефективність. Сучасна медична діагностика потребує гнучких систем, здатних інтегрувати великі обсяги даних, враховувати індивідуальні особливості пацієнта та швидко адаптуватися до нових знань. Зростає роль штучного інтелекту, машинного навчання та аналітики великих даних, які дозволяють не лише підвищити точність діагнозу, але й прогнозувати ризики розвитку захворювань. Водночас це ставить перед медициною нові етичні, правові та технологічні виклики.

У сучасних умовах невизначеності та швидких змін медичний персонал часто стикається з ситуаціями, коли стандартних протоколів недостатньо для прийняття оптимального рішення. Саме тут на перший план виходять евристичні підходи – інтуїтивні, досвідчені способи мислення, які дозволяють швидко оцінити ситуацію, обрати найбільш ймовірний діагноз або визначити подальшу тактику лікування. Евристика допомагає медичним працівникам ефективно діяти в умовах браку часу, інформації чи ресурсів, але водночас може

призводити до когнітивних помилок і упереджень. Тому так важливо підкреслити, що інтуїція в контексті медичної діагностики є саме інтелектуальною інтуїцією, яка формується впродовж років напружених зусиль розуму і здобуття досвіду.

Важливо усвідомити, **яким чином евристика впливає на процес прийняття діагностичних рішень**, які переваги та ризики вона створює, також як можна оптимізувати використання евристичних стратегій для підвищення якості медичної допомоги. Чи може менше інформації бути кориснішим, коли йдеться про прийняття медичних рішень? Всупереч поширеній думці, що більше інформації завжди краще, використання евристик може допомогти як лікарям, так і пацієнтам приймати обґрунтовані рішення. Евристики – це прості стратегії прийняття рішень, які ігнорують частину доступної інформації, ґрунтуючи рішення лише на кількох відповідних предикторах.

Американський вчений, економіст Герберт Саймон зазначив, що існує альтернатива оптимізації та ірраціональності. Він запропонував концепцію обмеженої раціональності, стверджуючи, що оптимізація не завжди можлива в реальному світі, і тому теорія раціональності повинна вивчати, як люди приймають рішення, коли оптимізація недосяжна. Замість того, щоб покладатися на нереалістичні моделі оптимізації та намагатися обчислити оптимальні рішення заданої проблеми, стверджував він, люди в повсякденні використовують прості стратегії, щоб знайти рішення, які достатньо прийнятними для цілей організму.

Герберт Саймон також наголосив, що поведінка та продуктивність є результатом як пізнання, так і середовища організму: «Раціональна поведінка людини формується ножицями, два леза яких є структурою середовища завдання та обчислювальними можливостями актора» [3, с. 407].

Приймаючи цей акцент на простих стратегіях прийняття рішень та їх відповідність середовищу, структура швидкої та економічної евристики розробила екологічний погляд на раціональність, за допомогою якого вона намагається зрозуміти, як і коли залежність людей від простих евристичних рішень може призвести до розумної поведінки. З цього погляду, евристики можуть бути екологічно раціональними щодо середовища та цілей актора. Тут бути раціональним означає, що евристика є успішною щодо деякого зовнішнього критерію, такого як прийняття рішення точно та швидко, коли пацієнта терміново доставляють до відділення невідкладної допомоги.

Американський вчений, лікар Уільям Хаммонд назвав такі зовнішні критерії критеріями відповідності, на відміну від критеріїв когерентності, які базуються на безмежно раціональних моделях оптимізації як нормативний критерій раціональності. Наприклад, використання концепції ієрархії потреб Маслоу дозволяє медсестрі комплексно оцінювати пацієнта, враховуючи не лише його фізичні, й емоційні, соціальні та духовні потреби, що є ключовим для ефективного та гуманного догляду з урахуванням евристичного критерія відповідності.

Дослідження [1, 2] показують, що в багатьох випадках евристики забезпечують високу точність, знижують ризик перевантаження інформацією та сприяють оперативному реагуванню, особливо в екстрених ситуаціях. Водночас важливо усвідомлювати межі застосування евристик і комбінувати їх із більш детальним аналізом у складних або нетипових випадках.

## **Література:**

1. Історія вивчення рухових розладів нервової системи в персоналіях. <http://msvitu.com/archive/2013/july/article-9.php?print=1>
2. Когнітивно-поведінкова терапія КПТ – це популярно та ефективно. <https://www.expert-health.com.ua/blog/statti/reabilitacija/kognitivno-povedinkova-terapija-kpt-populjarno-ta-efektivno/>
3. Augier M. Models of Herbert A. Simon / M. Augier // Perspectives on Science. Cambridge : The MIT Press, 2000. Winter, Vol. 8. Issue 4. P. 407–443.

## **ЗАСТОСУВАННЯ ІННОВАЦІЙНОГО ПІДХОДУ ДЛЯ УДОСКОНАЛЕННЯ ВИКЛАДАННЯ МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН**

***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, Україна*

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

Ситуація, що склалася в Україні внаслідок пандемії, потім повномасштабної агресії обумовила необхідність переходу на он-лайн навчання. Це поставило перед науково-педагогічними працівниками цілу низку завдань, спрямованих на підвищення якості викладання [2, 4].

Необхідність перебудови викладання медико-біологічних дисциплін обумовлена тим, що он-лайн форма викладання та обсяг навчальних годин призводять до якісного та кількісного зростання навантаження на студентів та викладачів [1]. Найвною потребою стає перебудова структури навчання із створенням блоків та певною формалізацією викладання. Це дає змогу навчити майбутнього фахівця алгоритму дії у більшості випадків, що будуть зустрічатися у його майбутній діяльності. Для виконання цього завдання впроваджено блочний варіант викладання, який передбачає наступні частини: інформаційний блок; тестово-інформаційний блок (перевірка засвоєного); корекційно-інформаційний (у випадку невірної відповіді – додаткове навчання); проблемний блок (рішення ситуаційних завдань на підставі отриманих знань); блок перевірки і корекції.

Дотримання наведеної форми дозволяє забезпечити певну послідовність опанування теоретичних знань, здійснення поточного та етапного контролю, набуття необхідних компетентностей тощо.

Певної перебудови зазнала така форма навчання як лекція. Застосування під час лекцій мультимедійних презентацій, створених за допомогою програми Power Point, дозволяє суттєво підвищити об'єктивність подання інформації, забезпечити оптимальне сприйняття та засвоєння матеріалу, дає змогу лектору ілюструвати свої слова результатами останніх наукових досліджень тощо [3].

При викладанні медико-біологічних дисциплін у повній мірі впроваджено такі інноваційні технології як застосування навчально-методичної літератури на електронних носіях. Формування електронної бібліотеки підручників та посібників, тестових та ситуаційних завдань підвищує доступність джерел інформації, дозволяє студентам у зручному режимі контролювати рівень знань, навичок та вмінь [2, 3].

У навчальному процесі широко використовується вирішення ситуаційних завдань. Ця форма дає змогу не тільки об'єктивно оцінювати рівень знань студентів, але й дозволяє засвоїти алгоритм дії фахівця у різноманітних ситуаціях.

Великий обсяг інформації, яку повинні засвоїти студенти, обумовив необхідність певної формалізації викладання. Для цього широко використовується так форма як робочі зошити або зошити із друкованою основою. Це дає змогу виділити найважливіші аспекти кожної теми, навести на мінімальній площі максимальну довідкову інформацію, що необхідна студенту під час виконання самостійної роботи, вирішення ситуаційних завдань, тестів тощо.

Таким чином, впровадження у викладання медико-біологічних дисциплін елементів педагогічних інновацій дозволяє підвищити об'єктивність та ефективність навчання.

### **Література:**

1. Ажиппо О. Ю., Шестерова Л. Є., Подрігало Л. В. Застосування інформаційних технологій задля підвищення якості освіти в системі фізичного виховання і спорту. *Інноваційні технології в системі підвищення кваліфікації фахівців фізичного виховання і спорту* : тези доповідей II Міжнародної науково-методичної конференції, м. Суми, 16–17 квітня 2015 р. Суми : Сумський державний університет, 2015. С.11–12.

2. Ковров А. В., Ажаман І. А. Основні підходи до формування системи забезпечення якості освіти в ЗВО. *Управління якістю підготовки фахівців*. Матеріали XXX Міжнародної науково-методичної конференції. Ч. 2 м. Одеса. 2025. С.135–138.

3. Подрігало Л. В., Пашкевич С. А., Галашко М. І. Підвищення якості та наступність викладання предметів оздоровчо-лікувальної спрямованості при підготовці бакалаврів за фахом «Фізичне виховання». *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка*. (Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт). Вип. 86. Т. 2. Чернігів: ЧДПУ, 2011. С. 416–419.

4. Voinov O. P., Elkin Yu. N. Methodological features of higher education quality ensuring. *Управління якістю підготовки фахівців*. Матеріали XXX Міжнародної науково-методичної конференції. Ч. 2 м. Одеса. 2025. С.14–16.

## **ІНКЛЮЗИВНИЙ НАПРЯМОК У РОБОТІ ДЕКАНАТУ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ**

**Томіліна Т.В., Старкова І.В., Кондрусик Н.Ю.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Під час воєнних дій та інших кризових ситуацій соціальна відповідальність набуває особливої ваги, оскільки саме в такі періоди зростає потреба в ефективному лідерстві та консолідації інтелектуального ресурсу задля комплексного реагування на виклики різноманітного характеру. Вимоги часу диктують необхідність надзвичайних зусиль, спрямованих на досягнення перемоги, збереження гуманістичних цінностей та суспільної згуртованості [1].

Інклюзія в освіті, зокрема у сфері вищої освіти, постає в сучасному суспільстві своєрідним індикатором рівня його зрілості та відкритості,

що засвідчує спроможність соціуму забезпечити рівноправний доступ до освітніх можливостей для осіб з особливими освітніми потребами нарівні з особами з типовим розвитком [2].

Мета роботи показати необхідність інклюзивного підходу до студентів у роботі співробітників деканату стоматологічного факультету.

Навчання у медичному виші на теперішній час є складним та потребує чималих зусиль від здобувача вищої освіти. Разом з тим, стан здоров'я майбутнього лікаря не повинен вставати бар'єром у навчанні.

Слід зазначити, що соціально-побутові труднощі, спричинені війною – зокрема втрата житла, майна чи підтримки з боку батьків – не мають ставати перешкодою для здобуття освіти в медичному закладі вищої освіти, адже саме підтримка молоді в такі часи є запорукою формування фахівців, здатних відбудовувати та зцілювати країну.

При вступі до стоматологічного факультету Харківського національного медичного університету співробітники деканату ретельно збирають відомості про стан здоров'я здобувача вищої освіти, наявність у нього чи найближчих родичів статусу учасника бойових дій, з'ясовують чи є у родині загиблі військові чи батьки. Особлива увага приділяється побутовим умовам зарахованих для проходження навчання на стоматологічному факультеті Харківського національного медичного університету.

Насамперед, йдеться про психологічну підтримку майбутніх лікарів-стоматологів з особливими потребами чи пільгами. Групи зі здобувачів вищої освіти формуються таким чином, щоб староста, зазвичай людина з якостями лідера, створював щоденну всебічну підтримку здобувача з особливими потребами.

Співробітники деканату допомагають вирішити питання проживання здобувача, направляючи до гуртожитків університету; за необхідністю мешкання може бути безоплатним.

Протягом навчання може статися, що здобувач вищої освіти попав до лікарні, переніс оперативне втручання або був травмований. Інформацію про подію співробітники деканату отримують своєчасно, обирають спосіб можливої допомоги та формують графіки індивідуального навчання чи відпрацювань пропущених занять.

Таким чином, з урахуванням індивідуальних потреб здобувачів освіти стоматологічного факультету Харківського національного медичного університету формується сприятливе, підтримувальне освітнє середовище, яке забезпечує умови для якісного засвоєння знань, діяльність деканату набуває виразного інклюзивного вектора, орієнтованого на рівність можливостей і академічну підтримку кожного студента.

### **Література:**

1. Соціальна інклюзія у сфері вищої освіти: теоретико-концептуальні засади, цільові групи, виміри та індикатори: монографія / О. Оржель, М. Бойченко, О. Петрос, С. Цимбалюк, Н. Шофолова; за ред. О. Оржель. Київ: Інститут вищої освіти НАПН України, 2024. 122 с.

2. Дуб Н. Інклюзивність у вищій освіті: ключові ідеї, виклики та бар'єри. Педагогічний дискурс, 2024. № 36, С. 15–19.

## ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я МАЙБУТНІМ МЕДИЧНИМ ПСИХОЛОГАМ

*Гречишкіна Н.В., Литвинова Л.О., Донік О.М.  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,  
м. Київ, Україна*

Психологія в охороні здоров'я базується на розумінні того, що розвиток, психологічне функціонування та психічне здоров'я людини значною мірою залежать від її фізичного, соціального, культурного, політичного та економічного контексту [1]. Серед численних спеціальностей, які пропонуються в медичних університетах, все більшої популярності серед абітурієнтів набуває медична психологія. В останні роки зростання попиту на фахівців у сфері психологічної допомоги, зокрема медичних психологів, обумовлено суттєвими соціальними та медичними викликами для українського суспільства. Підготовка психологів до вирішення питань психічного здоров'я населення потребує виходу за рамки індивідуального лікування та інтеграції цінностей громадського здоров'я в навчальні програми [2]. Ще у 2002 році було підкреслено фундаментальну важливість здорової поведінки та контрольованих поведінкових факторів ризику як основних причин значної частини світового тягаря хвороб [3].

В Україні під час війни зросла поширеність депресій, тривожних розладів, панічних атак, суїцидальних думок, посттравматичного стресового розладу, і не тільки серед військових, ветеранів війни і волонтерів, також серед цивільного населення. Постійно відбувається психологічна травматизація осіб, які стали свідками бойових дій або втратили близьких, особливо це стосується найбільш чутливих категорій населення – дітей та осіб похилого віку. Психологічної підтримки потребують люди, які під час війни втратили житло, роботу, соціальні зв'язки. Масове внутрішнє переміщення населення призвело до появи величезної групи людей – переселенців, які на фоні соціально-економічної нестабільності відчують стрес і значне психоемоційне навантаження, та потребують адаптації на новому місці.

Зросла кількість пацієнтів із хронічними захворюваннями, здебільшого серцево-судинними, онкологічними та ендокринними, також пацієнтів із психосоматичними розладами, для яких стрес є ключовим чинником ризику. Це означає, що зростає потреба в психологічному супроводі таких хворих через залучення медичних психологів до мультидисциплінарних команд для лікування і реабілітації пацієнтів. Тому на сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я відбувається інтеграція психологічної допомоги з впровадженням концепції комплексного підходу до лікування пацієнтів, що включає психологічну підтримку поряд із медичною допомогою. Більше уваги приділяється ментальному здоров'ю, зокрема в первинній ланці – у роботі сімейних лікарів. У медичних закладах зростає кількість медичних психологів, поширюються програми медико-психологічного супроводу пацієнтів із тяжкими хронічними хворобами.

Крім того, у суспільстві змінюється ставлення до психологічної допомоги: зменшилась стигматизація психологічних проблем, покращилась обізнаність населення про важливість психологічного здоров'я. Одночасно підвищився попит на послуги психологів у лікарнях, військових шпиталях, центрах реабілітації та школах.

Реалізація цих запитів потребує збільшення кількості кваліфікованих фахівців. Навчальним планом підготовки медичних психологів передбачено вивчення на кафедрі громадського здоров'я НМУ імені О. О. Богомольця дисципліни «Громадське здоров'я та організація охорони психічного здоров'я» на другому році підготовки, метою якої є оволодіння необхідними знаннями та навичками і набуття компетентностей щодо дослідження, аналізу та оцінки показників здоров'я населення, розробки з позицій доказової медицини рекомендацій з попередження і усунення шкідливого впливу чинників, в тому числі промоції психічного здоров'я. За цією офіційною метою, сформульовано у програмі дисципліни, стоїть прагматичне завдання – продемонструвати майбутнім медичним психологам поле практичного застосування знань з «Громадського здоров'я», наблизити зміст дисципліни до їхньої майбутньої професії та підвищити зацікавленість через урізноманітнення подачі теоретичного матеріалу, змісту ситуаційних задач і форм проведення практичних занять.

Медичним психологам важливо усвідомлювати взаємозв'язок між соціальними умовами життя (бідність, безробіття, воєнні дії) та рівнем психічного здоров'я, виявляти групи ризику на рівні медичного закладу, громади чи регіону. Ще одним важливим завданням є формування у студентів профілактичного мислення, саме: засвоєння підходів раннього виявлення психоемоційних порушень у населення, розуміння значення просвітницької роботи для зниження стигматизації психічних розладів. Такий підхід і відповідні знання і навички стануть основою для розробки і реалізації програм профілактики стресу, емоційного вигорання та соціальної ізоляції. Крім того, майбутні медичні психологи мають розуміти структуру системи охорони здоров'я в цілому, оскільки потрібно буде інтегруватися у процес збереження та зміцнення здоров'я населення, працювати у взаємодії з іншими ланками системи охорони здоров'я. У програмі дисципліни передбачено окремі заняття, що присвячені засвоєнню показників психічного здоров'я, вивченню методики оцінки чинників, що впливають на здоров'я населення, зокрема на психічне здоров'я, промоції психічного здоров'я та психологічній реабілітації.

Під час викладання дисципліни «Громадське здоров'я» для студентів використовують різноманітні форми практичних занять. На дискусійних платформах, що розвивають критичне мислення й формують уміння аргументовано відстоювати свою позицію, пропонуються до розгляду актуальні теми, наприклад: «Чи є психічне здоров'я особистою чи соціальною відповідальністю?», «Плюси та мінуси обов'язкових програм психічної просвіти у громадах». Студентам можна запропонувати написати есе та провести «рефлексивну сесію». Вони також створюють і презентують соціальні міні-проекти, присвячені промоції психічного здоров'я для молоді, підтримці переселенців та профілактиці стресу серед медичних працівників. Під час мозкових штурмів генерують ідеї щодо підвищення обізнаності населення, зниження стигматизації психологічних проблем та розробки інноваційних підходів до промоції психічного здоров'я. Для цього майбутні психологи вивчають міжнародний досвід і рекомендації ВООЗ, також навчаються створювати інформаційні продукти – соціальні плакати, буклети, листівки й сценарії коротких відеороликів чи презентацій для населення. Такий підхід розвиває комунікаційні навички студентів, креативність, підвищує їх мотивацію.

Формою проведення заняття, яка може зацікавити студентів, є рольова гра та моделювання реальних ситуацій (з пацієнтами, громадами, адміністрацією закладів охорони здоров'я). Наприклад, відтворюють ситуацію, коли медичний психолог у складі мультидисциплінарної команди допомагає пацієнтам сформулювати прихильність до лікування хронічних захворювань (СНІД, рак тощо). Ще один ефективний прийом – аналіз кейсів реальних проблемних ситуацій (війна, епідемії, масове переміщення населення), під час якого відпрацьовують практичні навички роботи з населенням у кризових умовах і готують людей до участі в програмах психологічної допомоги в надзвичайних ситуаціях. Неоціненними формами проведення практичних занять для майбутніх психологів можуть стати круглі столи із запрошенням фахівців (практикуючих психологів, представників центрів громадського здоров'я та громадських організацій). Ці ж фахівці можуть провести майстер-класи та навчити навичкам саморегуляції для профілактики професійного вигорання, методикам коротких психоосвітніх інтервенцій для пацієнтів. Також важливим буде, за можливості, відвідування студентами закладів охорони здоров'я або центрів психосоціальної підтримки. Таке ознайомлення дає уяву про реальне середовище роботи медичного психолога у сфері громадського здоров'я.

Психологічна реабілітація є невід'ємною складовою роботи медичних психологів, особливо під час війни. Для відпрацювання цієї теми підготовлено добірку ситуаційних задач: реабілітація військовослужбовців, посттравматична підтримка постраждалих після обстрілів, допомога дітям-переселенцям. Такі завдання дають студентам змогу усвідомити зв'язок психологічної реабілітації з громадським здоров'ям. Розуміння важливості дисципліни й практичного застосування знань приходить саме під час виконання спеціально розроблених ситуаційних задач. Важливим завданням майбутнього психолога є сприяння розвитку психологічної культури суспільства. Фахівці, обізнані в громадському здоров'ї, можуть брати участь у створенні й реалізації стратегій зміцнення психічного здоров'я на регіональному та національному рівнях, підвищувати обізнаність населення щодо важливості психологічного добробуту та формувати культуру відповідального ставлення до власного ментального здоров'я.

Отже, в умовах реформування системи охорони здоров'я, соціальних потрясінь і триваючої війни роль медичних психологів набуває стратегічного значення. Їх залучення є необхідною умовою ефективної психологічної реабілітації та формування психологічної стійкості населення.

#### **Література:**

1. Mullens A., Krishnamoorthy G., Ni She E., Burton L. Applications and careers in psychology within public health and community settings to build wellbeing and promote social justice. *The Australian handbook for careers in psychological science*. University of Southern Queensland. 2022.
2. Patel Z., Brodar K., Hylton E., Glynn T., Dale S. Integrating Public Health Core Values Into Psychology Training Competencies. *Training and Education in Professional Psychology*. 2022. № 17. С. 248–258.
3. Vinck J., Oldenburg B., von Lengerke T. Editorial: Health Psychology and Public Health—Bridging the Gap. *Journal of Health Psychology*. 2004. № 9. С. 5–12.

# ВПЛИВ ВИКОРИСТАННЯ СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖ І КОМП'ЮТЕРНИХ ІГОР НА КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ

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

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Сучасне покоління підлітків та молоді виросло в цифрову епоху, де соціальні мережі (Instagram, TikTok, Facebook, Twitter, YouTube) та комп'ютерні ігри (від онлайн-RPG до кіберспортивних дисциплін) є невід'ємною частиною повсякденного життя. Їхній вплив на когнітивні функції, увагу, пам'ять та загальну здатність до навчання є предметом інтенсивних наукових досліджень та дискусій [1].

Ми всебічно обізнані про негативний вплив соціальних мереж та комп'ютерних ігор й це насамперед зниження концентрації уваги та мультизадачність, погіршення якості сну, залежність та прокрастинація, стрес, тривога, соціальне порівняння, зниження здатності до глибокого читання і аналізу.

Зниження концентрації уваги та мультизадачність виникає внаслідок постійної потреби перемикатися між різними застосунками, повідомленнями, ігровими сесіями та привчає мозок до фрагментарного сприйняття інформації. Це ускладнює здатність зосереджуватися на одному завданні протягом тривалого часу (наприклад, читання підручника, вирішення складних задач). Підлітки стають менш терплячими до завдань, які вимагають глибокого аналізу та послідовного мислення. Дослідження показують, що хронічна мультизадачність погіршує «глибоке мислення» та здатність до рефлексії [2].

Погіршення якості сну насамперед обумовлено використанням екранів перед сном (синє світло пригнічує вироблення мелатоніну), захоптивим контентом або ігровим процесом, що стимулює нервову систему та не дає їй перейти у фазу засинання. Недостатній сон призводить до зниження когнітивних функцій наступного дня: погіршується пам'ять, увага, здатність до вирішення проблем, знижується мотивація та емоційна регуляція. Це прямо впливає на успішність у школі чи університеті [3].

Соціальні мережі та ігри розроблені з використанням механізмів винагороди (лайки, досягнення, нові рівні), що активують дофамінову систему мозку, створюючи умови для формування залежності. Підлітки витрачають надмірну кількість часу на онлайн-активність замість навчання. Це призводить до прокрастинації, невиконання домашніх завдань, зниження успішності та загального академічного прогресу. Ігровий розлад (gaming disorder) визнано ВООЗ [2].

Постійне порівняння свого життя з «ідеальними» образами в соціальних мережах, кібербулінг, страх пропустити щось важливе (FOMO – Fear Of Missing Out) призводить до підвищення рівня стресу та тривоги, що в свою чергу негативно впливає на когнітивні функції, зокрема на робочу пам'ять та виконавчі функції та є критично важливими для навчання. Знижується самооцінка, з'являється депресивний настрій, що зменшує мотивацію до навчання.

Перевага коротких, візуальних форм контенту (відео, меми, короткі пости) над довгими текстами ускладнює сприйняття та аналіз складних академічних текстів, що вимагають терпіння та лінійного мислення. Це може призводити до труднощів у розумінні концепцій та написанні есе.

Виклики сьогодення вимагають шукати позитивний вплив соціальних мереж та комп'ютерних ігор з метою вдалого використання їх в процесі навчання [5].

*По-перше*, деякі комп'ютерні ігри (особливо стратегії, головоломки, RPG) вимагають швидкого прийняття рішень, планування, вирішення проблем, просторового мислення, координації рук і очей, розподілу уваги. Дослідження показують покращення візуально-просторової уваги, швидкість обробки інформації, гнучкості мислення. Кіберспорт може розвивати командну роботу та стратегічне мислення [6].

*По-друге*, соціальні мережі та YouTube можуть бути джерелом освітнього контенту (освітні канали, лекції, документальні фільми, дискусійні групи), також дозволяють швидко знаходити інформацію для навчання, що призводить до розширення кругозору, дає доступ до експертних знань, можливість самостійного навчання та дослідження тем, що цікавлять [7].

*По-третє*, спілкування з однолітками, групові проекти, участь у спільнотах за інтересами, спільна гра навчають працювати в команді, розвивають комунікативні навички, здійснюють обмін знаннями та досвідом, розвиток емпатії (в рольових іграх). Для підлітків це може бути важливим для формування соціальної ідентичності.

Штучний інтелект (ШІ) має величезний потенціал для нівелювання негативних аспектів та посилення позитивних впливів соціальних мереж та ігор на навчання. А саме:

#### *1. Персоналізовані навчальні траєкторії та адаптивне навчання.*

ШІ-платформи можуть аналізувати стиль навчання учня, його сильні та слабкі сторони, швидкість засвоєння матеріалу. На основі цього ШІ може генерувати індивідуальні навчальні плани, підбирати оптимальні завдання, пояснення, приклади та темп навчання. Це допомагає компенсувати знижену концентрацію уваги, надаючи матеріал у більш "захопливому" та інтерактивному форматі, що відповідає індивідуальним потребам підлітка, який звик до персоналізованого контенту в соцмережах. Як приклад, системи на зразок Khan Academy, Duolingo, які використовують ШІ для адаптації уроків.

#### *2. Моніторинг та управління екранним часом з інтелектуальними сповіщеннями.*

Розробка ШІ-додатків, які не просто обмежують час, аналізують контент. Наприклад, ШІ може розрізняти, коли підліток використовує пристрій для навчання, коли для розваг. Система може давати рекомендації щодо «цифрової гігієни» або пропонувати «розумні» перерви з вправами для очей чи мозку. Це гарний інструмент в боротьбі із залежністю та прокрастинацією. ШІ може ідентифікувати патерни залежної поведінки та пропонувати стратегії відволікання або перемикання на навчальні завдання. Як приклад, розширені версії «Screen Time» (Apple) або «Digital Wellbeing» (Google) з ШІ-аналізом контенту та «розумними» пропозиціями активностей.

#### *1. Гейміфікація навчання, адаптована ШІ:*

ШІ може створювати динамічні, захопливі навчальні ігри та симуляції, які адаптуються до рівня знань учня, його прогресу та емоційного стану. Це може включати віртуальних вчителів-асистентів, які взаємодіють з учнем у ігровому форматі. Використання привабливості ігор для підвищення мотивації та залученості до навчання, перетворення «ігрового часу» на «навчальний час» без втрати інтересу.

## 2. ШІ-асистенти для глибокого читання та аналізу:

ШІ може бути інтегрований у програми для читання, які допомагають працювати зі складними текстами: автоматичне пояснення незнайомих термінів, резюмування довгих параграфів, виділення ключових ідей, генерація запитань для перевірки розуміння прочитаного, створення інтерактивних карт знань на основі тексту.

## 3. Виявлення психологічних проблем та пропонування допомоги:

ШІ-алгоритми можуть аналізувати патерни використання соціальних мереж та ігор, зміни в поведінці (наприклад, постійна онлайн-активність у нічний час, публікація депресивних дописів) для раннього виявлення ознак тривоги, депресії, кібербулінгу або залежності. ШІ може пропонувати звернення до психолога або надавати доступ до ресурсів для самодопомоги. Важливо дотримуватися етичних норм та конфіденційності. Наприклад, соціальні мережі вже використовують ШІ для виявлення контенту, пов'язаного із самогубством або насиллям. Цей підхід може бути розширений для виявлення інших психологічних ризиків.

**Висновки.** Вплив соціальних мереж та комп'ютерних ігор на когнітивні функції підлітків та молоді є амбівалентним:

1. Негативний вплив (зниження концентрації, мультизадачність, погіршення якості сну, залежність, стрес і зниження здатності до глибокого аналізу) домінує у неконтрольованому середовищі та є основною перешкодою для академічної успішності.

2. Позитивний потенціал (розвиток стратегічного мислення, візуально-просторової уваги, командної роботи, доступ до освітнього контенту) існує, але потребує інтеграції в освітній процес.

Стратегічним рішенням для оптимізації цього впливу є імплементація ШІтучного Інтелекту (ШІ). ШІ здатний забезпечити персоналізацію навчання, моніторинг екранного часу з інтелектуальними сповіщеннями, адаптивну гейміфікацію та психологічну підтримку, перетворюючи цифрові інструменти з джерела ризиків на ефективний ресурс для розвитку когнітивних функцій та навчання в цифрову еру.

## Література:

1. Ophir, E., Nass, C., & Wagner, A. D. (2009). Cognitive control in media multitaskers. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 106(37), 15583-15587.
2. Cain, N., & Gradisar, M. (2010). Electronic media use and sleep in school-aged children and adolescents: A systematic review. *Sleep Medicine*, 11(8), 735-742.
3. Spilka, S., et al. (2020). Excessive Social Media Use, Academic Procrastination, and Academic Performance in University Students: The Mediating Role of Internet Gaming Disorder. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(4), 931-939.
4. Primack, B. A., et al. (2017). Social media use and perceived social isolation in young adults in the US. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(1), 1-8.
5. Vannucci, A., et al. (2020). Social media use and adolescent mental health: A systematic review of positive and negative effects. *Journal of Adolescent Health*, 66(1), S10-S21.
6. Spence, C., & Feng, J. (2010). Video games and the mind. *Psychological Science in the Public Interest*, 11(3), 85-94.
7. Steinkuehler, C. A., & Duncan, S. (2008). Scientific Habits of Mind in Virtual Worlds. *Journal of Science Education and Technology*, 17(6), 530-543.

## МАСАЖ ПРИ РОЗСІЯНОМУ СКЛЕРОЗІ: МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ

*Гурбич О.С., Мартиненко Н.М.*

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

**Актуальність та проблема дослідження.** Розсіяний склероз (РС) – це хронічне, прогресуюче аутоімунне захворювання центральної нервової системи, яке є однією з найпоширеніших причин неінфекційної інвалідизації серед молодого працездатного населення. Клінічна картина РС вкрай гетерогенна і включає такі виснажливі симптоми, як м'язова спастичність, хронічна втома, больовий синдром, порушення ходи та зниження якості життя.

Сучасна медикаментозна терапія зосереджена переважно на модифікації перебігу хвороби та запобіганні загостренням. Однак неефективність цих методів у повному обсязі контролювати симптоматичні прояви РС зумовлює гостру необхідність інтеграції немедикаментозних, реабілітаційних втручань.

**Обґрунтування застосування масажу.** Серед комплексу фізичної реабілітації, лікувальний масаж посідає ключове місце, оскільки має доведену ефективність у зниженні м'язового гіпертонусу та покращенні мікроциркуляції. При РС масаж розглядається не лише як засіб механічного впливу, але і як нейросенсорна стимуляція, здатна модулювати відчуття болю та втоми, також чинити позитивний психоемоційний вплив.

Незважаючи на його широке застосування, у науковій літературі досі бракує уніфікованих, стандартизованих протоколів виконання масажу для пацієнтів із різними типами та стадіями РС, особливо з урахуванням вираженості спастичності та синдрому хронічної втоми.

**Метою** цієї роботи є наукове обґрунтування та детальний опис адаптованої методики і техніки лікувального масажу для пацієнтів із розсіяним склерозом. Описаний підхід базується на принципах індивідуалізації та безпеки, з особливим акцентом на техніках зниження спастичності, покращення трофіки м'язів та запобігання виснаженню пацієнта під час процедури.

### **Психосоціальні та етичні аспекти масажної терапії при розсіяному склерозі.**

Робота з пацієнтами, які мають прогресуюче нейродегенеративне захворювання (РС), вимагає від спеціаліста глибокого розуміння динаміки хвороби та обмеженості терапевтичної мети. Необхідно враховувати вторинний психологічний стрес у членів родини та опікунів, що виникає внаслідок функціонального регресу пацієнта та підвищеної потреби у догляді. У пацієнтів із РС відзначається висока поширеність великого депресивного розладу та підвищений ризик суїцидальної поведінки, що вимагає інтегрованого психіатричного супроводу в реабілітаційному процесі. При плануванні реабілітації необхідно враховувати потенційний вплив хворобомодифікуючої терапії (DMARDs) та симптоматичного медикаментозного лікування на рівень втоми, когнітивні функції та загальний тонус нервової системи. Психоемоційна стійкість та професійне вигорання спеціалістів, які працюють з хронічними прогресуючими захворюваннями, є ключовим фактором, що впливає на якість надання допомоги. Реабілітолог повинен демонструвати високий рівень емпатії та позитивне підкріплення для оптимізації комплаєнсу пацієнта.

Методологічні основи та терапевтичний вплив. Методика і техніка масажу, що застосовуються фахівцем з фізичної терапії, спрямовані на підтримку функціонального стану м'язової системи пацієнта.

Основна мета масажного впливу – активація міофасціального комплексу та стимуляція м'язової активності. Це досягається шляхом покращення периферійного крово- та лімфообігу (забезпечення трофіки), що є критично важливим для запобігання атрофії та підтримання м'язового тону.

Для посилення терапевтичного ефекту та нейромоторної активації доцільно інтегрувати рефлекторні вправи, оскільки вони стимулюють проходження нервових імпульсів (сприяють нейромоторній пластичності) та покращують зв'язок «мозок-м'яз».

Перш ніж запропонувати оптимізовану (або авторську) схему масажу для пацієнтів із розсіяним склерозом, проведемо аналіз інших потенційних варіантів, що використовуються для реабілітаційної допомоги при цьому діагнозі.

### **1. Традиційна двоетапна схема (Схема «Спина-Живіт»)**

Перший підхід, який є класичним (традиційним), передбачає виконання масажу у двох основних позиціях пацієнта:

#### **1.1. Етап I: позиція на животі (лежачи обличчям донизу)**

Масаж починають з найбільшої анатомічної ділянки, спини, після чого послідовно переходять до опрацювання плечового пояса, шийного відділу хребта та шийно-комірцевої зони (ШКЗ). Етап завершується масажем волосистої частини голови.

#### **1.2. Етап II: позиція на спині (лежачи обличчям догори)**

Пацієнта перекладають у позицію лежачи на спині. У цій позиції опрацьовуються нижні кінцівки, передньочеревна стінка (живіт) (за відсутності протипоказань), верхні кінцівки, після чого масаж завершується повторним опрацюванням ШКЗ та волосистої частини голови.

#### **1.3. Принципи опрацювання кінцівок**

Масаж кінцівок виконується від периферії до центру (тобто проксимально), у напрямку розташування регіонарних лімфатичних вузлів.

- Верхня кінцівка: рекомендована послідовність опрацювання: від ліктьового суглоба до плеча, від зап'ястка до ліктьового суглоба, і кисть – від пальців до зап'ястка.

- Нижня кінцівка: опрацьовується за аналогічним принципом (від периферії до центру, сегментно).

### **2. Адаптована схема, орієнтована на активацію (Схема «Живіт-Кінцівки»)**

Другий варіант методики передбачає початок масажу з передньочеревної стінки (живота) з основною метою стимуляції перистальтики кишечника та покращення абдомінального кровообігу. Цей підхід є доцільним при щоденному або черезденному курсі масажу для зміни акцентів навантаження між різними м'язовими групами.

#### **2.1. Етап I: позиція на спині (лежачи обличчям догори)**

Послідовність опрацювання в цій позиції:

- 1) Верхні кінцівки: масаж виконується від периферії до центру (від кінчиків пальців проксимально до плечового суглоба). Опрацьовуються обидві кінцівки (уражена/здорова сторона).

2) Шийно-комірцева зона (ШКЗ) та голова: опрацювання ШКЗ, місць кріплення м'язів на потилиці та волосистої частини голови з акцентом на рефлекторних точках.

3) Додаткові лімфодренажні рухи: можливе включення лімфодренажних рухів для стимуляції відтоку вздовж верхніх кінцівок (від шиї до фаланг пальців), що виконуються синхронно обома руками масажиста вздовж масажних ліній.

2.2. Етап II: опрацювання нижніх кінцівок (незмінна позиція)

Масаж нижніх кінцівок виконується послідовно від периферії проксимально (від кінчиків пальців стоп) до кульшових суглобів.

Спеціальні позиції та техніки для опрацювання задньої поверхні:

Техніка 1 (Опрацювання гомілки): ногу пацієнта згинають у колінному суглобі та встановлюють перпендикулярно до робочої поверхні (стопа *упирається* в поверхню, коліно спрямоване вгору). Для додаткової фіксації стопи та посилення тиску масажист може обережно присісти на неї.

Техніка 2 (Опрацювання стегна): нога зігнута в коліні та розміщується на робочій поверхні під кутом таким чином, щоб коліно спиралося на гомілкову кістку протилежної ноги пацієнта. Це створює кут додаткової опори, розкриваючи площу для комплексного опрацювання м'язів стегна (зверху, з боків та знизу). Коліно пацієнта можна додатково фіксувати (притиснути до тулуба спеціаліста) для забезпечення стабільності.

2.3. Етап III: позиція на животі (лежачи обличчям донизу)

Спина та кінцівки: масаж розпочинається зі стоп, рухаючись лімфодренажними лініями вгору до сідничних м'язів. Далі послідовно опрацьовуються поперековий відділ, спина (вгору паравертебрально), ШКЗ та волосиста частина голови.

Завершення: на фінальному етапі виконуються м'які рухи на відтік лімфотоків (вздовж рук, що вже були промасажовані в попередньому етапі) та завершальне опрацювання фаланг пальців рук або маківки голови з використанням рефлекторних точок (наприклад, по меридіанах).

**3. Схема масажу, орієнтована на дистально-проксимальну активацію (Схема «Периферія-Центр»)**

Ця модель масажу демонструє позитивні терапевтичні результати і передбачає дистально-проксимальну (від периферії до центру) послідовність опрацювання зон, акцентуючи увагу на кінцівках та рефлекторних зонах.

3.1. Послідовність опрацювання

Пропрацювання починається з дистальних та нейрорефлекторних зон у такій послідовності:

1) Центральна нейрорефлекторна зона: місця кріплення м'язів на потилиці, волосиста частина голови, шийно-комірцева зона (ШКЗ) та плечовий пояс.

2) Верхні кінцівки: масаж виконується від кінчиків пальців у напрямку проксимально до плечового суглоба. У позиції пацієнта лежачи на животі додатково опрацьовується зона лопаток.

3) Нижні кінцівки: повторюється дистально-проксимальна послідовність: опрацювання від периферії (кінчики пальців стоп, стопа) до центру (кульшовий суглоб).

3.2. Завершальний етап

Після опрацювання кінцівок застосовується стандартна схема масажу із детальним опрацюванням м'язів спини.

### 3.3. Терапевтичний акцент

Дана методика підсилює акцент на роботі з кінцівками, зокрема, дистальними відділами (пальці рук, кисть, пальці ніг, стопа). Початок масажу із периферійних рефлекторних зон (голова, кінцівки) має на меті посилення пропріоцептивної та нейромоторної стимуляції перед опрацюванням центральних зон.

## **4. Обґрунтування та особливості авторської методики масажу при розсіяному склерозі**

### 4.1. Емпірична база та адаптивність методики

Пропонована авторська схема лікувального масажу є результатом семирічної практичної апробації та модифікації. Її розробка ґрунтувалася на мультидисциплінарному підході, враховуючи клінічні рекомендації лікарів та фахівців з фізичної терапії, також суб'єктивні потреби та побажання пацієнтів. Методика є адаптивною і корелюється зі станом здоров'я пацієнта та періодом перебігу захворювання (від початкових стадій до вираженого нейром'язового дефіциту).

### 4.2. Клінічні виклики та особливості патогенезу

При розробці методики було враховано прогресуючий характер розсіяного склерозу, що проявляється поступово втратою рухової функції та дисфункцією м'язової системи. Клінічні прояви, що вимагають корекції, включають:

- Регрес рухової здатності (від самостійної ходи та соціальної адаптації до необхідності використання допоміжних засобів і, зрештою, втрати здатності до самостійної зміни положення тіла).
- Втрату функціональності кистей та зниження дрібної моторики.
- Вторинні ортопедичні деформації (посилення поперекового лордозу, елементи сколіотичної постави).
- Суглобові ускладнення (наприклад, набряк гомілкових суглобів) та асиметричний парез однієї сторони тіла.

### 4.3. Технічні та логістичні модифікації

Невід'ємною частиною методики є відхід від класичних технік, що зумовлено клінічними протипоказаннями та психоемоційним станом пацієнтів:

1) **Позиціонування:** через дискомфорт та тривогу пацієнтів (страх падіння, неможливість самостійно контролювати положення), що унеможливило виконання масажу на животі та на стандартному масажному столі, процедуру доцільно проводити у домашніх умовах на твердій, стабільній поверхні (жорсткий диван).

2) **Техніки впливу:** класичний масаж (погладжування, розтирання, розминання, вібрація з використанням олій) сприймається пацієнтами негативно. Натомість, позитивне сприйняття викликають елементи тайського масажу, протискання по сухій шкірі та інтеграція з елементами лікувальної фізичної культури (ЛФК).

3) **Використання вправ:** на початкових стадіях хвороби доцільно застосовувати ізометричні вправи. При втраті функції опори реабілітолог виконує пасивні та пасивно-активні рухи в суглобах (згинання/розгинання кінцівок).

#### 4.4. Параметри проведення процедури

Оптимальний режим проведення масажу:

- Частота: 1–2 рази на тиждень. Збільшення частоти призводить до перевтоми пацієнта та знижує ефективність відновлення.
- Тривалість: 90 хвилин. Коротші сеанси не дозволяють комплексно опрацювати всі м'язові групи.
- Логістичні вимоги: необхідність зусиль асистента для зміни положення пацієнта, також можливість переривання процедури через потреби пацієнта (туалет), особливо при інтенсивному впливі на лімфатичні лінії.

Кінцевим результатом застосування даної методики є усунення застою в м'язовій системі та підтримка м'язового функціоналу.

**Висновок.** Сучасна нейрореабілітація РС визначається активними, функціонально орієнтованими втручаннями, підкріпленими високим рівнем доказів. Масаж слід розглядати не як самостійну лікувальну процедуру, як допоміжний інструмент мультидисциплінарної команди. Його основна цінність полягає в симптоматичному полегшенні (втома, біль, спазми), що, своєю чергою, може покращити переносимість та участь пацієнта в активних сесіях фізичної терапії.

#### Література:

1. Multiple Sclerosis Recovery of Function and Neurorehabilitation / ed. By Jurg Kesslerling, Giancarlo Comi, Alan J. Thompson. Cambridge, 2010. 260 p.

2. Sirbu C.A., Thompson D.-C., et al. Neurorehabilitation in Multiple Sclerosis – A review of Present Approaches and Future Considerations. *J Clin Med*. 2022 Nov 27;11(23):7003. doi: 10.3390/jcm11237003

3. Rietberg M.B., Brooks D., Uitdehaag B.M.J., Kwakkel G. Exercise therapy for multiple sclerosis. *Cochrane Database of Systematic reviews* 2005, Issue 1. Art. No.: CD003980. DOI: 10.1002/14651858.CD003980.pub.2.

4. Amatya B., Khan F., Galea M. Rehabilitation for people with multiple sclerosis: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 1. Art. No.: CD012732. DOI: 10.1002/14651858.CD012732.pub.2. Accessed 16 October 2025.

5. Zhang T, Yan HX, An Y, Yin L, Sun PP, Zhao JN, Yan JT. The Efficacy and Safety of Manual Therapy for Symptoms Associated with Multiple Sclerosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Integr Complement Med*. 2022 Oct; 28(10):780-790. doi: 10.1089/jicm.2021.0382. Epub 2022 Oct 7. PMID: 36206232; PMCID: PMC9595630.

## ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ ДІТЕЙ НА ХІРУРГІЧНОМУ СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ

**Григорова А.О., Ярославська Ю.Ю., Михайленко Н.М.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

**Вступ.** Проблема психологічної адаптації дітей на стоматологічному прийомі на теперішній час є актуальною. За даними різних авторів кожна друга дитина у віці від 2 до 10 років боїться іти на прийом до лікаря-стоматолога. Під час прийому діти відчують психоемоційний стрес, що у подальшому може призвести до відмови відвідування лікаря-стоматолога на довгий час.

В доступній літературі нами знайдені лише поодинокі дані щодо особливостей психологічної адаптації дітей на хірургічному стоматологічному прийомі [1–3]. Але хірургічний прийом має ряд особливостей, при якому рівень стресу дитини та негативного сприйняття проведених маніпуляцій може значно зростати. Тому вважаємо, що проведення досліджень в цьому напрямку є актуальним.

**Мета дослідження.** Розробити алгоритм психологічної адаптації дітей на первинному хірургічному стоматологічному прийомі.

**Матеріали і методи.** Нами в умовах амбулаторного прийому було обстежено та проліковано 50 дітей у віці від 5 до 11 років. Всі пацієнти раніше відвідували дитячого стоматолога-терапевта чи ортодонта, але на хірургічному стоматологічному прийомі були вперше. Усі діти були розподілені на групи, в залежності від виду хірургічної патології, з якою вони звернулися, та віку. Було виділено 3 групи патології, що найчастіше зустрічається на дитячому хірургічному амбулаторному прийомі: фізіологічна зміна зубів, загострення хронічного періодонтиту тимчасових зубів (ургентна допомога), коротка вуздечка верхньої губи (планове втручання). За віком діти були розподілені на 2 групи: молодший шкільний вік (5–7 років) та середній шкільний вік (8–11 років). Для виявлення рівня тривожності дитини використовували рейтингову шкалу Франкла.

Аналіз отриманих даних свідчив про те, що психологічний настрій дітей не залежав від віку. Пряма залежність виявлялася від наявності больових відчуттів перед зверненням до лікаря та від первинної психологічної підготовки, яка проводилась батьками та лікарями-стоматологами суміжних спеціальностей. Найкращий психологічний стан спостерігався у групі дітей з фізіологічною зміною зубів, оскільки діти з раннього віку чують, що випадіння тимчасових зубів є нормою.

На підставі аналізу отриманих результатів нами був розроблений алгоритм психологічної адаптації дітей на первинному хірургічному стоматологічному прийомі.

### **Алгоритм психологічної адаптації дітей на первинному хірургічному стоматологічному прийомі**

#### *1. Попереднє спілкування з батьками.*

При попередньому записі на прийом необхідно обов'язково провести бесіду з батьками, як необхідно психологічно підготувати дитину. Батьки повинні пояснити дитині що вони йдуть до лікаря не просто «щоб він подивився», за конкретною маніпуляцією, наприклад, щоб віддати зубика «зубній феї». Батьки не повинні при розмові з дітьми використовувати фраз «тобі нічого не будуть робити», «не бійся», «це не страшно», «буде не боляче». Дитина яка вперше приходиться на хірургічний прийом не знає, що буде відбуватися і ці слова можуть її налякати та викликати негативний настрій.

#### *2. Знайомство дитини з лікарем та кабінетом.*

При першому візиті дитини до хірургічного кабінету не можна одразу садити дитину у стоматологічне крісло. Знайомство з лікарем ліпше проводити біля письмового столу. Бажано, щоб при початку спілкування з дитиною лікар сидів, для того, щоб його очі знаходилися на одному рівні з очима дитини, і він не «нависав» над дитиною. Це дозволяє легше встановити первинний психологічний контакт і не лякає дитину. Привітання з посмішкою дозволяє закріпити відчуття дитини «що лікар не страшний».

Кабінет дитячого хірурга-стоматолога повинен бути оформлений ярко. Розпис на стінах, картини, розвішані дитячі малюнки створюють позитивну атмосферу, та можуть використовуватись у мікро-казках, які лікар розповідає для швидшої адаптації дитини на прийомі. Наявність телевізора з мультиками також полегшує роботу з дітьми, відволікаючи його від підготовки інструментарію.

### *1. Розташування дитини в стоматологічному кріслі.*

Саджаючи дитину у крісло, опустіть його максимально вниз, щоб дитині не було важко в нього влізти. Про рух крісла вверху обов'язково треба попередити, щоб дитина не злякалась. Наведення світла на операційну зону теж можна обіграти. Наприклад: «Дивись, це мій особистий світляк. Він розумний, і якщо ти не будеш крутитися, він буде світити тільки на зубки, і не попадати в очі. Тоді тобі буде зручно дивитися мультик».

### *2. Проведення знеболення.*

Місцеве знеболення у порожнині рота завжди проводьте з використанням аплікаційної та ін'єкційної видів анестезії. Використання аплікаційної анестезії не тільки зменшує больові відчуття від ін'єкції, є чудовим способом підготувати дитину до наступних маніпуляцій. Дитині необхідно пояснювати усі свої кроки, щоб вона не лякалась наявності інструментів у руках та рухів лікаря. Наприклад: «У мене є чарівне варення, яке мені принесла Зубна фея. Дивись, воно малинове і дуже смачно пахне. А ще воно вміє заморожувати зубик, який ми хочемо віддати Зубній феї».

Введення анестетику під час проведення ін'єкційної анестезії не може бути повністю безболісними, за рахунок тиску, що викликає рух рідини у м'яких тканинах. Аплікаційна анестезія виключає лише відчуття уколу голкою. Тому не можна казати дитині, що вона нічого не буде відчувати. Необхідно попередити її. Наприклад: «Зараз я буду лити спеціальну воду на твій зубик. Ця вода не тільки зробить його нечуттєвим, але й видавить його, щоб я могла його забрати пінцетом та віддати тобі для передачі Зубній феї. Тому, коли вода буде текти, ти відчуєш, що вона давить на зуб». Відчуття анестезії, незвичне оніміння частини губи, щоки може налякати дитину. Тому необхідно попередити її про зміну відчуттів використовуючи такі фрази: «щічка зараз стане пузатою і сонною, зубик дерев'яним», «зараз виникне відчуття, що губа стала велика, як хобот у слона і давить на ніс». При цьому треба наголосити, що зовні нічого не зміниться, це лише відчуття, можна навіть дати дитині дзеркало, щоб вона в цьому переконалася. Після настання анестезії необхідно дати дитині можливість переконатися, що наступні маніпуляції будуть безболісними. Для цього можна похитати зуб, натиснути на слизову в зоні анестезії.

### *3. Видалення зубу.*

Видалення зубу часто супроводжується звуками хрускоту, крім того, якщо корені зубу повністю не резорбовані залишається відчуття руху, висування зубу з лунки, яке не прибирається анестезією. Тому дитину необхідно про це попередити. Краще не використовувати в спілкуванні слів «видаляти», «виривати», тощо. Для видалення зубів на дитячому прийомі бажано користатися спеціальними дитячими щипцями, які менші за розміром, легко ховаються у руці лікаря і не лякають своїм виглядом дитину.

### *4. Забезпечення гемостазу.*

Забезпечення гемостазу після видалення зубу є останнім етапом візиту до хірурга-стоматолога. На цей час дитина вже трохи втомилася, розуміє, що найнеприємніше вже позаду і можна трохи повередувати. Крім того, марлевій

стерильний тампон, що використовується для досягання гемостазу є досить великим стороннім тілом, що дитина повинна тримати у роті та має не зовсім приємний смак. Для того щоб вмовити дитину міцно потримати тампон її треба відволікти від неприємних відчуттів. Це найкраще виходить, якщо запропонувати дитині у цей час вибрати подарунок від Зубної феї за те, що вона так гарно поводитись протягом усього прийому.

**Висновки.** Аналіз проведеного дослідження рівня психологічної тривожності дітей 5–11 років на первинному прийомі у лікаря хірурга-стоматолога показав, що рівень тривожності не залежить від віку дитини. Пряма залежність виявлялася від наявності больових відчуттів перед зверненням до лікаря та від первинної психологічної підготовки, яка проводилась батьками та лікарями-стоматологами суміжних спеціальностей. Отримані результати дослідження дозволили розробити алгоритм психологічної адаптації дітей на первинному хірургічному стоматологічному прийомі, що сприяє поліпшенню психологічного та загального стану дитини та покращенню сприйняття лікування у лікаря-стоматолога в майбутньому.

#### **Література:**

1. Соколова І.І. Профілактика в дитячій стоматології. / Соколова І.І., Ярошенко О.Г. // Харківський національний медичний університет. 2019. 85 с.
2. Krikken J.B. Child rearing styles, dental anxiety and disruptive behavior: An exploratory study. / Krikken, J.B., Veerkamp, J.S. // European Archives of Paediatric Dentistry. 2008. № 9. P. 23–28.
3. Olumide F. Anticipatory anxiety in children visiting the dentist: lack of effect of preparatory information. / Olumide, F., Newton, J. T., Dunne, S., & Gilbert, D. B. // International journal of paediatric dentistry. 2009. № 19(5). P. 338–342.

## **ЕЛЕКТРОННИЙ КУРС, ЯК ІНТЕРАКТИВНИЙ ІНСТРУМЕНТ ПРИ ВИКЛАДАННІ ОСВІТЬОГО КОМПОНЕНТА «СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА, ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я ТА НАУКОВІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ В МЕДИЦИНІ»**

**Журавель Я.В.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Україна четвертий рік поспіль продовжує жити в умовах війни і в цих реаліях дистанційна форма освіти змінила свій статус з можливого варіанта організації освітнього процесу на пріоритетний. Поряд із тим існує ряд проблем з використанням дистанційної форми навчання, нажаль вона не може забезпечити стабільність та електромережою, терористи постійно наносять удари по критичній інфраструктурі. Відсутність світла унеможливає відвідування онлайн занять в режимі реального часу. Певна кількість здобувачів не мають можливості відвідувати заняття в режимі онлайн, через те, що залучені до служби в збройних силах України в якості бойових медиків, або задіяні у волонтерській діяльності. Велика кількість здобувачів вимушені працювати через те, що рідні втратили роботу і це майже завжди відбувається за рахунок навчання. Навіть ті здобувачі, які перебувають за кордоном і знаходяться у безпеці, також мають певні проблеми із відвідуванням занять в режимі реального часу.

Враховуюче вище зазначене, доцільно використовувати розроблені електронні курси на платформі MOODLE.

Електронний курс – це структурований матеріал, який включає матеріал лекційних, практичних занять та самостійної роботи відповідно до програми освітнього компоненту. За форматом взаємодії електронні курси поділяють на: асинхронні, синхронні та змішані. Асинхронні курси передбачають самостійне вивчення матеріалу у зручний для здобувача час. Такий формат дозволяє інтегрувати навчання у повсякденне життя. Синхронні курси проходять у реальному часі, часто у форматі відеоконференцій та онлайн-чатів. Цей тип навчання сприяє взаємодії здобувачів та викладачів, імітує класичну обстановку. Змішаний, поєднує елементи особистого (очного) та онлайн-навчання.

Виклики, які постали перед освітою через збройну агресію, сприяли розробці та впровадженню в навчальний процес кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету електронних курсів з відповідних розділів освітнього компоненту: «Соціальна медицина, громадське здоров'я та наукові методи дослідження в медицині» розділ 2 громадське здоров'я для здобувачів 4 курсів, які навчаються за освітньою програмою «Медицина», та для здобувачів, які навчаються за освітньою програмою «Педіатрія», включають в себе: організаційну частину, навчально-методичний комплекс, що складається з теоретичного матеріалу, методичних вказівок для виконання практичних робіт, поточного та підсумкового контролю. Для закладання фахових компетенцій, були використані ресурси сумісної роботи платформи Moodle. Це сприяло активізації пізнавальної діяльності здобувачів освіти та надало можливість використати в електронному курсі сучасні педагогічні тенденції – гейміфікація навчального процесу, принципи мікронавчання. Для формування у здобувачів освіти не лише теоретичних знань, й практичних навичок, які забезпечать їхню здатність успішно виконувати професійні завдання в подальшій практичній діяльності, в електронному курсі були використані ресурси розміщені на платформі Moodle, «завдання», «вікі», «урок», в яких розміщені завдання з заповнення обліково-медичної документації на основі довільних даних, аналіз інфографіки демографічних процесів, розв'язання ситуаційних задач, розробку заходів, які сприяють покращенню громадського здоров'я.

В електронному курсі зручно відстежувати власний прогрес у навчанні, у відкритому доступі розташовано журнал оцінок, в якому здобувачі переглядають оцінки за виконані завдання, коментарі і рекомендації від викладачів. Запроваджена програма відзнаки здобувачів, які вчасно, якісно та без помилок виконують завдання і тести.

Використання електронного курсу паралельно з синхронним навчанням дозволяє поєднувати переваги обох форматів: гнучкість у самостійному вивченні матеріалу та інтерактивну взаємодію викладач-здобувач в реальному часі. Електронний курс надає можливість доступу до навчальних матеріалів, відео лекцій, практичних завдань, тестів, тоді як заняття в режимі онлайн забезпечують безпосереднє спілкування із викладачем, із одногрупниками, можливість працювати в команді і брати участь в колективних обговореннях. Поєднання двох форм навчання дає можливість для гнучкого, ефективного навчального процесу, який можливо адаптувати до різних стилів і індивідуальних графіків навчання.

## Література:

1. Усенко С. Г., Помогайбо К. Г., Дяченко М. С., Усенко С. А. Особливості викладання курсу «Соціальна медицина, громадське здоров'я та наукові методи дослідження в медицині на додипломному етапі на платформі MOODLE». Тернопіль : ТНМУ, 2025. С. 153–154.
2. Баглик Т. В., Воропаєва Л. В., Крючко А. І. Використання сучасних навчальних та психолого-педагогічних технологій в освітньому процесі / Т. В. Баглик, Л. В. Воропаєва, А. І. Крючко. Всеукраїнська наук.- практич. конф. «Актуальні питання педагогіки вищої медичної освіти». Харків, 2024. С.287.
3. Собченко Т. М. Змішане навчання: поняття та завдання. Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітніх школах. Вип. 75. Запоріжжя, 2021. С. 74–75. DOI: <https://doi.org/10.32840/1992-5786.2021.75-3.14>

## РАННЯ ДІАГНОСТИКА АУТИЗМУ У ДІТЕЙ: МОЖЛИВОСТІ ТА МЕТОДИ

**Х'юз Злата, Піга О.О.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

**Вступ.** Оперативна діагностика аутизму у дітей – важлива складова ефективного лікування та корекції розвитку. Застосування різноманітних методів скринінгу та діагностики дозволяє вчасно виявляти розлади, що забезпечує своєчасне втручання і знижує ризики розвитку супутніх проблем. В останні роки значно зросла роль технологій, таких як структурна магнітно-резонансна томографія та автоматизовані системи для аналізу рухів, що покращують точність діагностики на ранніх етапах розвитку [1–3]. Сучасні підходи включають також використання відео-аналізу та глибокого навчання для виявлення поведінкових ознак аутизму у дітей [4, 5].

**Актуальність.** Раннє виявлення аутизму необхідне для оптимізації лікувальних та корекційних заходів. Розвиток новітніх технологій та скринінгових методів відкриває нові можливості для точнішої та швидшої діагностики, що сприяє зниженню ризику пізнього виявлення і покращенню прогнозу для дітей з аутизмом.

**Мета:** аналіз сучасних методів ранньої діагностики аутизму у дітей, також оцінка можливостей використання новітніх технологій для підвищення точності та ефективності діагностики. Зокрема, увага буде зосереджена на перевагах і недоліках існуючих скринінгових інструментів та їх ролі в практиці педіатрії.

**Матеріали та методи.** Використані сучасні наукові статті та огляди, опубліковані в міжнародних журналах, що охоплюють методи ранньої діагностики аутизму у дітей. Окрему увагу приділено аналізу новітніх технологій, таких як структурна магнітно-резонансна томографія, автоматизовані системи аналізу рухів, також методам відео-аналізу та глибокого навчання. Методологічний підхід включав порівняння різних діагностичних інструментів та оцінку їх ефективності в контексті раннього виявлення аутизму.

**Результати.** Рання діагностика аутизму має значні досягнення завдяки застосуванню новітніх технологій, що значно підвищують точність і швидкість виявлення розладів. Один із найбільш перспективних підходів – використання

структурної магнітно-резонансної томографії (МРТ) для виявлення морфологічних змін у мозку, що характерні для аутизму. Дослідження показують, що зміни в корі головного мозку та гіпокампі, можуть бути помічені вже на ранніх етапах розвитку дитини. Це дозволяє здійснити більш точну діагностику порівняно з традиційними методами, такими як стандартні психолого-педагогічні тести [2].

Також слід зазначити швидкий розвиток методів, що ґрунтуються на використанні автоматизованих систем для аналізу рухів, таких як відстеження погляду (eye-tracking). Дослідження демонструють високу чутливість цих методів у виявленні порушень у соціальних взаємодіях та моторних навичках у дітей. Виявлення таких порушень у дітей до досягнення ними трирічного віку дозволяє здійснити своєчасне втручання, що має позитивний вплив на подальший розвиток дитини [4].

Використання відео-аналізу та методів глибокого навчання також значно покращує діагностику. Аналіз соціальних взаємодій через відео дозволяє не лише відстежити поведінкові аномалії, але й визначити інтерпретацію соціальних сигналів, що є важливою частиною діагностичного процесу. Ці методи можуть оцінювати такі аспекти, як відсутність зорового контакту або порушення в міміці. Таким чином, глибоке навчання в поєднанні з відео-аналізом відкриває нові можливості для раннього виявлення порушень [5].

Традиційні інструменти скринінгу, такі як ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) та ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule), незважаючи на їхню високу ефективність, також показали хороші результати в поєднанні з новими технологіями. Наприклад, використання ADOS у поєднанні з результатами МРТ чи відео-аналізу дозволяє досягнути більш високої точності в діагностиці. Ці інструменти продовжують залишатися важливою частиною діагностичного процесу, надаючи значну допомогу лікарям у визначенні ступеня важкості розладу та розробці індивідуальних програм втручання [3].

Також варто зазначити, що розвиток та інтеграція нових методів у медичну практику вимагають значних ресурсів, як технологічних, так і фінансових. Проте, завдяки удосконаленню доступності таких технологій, зокрема в країнах з низьким та середнім рівнем доходу, можливість раннього виявлення аутизму значно зростає, що може призвести до значного покращення якості життя дітей та їхніх родин. В цілому, результати свідчать про значний прогрес у застосуванні новітніх технологій для діагностики аутизму та підтверджують необхідність подальших досліджень і розвитку цих методів для досягнення більш ефективних результатів у ранньому виявленні порушень.

**Висновки.** Розвиток сучасних технологій, таких як магнітно-резонансна томографія, автоматизовані системи для аналізу рухів, також відео-аналіз і методи глибокого навчання, значно покращує точність і швидкість діагностики, дозволяючи виявляти аутизм на ранніх етапах розвитку. Водночас традиційні інструменти, такі як ADI-R та ADOS, залишаються важливою частиною діагностичного процесу, зокрема в комбінації з новими методами, що забезпечує комплексний підхід до виявлення розладів. Подальше вдосконалення цих методів дозволить значно покращити якість життя дітей з аутизмом та їхніх родин.

#### **Література:**

1. Cureus. Early Diagnosis of Autism Spectrum Disorder: A Review and Analysis of the Risks and Benefits [Електронний ресурс] / Cureus // *Cureus Journal*. 2023. Режим доступу: <https://www.cureus.com/articles/169662-early-diagnosis-of->

autism-spectrum-disorder-a-review-and-analysis-of-the-risks-and-benefits?utm\_source=chatgpt.com (дата звернення: 19.09.2025).

2. PMC. Screening and Diagnostic Tools for Autism Spectrum Disorder [Електронний ресурс] / PMC // PubMed Central. 2023. Режим доступу: [https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10951453/?utm\\_source=chatgpt.com](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10951453/?utm_source=chatgpt.com) (дата звернення: 19.09.2025).

3. Academic.oup. Early Diagnosis of Autism Spectrum Disorder Using Structural MRI: A Review [Електронний ресурс] // Oxford Academic. 2023. Режим доступу: [https://academic.oup.com/psyrad/article/doi/10.1093/psyrad/kkae004/7632138?utm\\_source=chatgpt.com](https://academic.oup.com/psyrad/article/doi/10.1093/psyrad/kkae004/7632138?utm_source=chatgpt.com) (дата звернення: 19.09.2025).

4. PMC. Early Detection of Autism Spectrum Disorder Through Automated Eye-Tracking Technology [Електронний ресурс] / PMC // PubMed Central. 2022. Режим доступу: [https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12346167/?utm\\_source=chatgpt.com](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12346167/?utm_source=chatgpt.com) (дата звернення: 19.09.2025).

5. Early Diagnosis of Autism: A Review of Video-Based Motion Analysis and Deep Learning Techniques [Електронний ресурс] / ResearchGate // ResearchGate. 2024. Режим доступу: [https://www.researchgate.net/publication/387655203\\_Early\\_Diagnosis\\_of\\_Autism\\_A\\_Review\\_of\\_Video-Based\\_Motion\\_Analysis\\_and\\_Deep\\_Learning\\_Techniques?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.researchgate.net/publication/387655203_Early_Diagnosis_of_Autism_A_Review_of_Video-Based_Motion_Analysis_and_Deep_Learning_Techniques?utm_source=chatgpt.com) (дата звернення: 19.09.2025).

## ОСОБЛИВОСТІ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ ПАЦІЄНТІВ З ОПІОЇДНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

**Старкова В.Д., Лантухова Н.Д.**

*Харківський національний медичний університет, м.Харків, Україна*

У практиці анестезіолога виникає багато специфічних та складних ситуацій, що потребують ретельного менеджменту з урахуванням особливостей стану організму пацієнта, серед яких особливе місце займає залежність від психоактивних речовин, зокрема – наркозалежність.

Історичні дані демонструють, що впродовж тисяч років людству були відомі рослини, здатні впливати на функцію нервової системи, пригнічувати життєво важливі функції організму та спричинювати стан ейфорії. Ще Гіппократ у IV ст. до н.е. згадував про властивості опіоїдного маку *Papaver somniferum* як заспокійливі та снодійні, в IX ст. активний інгредієнт цієї рослини – морфін – був названий на честь давньогрецького бога сновидінь Морфея [1]. З цього часу опіоїди стали активно використовуватися як у медицині, так і як безпосередня причина адикції мільйонів людей. Зростаюча поширеність стану, коли існує залежність від психоактивних речовин, впливає на потребу продуманого підходу анестезіологів при необхідності знеболення, звертаючи увагу на особливості таких пацієнтів.

Мета роботи: дослідити специфіку надання анестезіологічної допомоги у пацієнтів, залежних від опіоїдів.

Пацієнти з залежністю від психоактивних речовин демонструють наявність низки факторів, що безпосередньо впливають на якість надання

медичних послуг та процедур, які потребують знеболення. При цьому існує найпоширеніша проблема – знижена сприйнятливість опіоїдів. Толерантність може мати гострий (розвивається впродовж декількох секунд – декількох хвилин, та пов'язана з внутрішньоклітинним захопленням наркотичної речовини  $\mu$ -опіоїдними рецепторами) або хронічний характер. Відомо, що хронічна толерантність у пацієнтів з наркозалежністю, є домінуючою. Вона базується на довготривалих адаптаціях на рівні клітинних механізмів: зниженні здатності рецепторів передавати сигнал; посиленні внутрішньоклітинних сигнальних каскадів, таких як гіпертрофія цАМФ, що проявляється компенсаторним збільшенням аденілатциклази та цАМФ й зменшенням збудливої дії наркотичних речовин; подальшою перебудовою взаємодії між нейронами та гліальними клітинами [2].

Толерантність до опіоїдів, у свою чергу, ускладнює вибір препаратів для проведення анестезіологічного забезпечення пацієнтів. Через низку внутрішньоклітинних змін, наркотично залежні більш схильні до розвитку нестерпних болей у передопераційному періоді, та під час реабілітації після втручань. Виникає необхідність використання більшої дозировки опіоїдних анальгетиків, що, у свою чергу, підсилює дегенеративні зміни у нервовій системі пацієнта. Водночас із вказаним, важливо розуміти, що у залежних від психоактивних речовин, присутній дуже тяжкий синдром відміни, який може їм доставляти ще більше болю та негативно впливати на загальний стан. Виходячи з цих особливостей, міжнародно прийнятими ліками для знеболення пацієнтів з залежністю від психоактивних речовин, є бупренорфін (з налоксоном або без нього), метадон та налтрексон [3]. Ці речовини є більш контрольованими в клінічних умовах, ніж морфін та/або героїн, не викликають яскраву абстиненцію, не пригнічують функцію дихання та дають достатній рівень знеболення при роботі з пацієнтом.

Ще однією важливою проблемою для анестезіолога є психічна нестабільність пацієнта із адикцією. Такі хворі можуть симулювати загрозливий стан організму, або потребувати консультації групи лікарів разом з психіатром. Це пов'язано із симуляцією, перебільшенням або приховуванням симптомів, які можуть значно вплинути на підхід до менеджменту. Частою є проблема фізичних ризиків, що ґрунтується на присутності гіпопротеїнемії, гіповолемії та дефіциту поживних речовин. Також через особливості організму наркозалежного, його толерантності до опіоїдів, важливе індивідуальне титрування доз засобів, що потребує узгодженої роботи анестезіолога з іншими спеціалістами [4].

Необхідно враховувати ймовірність присутності супутніх інфекцій, якщо пацієнт вводить опіоїди внутрішньовенно (таких як ВІЛ, гепатит, сифіліс). У таких хворих завжди існують потенційні труднощі з венозним доступом. Також анестезіологу слід враховувати ймовірність сумісного введення інших препаратів, що викликають залежність, бо у таких пацієнтів висока ймовірність пригнічення свідомості та функції дихання [5].

Виходячи з викладеного, проблеми, що виникають під час роботи з пацієнтами, залежними від опіоїдів, зумовлюють необхідність точно виваженого та індивідуально адаптованого знеболення анестезіологічного забезпечення. Основним препаратом для такої групи людей є налтрексон, який діє конкурентно на  $\mu$ -опіоїдні рецептори та зменшує дію опіоїдних наркотичних речовин, що жививає пацієнт. Препарат показаний для використання й у випадках, коли анестезіологічне забезпечення планується без використання опіоїдних анестетиків, також у випадках анестезії з їх використанням задля

контролю ефектів препаратів [4]. Але застосування налтрексону потребує одночасного ретельного моніторингу концентрації опіоїдів в крові пацієнта. Отож частіше використовується консервативний варіант лікування – утримання від опіоїдів протягом 3–7 днів, що часто потребує великих зусиль.

Другий варіант анестезії – використання препаратів інших груп та їх комбінацій для забезпечення знеболення. Безопіодні схеми знеболення включають в себе нестероїдні протизапальні засоби, парацетамол, місцеві анестетики (можливі у вигляді пластирів), інфільтрацію рани та блокади нервових стовбурів. Є певні припущення щодо доцільності використання мультимодальної малоопіодної анестезії задля створення багатостороннього впливу на усі ланки больової чутливості, результатом якої буде зменшення потреби у використанні опіоїдних препаратів [6].

Проведена робота показала, що менеджмент пацієнтів із залежністю від опіоїдів, не є достатньо вивченою проблемою, й та тактика, яка мала місце у анестезіологічному забезпеченні одного пацієнта, може бути неефективною у випадку іншого. Наразі існує потреба у подальшому вивченні проблеми та розробки таких схем знеболення, які дозволили б стабілізувати й контролювати стан організму пацієнта, залежного від психоактивних речовин, більш ефективно.

#### **Література:**

1. Tao Che, Bryan L Roth. Molecular basis of opioid receptor signaling. *Cell*. 2023. Т. 186. С. 5203–5219.

2. Christie M. J. Cellular neuroadaptations to chronic opioids: tolerance, withdrawal and addiction. *British Journal of Pharmacology*. 2008. Т. 154. С. 384–396.

3. Stacey L Burns, Petra Majdak, Richard D Urman. Perioperative Anesthetic Management of Opioid Tolerant Patients and Patients with Active and Medically Treated Opioid Use Disorder (OUD). *Curr Opin Anaesthesiol*. 2022. Т. 35. С. 514–520.

4. Anesthesia for opioid addict: Challenges for perioperative physician / Rohit Goyal та ін. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2013. Т. 29. С. 394–396.

5. Марков Ю. І. Періопераційний менеджмент у пацієнтів з наркотичною залежністю. *Медицина невідкладних станів*. 2023. Т. 19. С. 186–192.

6. Місце мультимодальної анестезії/ анальгезії в сучасному періопераційному веденні пацієнтів (огляд літератури) / Р. О. Ткаченко та ін. *Pain, anaesthesia & intensive care*. 2024. Т. 2. С. 14–22.

## **ТАЙМ-МЕНЕДЖМЕНТ ЯК КЛЮЧОВИЙ ІНСТРУМЕНТ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ САМООРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ**

**Коваленко Н.І.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Одним з найважливіших завдань, що стоїть перед університетами, є підготовка студентів, які вміють критично мислити, здатні до самостійного пошуку і засвоєння нових знань, ефективно організують свою навчальну діяльність і розподіляють час. Суттєвим фактором для виконання цих завдань є час. Саме тому тайм-менеджмент відносять до необхідних навичок успішних людей. Тайм-менеджмент містить всю сукупність технологій, які дозволяють ефективно

планувати роботу задля підвищення ефективності [1]. В перекладі з англійської це слово означає керування часом. Здобувачі вищої освіти мають усвідомити цінність часу і знайти найбільш ефективний спосіб його стабільного використання.

Очевидна необхідність ознайомлення студентів з тайм-менеджментом з метою підвищення самоорганізації діяльності протягом всього періоду навчання. Після закінчення університету студенти, які успішно оволоділи всіма принципами і методами управління часом, зможуть використовувати свої знання для виконання своєї професійної діяльності.

Тайм-менеджмент спирається на різні методи і принципи, які допомагають в організації свого часу, сприяють підвищенню особистої продуктивності, і їх використання сприяє досягненню балансу між навчанням та особистим життям. Ключовими принципами є: планування (найбільш ефективна стратегія пристосування до високої динаміки життя і допомагає уникнути хаосу); цілепокладання (ключовий момент, бо без вибору цілей неможливо керувати часом і для цього розроблені критерії цілей – конкретна, актуальна, обмежена в часі, тощо); розподіл пріоритетів (використовують матрицю пріоритетів Ейзенхауера, яка поділяє завдання на чотири категорії: важливі і термінові, важливі і не термінові, не важливі і термінові, не важливі і не термінові). До методів тайм-менеджменту також належать: метод «Альпи» (планування завдань на поточний день (60 % часу) з урахуванням часу на непередбачувані події (40 % часу) і здійснення контролю за виконаним та перенесення незробленого на інший день), таймбоксинг (поділ великого завдання на менші і виконання їх протягом певного періоду часу), правило трьох (формулювання трьох завдань на періоди різної тривалості для досягнення значних результатів). Техніка «Помодоро» рекомендує поділити робочий час на окремі проміжки, які чергуються з відпочинком, що дає змогу зберігати концентрацію, регулярні перерви попереджають втому. Метод «З'їж жабу» базується на простому принципі: спочатку треба зробити складну справу, тоді прості завдання будуть здаватися досить легкими [1–3].

Ефективне використання часу дозволить мати кращі результати, знизити стрес, зберегти здоров'я, досягти балансу між навчанням і відпочинком, сприяє саморозвитку.

Метою роботи було отримання інформації про обізнаність студентів про тайм-менеджмент і як вони планують та використовують свій час.

Було проведено анонімне анкетування студентів третього курсу медичного університету. Для опитування використали відкриті та закриті (дихотомічні) питання.

Під час анкетування було виявлено, що всі учасники анкетування мають уявлення про те, що таке тайм-менеджмент. Студенти запропонували наступні варіанти відповіді: «це вміння розподіляти свій час та сили так, щоб в тебе на все вистачало енергії та була підвищена ефективність», «керування своїм вільним часом, або ефективне планування подій в певному часовому проміжку», «уміння правильно керувати власним часом», «сукупність методик оптимальної організації часу для виконання поточних завдань», «вміння правильно використовувати свій час роботи і відпочинку». Більшість вважає, що це є вміння правильно планувати і контролювати свій час. Не зважаючи на таку обізнаність, на питання, чи вміють вони ефективно розпоряджатися своїм часом, 61,9 % студентів відповіли, що вміють, 38,1 % – не вміють.

На питання про планування свого робочого дня 66,7 % студентів відповіли, що планують свій робочий день, 33,3 % – не планують. На виконання самостійної роботи по підготовці домашніх завдань 9,5 % опитаних витрачають більше 4 годин на день, 61,9 % – від 2 до 4 годин на день, 28,6 % – менше 1 години.

На питання «Для чого треба планувати час?» були такі відповіді: «для досягнення ефективного результату»; «щоб не було такого: сидиш увечері, купа домашнього завдання, нічого не зроблено і ти такий: «Ой, лишенько!»; «щоб був чіткий план, що ти хочеш досягнути за цей день»; «для покращення ефективності праці та відпочинку»; «щоб якісно виконувати всі поставлені плани на день»; «щоб ефективніше витратити час та встигати більше, також щоб залишався час на відпочинок»; «щоб зробити все, що запланував без спіху»; «для того, щоб максимально використати час з користю і все встигнути»; «для підвищення продуктивності і дисципліни»; «щоб за рахунок правильної організації свого часу встигнути виконати більше справ, що були заплановані, та не розсіюватися на додаткові або ж не термінові»; «щоб встигати поєднати і особисте життя і вчитися»; «забути про хаос і все встигати»; «для кращої продуктивності».

Таким чином, анкетування підтвердило, що студенти усвідомлюють важливість тайм-менеджменту та демонструють високу мотивацію до ефективного планування часу.

Однак, результати виявили суттєвий розрив між зацікавленістю та практичними навичками: здобувачі освіти не володіють достатніми знаннями про ключові принципи і методи тайм-менеджменту, що перешкоджає правильному розподілу навчального часу.

З огляду на зростання обсягу самостійної роботи, актуалізується необхідність інтеграції навичок управління часом у навчальний процес. Для цього доцільно розробити діагностичний комплекс для об'єктивної оцінки рівня самоорганізації студентів, провести його аналіз та сформувані обґрунтовані рекомендації щодо підвищення цих навичок.

### **Література:**

1. Тайм-менеджмент: навчальний посібник; 2-ге видання, прероблене і доповнене / Могилевська О.Ю., Павловський С.А., Поворозник М.Ю., Парій Л.В., Ребрин А.М., Наголюк О.Є., Братух В.В. Київ. КНДУ «Науково-дослідний інститут соціально-економічного розвитку міста». 2025. 242 с.

2. Тайм-менеджмент: навч. посіб. для закладів вищ. освіти / МОН України, Уманський держ. пед. ун-т імені Павла Тичини; уклад. Н.М.Малярчук. Умань. 2024. 175 с.

3. Корнілова О.В. Кузнецова Л.В. Управління персоналом. Тайм менеджмент: навч.-метод. посіб. [Електронне видання]. Нац. ун-т «Одеська юрид. академія». Одеса: Фенікс, 2024. 71 с. Режим доступу: <https://doi.org/10.32837/11300.28718>

## Секція 9. СТУДЕНТСЬКА НАУКА

### СОЦІАЛЬНЕ ТА ПСИХІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ ВИМУШЕНО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ: АНАЛІЗ ФАКТОРІВ АДАПТАЦІЇ ТА БЕЗПЕКИ В УМОВАХ ВІЙНИ

*Селегень О.М., Усенко С.Г.*

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

**Вступ.** Термін «соціальне благополуччя» поєднує два ключові аспекти: «соціальне» (що стосується людської спільноти) та «благополуччя» (стан забезпеченого життя, вільного від негараздів). Це поняття являє собою комплексну характеристику якості життя особистості, що відображає її гармонійні відносини із соціальним середовищем та суб'єктивне задоволення життям [1, 2].

Теоретично обґрунтовано пропозицію п'яти вимірів соціального благополуччя: соціальної інтеграції, соціального внеску, соціальної узгодженості, соціальної актуалізації та соціального прийняття [3]

Вплив війни, проживання в зонах конфліктів, втечі та вимушена міграція можуть створювати або збільшувати ризик широких наслідків прямих та непрямих ризиків для фізичного та психічного здоров'я, і позбавляють можливостей розвитку та основних ресурсів. В умовах війни соціальне та психічне благополуччя населення зазнає суттєвих труднощів. Наслідками стають психоемоційні травми та посттравматичні реакції, обмежений доступ до медичної допомоги та загальне зниження рівня життя.

**Метою роботи** є комплексне дослідження соціального та психічного благополуччя вимушено переміщених осіб (ВПО) в умовах воєнного стану.

Досягнення мети передбачає оцінку рівня їхньої адаптації та психоемоційного стану, також виявлення впливу умов проживання й соціально-демографічних чинників на процес інтеграції та відчуття безпеки ВПО, із подальшим порівнянням отриманих результатів із наявними літературними даними.

**Матеріали та методи.** У дослідження включено 60 вимушено переміщених осіб (ВПО). Методом збору даних було анонімне, дистанційне соціологічне анкетування.

Анкета складалася з 10+ запитань, що охоплювали такі ключові аспекти: місце поточного проживання, оцінка рівня психічного благополуччя (за п'ятибальною шкалою) та особливості самопочуття після переїзду.

Отримані дані підлягали аналізу та порівнянню з урахуванням соціально-психологічних аспектів адаптації ВПО в умовах воєнного стану.

**Результати та обговорення.** Аналіз анкетування 60 вимушено переміщених осіб (ВПО), більшу частку яких склали жінки, виявив наступний розподіл місця поточного проживання: проживають за кордоном: 37,3 % респондентів; перебувають у межах України (в іншій області): 33,9 %; залишилися у своєму регіоні: 28,8 %.

Оцінка психічного благополуччя (за п'ятибальною шкалою) показала: високий рівень (5 балів): 3,3 % (2 особи); рівень «4» бали: 33,3 % (20 осіб); середній рівень (3 бали): 46,7 % (28 осіб) – більшість респондентів; низький рівень (2 бали): 10,0 % (6 осіб); критично низький (1 бал): 6,7 % (4 особи).

Отримані дані свідчать, що 46,7 % опитаних демонструють лише середній рівень психоемоційної стабільності, 16,7 % (10 % + 6,7 %) перебувають у зоні високого ризику низького благополуччя.

При оцінці емоційного стану після переїзду 41,7 % опитаних повідомили, що відчували сильний стрес і тривогу; 40 % респондентів зазначили, що їм було важко, проте вони поступово адаптувалися; лише 10 % відчули підтримку та змогли швидко пристосуватися до нових умов.

**Висновок.** Отримані результати свідчать про те, що більшість вимушено переміщених осіб переживали виражений стресовий стан одразу після переміщення, що негативно вплинуло на їхнє психічне благополуччя. Найбільш уразливою групою виявилися особи з низькою самооцінкою психічного стану (приблизно 16,7 % респондентів із рівнями 1–2 бали). Це підкреслює потребу у своєчасній психологічній підтримці та заходах соціальної інтеграції для зменшення негативних наслідків вимушеної міграції.

#### **Література:**

1. Соціальна медицина, громадське здоров'я. навч. посіб. : у 4 т. / за заг. ред. В.А. Огнева. Харків: ХНМУ, 2023. Т. 2. Громадське здоров'я. 324 с.

2. Bürgin D, Anagnostopoulos D; Board and Policy Division of ESCAP; Vitiello B, Sukale T, Schmid M, Fegert JM. Impact of war and forced displacement on children's mental health-multilevel, needs-oriented, and trauma-informed approaches. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022 Jun;31(6):845-853. doi: 10.1007/s00787-022-01974-z. PMID: 35286450; PMCID: PMC9209349.

3. Corey Lee M. Keyes. Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, Vol. 61, No. 2, 1998, pp. 121–40. JSTOR. <https://doi.org/10.2307/2787065>. Accessed 4 Oct. 2025.

## **ОБҐРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОРАНЕНИХ ПІД ЧАС ВІЙНИ**

**Старкова В.Д., Тищенко О.М.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

**Вступ.** Повномасштабна війна в Україні спричинила небувале зростання кількості поранених військовослужбовців та цивільних осіб. При цьому фізичне відновлення є лише одним складником процесу реабілітації пацієнтів. Поряд із фізичними травмами чи ушкодженнями, значна частка постраждалих стикається з психологічними розладами: посттравматичним стресовим розладом, тривожністю, депресією, психосоматичними станами. У зв'язку з цим виникає нагальна потреба у системній психологічній реабілітації поранених, як важливого компоненту їх менеджменту.

Сучасні дослідження підтверджують, що психологічна підтримка поранених є критично важливою для їхнього успішного повернення до повсякденного життя. Зокрема, науковці відзначають принципи підходу до психологічної реабілітації, що включає психотерапію, зміну окремих симптомів до чи після проведення вказаної роботи [1, 2].

**Метою дослідження** стало обґрунтування необхідності та ефективності психологічної реабілітації поранених під час війни та визначення її основних напрямків.

**Результати дослідження.** Ми проаналізували психологічні наслідки поранень та травматичних ушкоджень шляхом анкетування пацієнтів хірургічних відділень Військово-медичного клінічного центру Північного регіону та Обласної клінічної лікарні. Встановлено наступні варіанти змін у психологічному стані 100 % поранених чи травмованих:

- наявність тривожних та депресивних розладів;
- почуття провини «військового, що вижив»;
- порушення самоідентифікації через зміну фізичного стану (ампутації, опіки, відмороження тощо);
- відчуття соціальної ізоляції, втрати життєвих орієнтирів.

Присутність визначених порушень зумовлює необхідність проведення психологічної реабілітації. Навіть здійснення анкетування демонструє, що увага, яка була приділена пацієнтам, визнана ними у 87,5 % випадків як позитивна й у 20,8 % спостережень – покращила настрій.

Враховуючи викладене, ми визначили основні принципи психологічної реабілітації: комплексний підхід (поєднання медичної, психологічної, соціальної допомоги); безперервність (підтримка на всіх етапах: стабілізація, лікування, реабілітація, адаптація); індивідуальний підхід (з урахуванням типу травми, особистості, попереднього досвіду); професійність (залучення кваліфікованих психологів, психотерапевтів, психіатрів).

**Висновки.** Таким чином, проведене дослідження серед постраждалих внаслідок війни, що лікуються у хірургічному відділенні, показало необхідність проведення психологічної реабілітації в усіх випадках, представлених у роботі. Враховуючи результати анкетування, ми визначили підхід до психологічної роботи с пацієнтами, який буде мати безперервний характер, індивідуальне ставлення, залучення до роботи професіоналів та являтися частиною комплексного менеджменту поранених й травмованих.

#### **Література:**

1. Melnyk A., Mushkevych V. Psychological Rehabilitation (Including Emotional Readaptation) of Servicemen after Returning from the Combat Zone. *Annales Universitatis Mariae Curie Skłodowska, sectio J – Paedagogia Psychologia. Language of Emotions II*. Vol. XXXIII, 3. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 2020. P. 307–315.

2. Klymenko I, Lobanov S, Zaichykova T, Pchenko R, Vakal Y. Psychosocial Rehabilitation of Military Personnel with Post-Traumatic Stress Disorder: The Example of Ukraine. *Salud, Ciencia y Tecnología [Internet]*. 2025 Jan. 1 [cited 2025 Sep. 14];5:1298. DOI:10.56294/saludcyt20251298.

## **ВПЛИВ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ КОНКРЕМЕНТІВ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ ВНАСЛІДОК «ЗАБУТОГО» СЕЧОВІДНОГО СТЕНТУ НА СИСТЕМУ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

**Вакуленко А.І., Андрєєв С.В.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

**Актуальність.** Сечокам'яна хвороба (СКХ) залишається поширеним захворюванням, актуальність якого зростає через порушення обміну речовин, малорухливий спосіб життя, нераціональне харчування та розвиток інфекційних

процесів сечовидільної системи. Симптоматика СКХ (біль у попереку, гематурія, порушення сечовипускання) спричиняє значний дискомфорт і вимагає ретельної діагностики та комплексного лікування [1]. Сучасна урологія характеризується широким впровадженням ендо- та лапароскопічних технологій, які кардинально змінили підходи до лікування, насамперед, СКХ. Як правило, ці оперативні втручання завершуються тимчасовим внутрішнім дрениванням сечових шляхів (стентуванням) на термін від 2 до 12 тижнів.

Проте, «забуті» сечовідні стенти (які не були видалені вчасно) є чинником ряду серйозних ускладнень. Найбільш небезпечними з них є вторинна сечокам'яна хвороба (СКХ) та обструктивна нефропатія, що підкреслює актуальність проблеми контролю за термінами дренивання.

**Метою дослідження** був розбір клінічного випадку щодо утворення конкрементів, внаслідок «забутого» сечовідного стенту, вивчення наслідків даного стану та хірургічні тактики, які повинні бути виконані в даній ситуації.

#### **Матеріали та методи.**

Дослідження ґрунтувалося на клінічному випадку пацієнтки Є., 34 роки, яка була госпіталізована до Харківського обласного медичного клінічного центру урології і нефрології ім. В.І. Шаповала (11.11.2023 р.)

Основні скарги: періодичний біль у поперековій ділянці праворуч, загальна слабкість, помірні дизуричні явища (різи, полакіурія).

Анамнез хвороби: 15 років тому (2008 р.) з приводу сечокам'яної хвороби (СКХ) та конкременту правого сечоводу пацієнтці було виконано лапароскопічну уретеролітотомію з подальшим стентуванням правого сечоводу. Ключова проблема: з невідомих причин стент не був видалений у післяопераційному періоді (пацієнтка загубила виписку та не пам'ятала рекомендацій).

Динаміка: протягом 14 років пацієнтка почувалася задовільно. Погіршення стану (постійні різи та почастішання сечовипускання) спостерігається лише протягом останніх півроку.

**Результати обстеження та діагноз.** В рамках обстеження пацієнтки було виконано ультразвукове дослідження (УЗД), оглядову рентгенографію та мультиспіральну комп'ютерну томографію (МСКТ).

**Встановлено діагноз:** сечокам'яна хвороба (СКХ) як ускладнення тривалого стояння сечовідного стента.

#### **Ключові патологічні зміни:**

Конкрементоутворення: виявлено великі конкременти правої нирки, середньої третини правого сечоводу та сечового міхура. Найбільший конкремент становив 8,0×8,0×6,0 см.

Причина: в результаті інкрустації стента відбувалося відкладання мінеральних солей та мікроорганізмів.

Ускладнення: внаслідок порушення відтоку сечі розвинувся термінальний уретерогідронефроз праворуч.

Хірургічне лікування: Враховуючи занедбані патологічні зміни виконали відкриту нефруретеректомію праворуч і цистолітотомію через окремий доступ. Даний комплексний підхід було використано для зменшення ускладнень захворювання та забезпечення функціонування сечовидільної системи у пацієнтки.

**Післяопераційний період** протікав без ускладнень. Рана загоїлася первинним натягом. Пацієнтка була виписана в задовільному стані для подальшого спостереження в уролога за місцем мешкання.

**Висновок.** Таким чином, активне впровадження відеолапароскопічних та ендоскопічних методик у сучасній урологічній практиці, попри їхні переваги, суттєво актуалізує проблему внутрішніх урологічних дренажів.

«Забуті» сечовідні стенти є важким і потенційно небезпечним ускладненням, яке може призводити до незворотної дисфункції органу, що було наочно продемонстровано у представленому клінічному випадку (розвиток термінального уретерогідронефрозу та необхідність нефруретеректомії).

Вирішення цієї проблеми лежить у комплексному підході, що включає:

1. Посилення лікарняного моніторингу: Впровадження обов'язкового, ретельного контролю за термінами стояння стента.

2. Поглиблене інформування пацієнтів: Наголошення на ризиках ускладнень та критичній необхідності своєчасного видалення стента.

3. Післяпроцедурний контроль: Забезпечення медичного огляду та контролю після успішного видалення дренажу.

Запобігання таким ситуаціям вимагає підвищення дисципліни як з боку медичного персоналу (моніторинг), так і з боку пацієнтів (дотримання рекомендацій).

#### **Література:**

1. Пасєчніков С.П. Урологія. 2019. № 3. С. 219–228.

## **ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБЛЕМНО-ПОШУКОВОГО МЕТОДУ У ВИВЧЕННІ АНГЛІЙСЬКОЇ МОВИ ЗДОБУВАЧАМИ ВИЩОЇ ОСВІТИ**

***Єгоркіна Д.М., Нешко С.І.***

*Український державний університет залізничного транспорту, м. Харків, Україна*

Сьогоднішні умови висувають нові вимоги до випускників закладів вищої освіти (ЗВО). Сучасний фахівець має бути висококваліфікованим, конкурентоспроможним та компетентним, здатним до ефективної роботи на рівні світових стандартів. Підготовка спеціаліста повинна враховувати такі ключові показники (компетенції): самостійність, креативність, відповідальність, здатність приймати професійні рішення та адаптуватися до складних умов, вмотивованість до розвитку та участь у міжнародних програмах. Зважаючи на нові вимоги суспільства та універсалізацію вимог до рівня володіння іноземною мовою, провідною ціллю її засвоєння стає формування комунікативної компетенції майбутнього фахівця. Сформованість професійної іншомовної компетенції передбачає не лише засвоєння системи вмінь та навичок спілкування, але й здатність орієнтуватися в різних комунікативних ситуаціях, розумітися на соціальних нормах поведінки, звичаях і традиціях іншомовних співрозмовників. Це дає фахівцю можливість використовувати іноземну мову як засіб професійного спілкування.

Формування іншомовної комунікативної компетенції є об'єктивною необхідністю для сучасного фахівця. Саме вона дозволяє здійснювати міжкультурне професійно-орієнтоване спілкування, враховуючи цінності та соціальні норми комунікації.

Ця компетенція є результатом цілеспрямованих зусиль і синтезує іншомовні знання та вміння, що відображають такі аспекти мови як засобу професійної комунікації: лінгвістичний та професійно-контекстуальний; психологічний та соціально-ситуативний. У ширшому сенсі, професійно-комунікативна компетенція являє собою інтегральну властивість особистості [1]. Вона синтезує загальну культуру комунікації та її прояв безпосередньо у професійній діяльності.

Проблемно-пошуковий метод потребує особливого акцентування уваги під час навчання іноземної мови за професійним спрямуванням. Цей метод оптимізує організацію занять, оскільки значна частина навчального часу присвячується самостійній роботі студентів.

Проблемно-пошуковий метод є одним із найбільш результативних способів для розвинення пізнавальної активності студентів, сприяючи їхній вірі у власні сили та можливості, і втілюється у формі розвиваючого викладання.

Завдання педагога полягає у керуванні освітнім процесом, що включає: моніторинг перебігу виконання завдань; оцінювання правильності та аналіз результатів; контроль кінцевого результату; забезпечення диференційованого підходу до здобувачів вищої освіти.

Мета методу реалізується через систему проблемних завдань різного рівня складності, шляхом вирішення яких студенти здобувають нові знання та досвід.

Завдяки цьому спостерігається розвиток та формування таких якостей: творчі здібності, увага, пізнавальна активність, мислення та інтелектуальні емоції [2].

Ефективність проблемно-пошукового методу полягає у створенні навчальних ситуацій, де наявні знання та вміння здобувачів вищої освіти виявляються недостатніми для вирішення поставлених складнощів.

Це стимулює студентів до активного пошуку нових шляхів та способів досягнення мети, що, своєю чергою, систематизує, актуалізує та поглиблює раніше засвоєний навчальний матеріал [2].

#### **Література:**

1. Черняхівич О. С. Особливості іншомовної професійно орієнтованої комунікативної компетенції ІТ-фахівців. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія і педагогіка». Матеріали міжнародної науково-практичної конференції 22–23 квітня 2010 року «Міжнародна комунікація: мова – культура – особистість». Острого : Видавництво Національного університету «Острозька академія», 2010. Вип. 15. С. 367–374.

2. Барановська Т. П. Проблемно-орієнтоване навчання у викладанні англійської мови як іноземної : навч. посіб. Вінниця : Нова Книга, 2017. 164 с.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОГРАМИ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ В АКУШЕРСТВІ ТА ГІНЕКОЛОГІЇ**

***Тросцінський Я.Й., Сікорський М.В., Орлова Н.М.***

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,  
м. Вінниця, Україна*

Збереження репродуктивного потенціалу населення є однією із найактуальніших проблем громадського здоров'я, необхідною передумовою для успішного відтворення населення України. Впродовж останніх років в Україні відбувається реформа фінансування системи охорони здоров'я, яка має на меті

забезпечити рівний доступ до якісних медичних послуг для всіх громадян. Фундаментом цієї трансформації є Програма медичних гарантій (ПМГ), яка визначає перелік послуг, що оплачуються державою. Завдяки їй пацієнти отримують доступ до медичної допомоги без додаткових фінансових витрат, що є критично важливим для забезпечення соціальної рівності та збереження здоров'я населення. Особлива увага у ПМГ приділяється акушерській та гінекологічній допомозі, оскільки вона має прямий вплив на репродуктивний потенціал та демографічні показники країни. Якісні акушерсько-гінекологічні послуги сприяють зниженню материнської та дитячої смертності, зміцненню репродуктивного здоров'я та підвищенню якості життя мільйонів жінок. Аналіз ефективності ПМГ в акушерстві та гінекології базується на моніторингу та оцінці статистичних даних та епідеміологічних показників. Такий підхід дозволяє отримати об'єктивну картину, виявити успіхи та недоліки програми, також розробити рекомендації для її подальшого вдосконалення, що є запорукою побудови сучасної та ефективного системи охорони здоров'я.

За час запровадження ПМГ в Україні намітилась тенденція до покращення ключових показників здоров'я населення. Материнська смертність знизилася з 25,9 на 100 тисяч живих новонароджених у 2021 році до 14,95 у 2023 році [1]. Неонатальна смертність зменшилася за цей період з 4,9 до 4,7 на 1000 народжених живими [1]. Ці позитивні зміни були результатом стандартизації протоколів, що стало можливим завдяки реалізації ПМГ. У сфері пологової допомоги в Україні НСЗУ використовує систему оплати за діагностично-спорідненими групами та тариф – «ставка на пролікований випадок». Правову основу для запровадження нових прозорих механізмів фінансування заклав Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII [2]. Тарифи та порядок оплати щорічно затверджуються постановами Кабінету Міністрів України [3].

Скринінг раку молочної залози (РМЗ) – охоплює цільову групу жінок віком 40–70 років 1 раз на 2 роки та здійснюється шляхом мамографії за направленням лікаря акушер-гінеколога або лікаря загальної практики-сімейної медицини [4]. До запровадження ПМГ охоплення жінок мамографічним скринінгом було дуже низьким, що обумовлювало високі показники занедбаності РМЗ та недостатню ефективність його лікування. Після запровадження ПМГ, згідно з даними НСЗУ [5], кількість скринінгових мамографій значно зросла. Наприклад, у 2021 році було проведено понад 500 тис. досліджень, що суттєво перевищило показники до 2020 року. Аналіз даних за 2022–2025 роки (по 31.08.25) засвідчує зростання кількості виконаних за ПМГ мамографій: 2022 р. – 289 тис.; 2023 р. – 497 тис. (на 72,0 % більше, ніж у 2022 р.); 2024 р. – 581 тис. (на 16,9 % більше, ніж у 2023 р.); на 31.08.25 р. – 360 тис. Такі динамічні зміни у перспективі сприятимуть зростанню частки випадків РМЗ, виявлених на I-II стадіях та ефективності лікування РМЗ.

Водночас, мамографічний скринінг, ключовий інструмент для раннього виявлення раку молочної залози, стикається з серйозними викликами: у 2023 році лише 3,7 % з понад 300 тисяч жінок, яким було сформоване направлення, пройшли обстеження, що зумовлено дефіцитом сучасного обладнання, нестачею кваліфікованих фахівців та логістичними проблемами. Попри ці перешкоди, стабільне фінансування та пріоритетність ранньої діагностики дають підстави прогнозувати поступове зростання рівня охоплення профілактичними оглядами, оскільки уряд і НСЗУ зосереджені на залученні інвестицій та підвищенні кваліфікації медичного персоналу.

Скринінг дисплазії та раку шийки матки (РШМ) – охоплює цільову групу жінок віком 25–65 років 1 раз на 3 роки шляхом РАР-тестування (цитологічного дослідження) [4]. Після початку реалізації ПМГ були запроваджені єдині стандарти якості взяття та інтерпретації мазків (за системою Bethesda). НСЗУ фіксує стабільне зростання кількості оплачених РАР-тестів [5], що засвідчує активізацію скринінгу на первинній ланці. Аналіз даних за 2022-2025 рр. (по 31.08.25) виявив позитивну динаміку до суттєвого збільшення кількості виконаних тестів: 2022 р. – 25 млн 981 тис.; 2023 – 28 млн 942 тис. (на 11,4 % більше, ніж у 2022 р.); 2024 р. – 32 млн 744 тис. (на 13,1 % більше, ніж у 2023 р.); на 31.08.25 – 24 млн. 841 тис. ПМГ досягла значного успіху в організації профілактичних скринінгів, що підтверджується зростанням охоплення онкоцитологічним скринінгом (ПАП-тест) з 45 % у 2020 році до 55 % у 2021–2022 роках, що сприяло виявленню на 15 % більше передракових станів. МОЗ закликає до переходу на більш сучасний ВПЛ-тест (тестування на вірус папіломи людини високого онкогенного ризику), як первинний метод скринінгу. Це поступово впроваджується, що має значно підвищити чутливість і специфічність скринінгу. Також варто зазначити, що ПМГ покращила маршрутизацію: при патологічному РАР-тесті пацієнтку направляють на кольпоскопію та біопсію, які також оплачуються за ПМГ.

Пакет «Ведення вагітності» включає такі обов'язкові скринінги: УЗД в установлені терміни, скринінг на прееклампсію в I триместрі, пероральний глюкозотолерантний тест для виявлення гестаційного діабету, при виявленні якого вагітну направляють до відповідного спеціаліста. Даний підхід сприяв зниженню материнської та неонатальної смертності.

Також варто зазначити, що ПМГ покращила діагностику ендокринних порушень (синдрому полікістозу яєчників, аменореї) – за рахунок підвищення доступності гормональних досліджень через лабораторні пакети НСЗУ; міоми матки, ендометріозу через стандартизовані протоколи діагностики (УЗД, гістероскопія, лапароскопія), які оплачуються НСЗУ та пришвидшують постановку діагнозу; а також інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) завдяки ширшому використанню ПЛР-діагностики, які включені до пакету первинної медичної допомоги. Збільшення доступності медичних послуг в Україні підтверджується динамічним зростанням кількості медичних закладів, які співпрацюють з НСЗУ: з близько 550 у 2020 році до майже 3,5 тисячі у 2024 році, включаючи комунальні, приватні та ФОП, що значно розширило вибір і покращило географічну доступність послуг. Наразі НСЗУ оптимізує мережу пологових будинків, підвищуючи вимоги для укладення договорів до мінімальних 100 пологів за період з 01.04 по 30.09 у попередньому році, що спрямовано на підвищення якості послуг. У майбутньому прогнозується подальше зростання кількості законтракованих закладів, особливо у приватному секторі, посилення вимог до якості послуг та продовження підтримки закладів на деокупованих та прифронтових територіях, що дозволить зберегти позитивну динаміку у доступності та якості медичної допомоги в Україні. ПМГ демонструє стійкість та ефективність в акушерстві, гінекології та онкології, що підтверджується зростанням доступності послуг і позитивною динамікою профілактичних оглядів, попри значні виклики воєнного часу. На 2025 рік на онкологічні програми виділено понад 6,4 млрд грн, новий наказ МОЗ України від 05.08.2024 № 1368 [4] покликаний упорядкувати скринінгові програми, що дає підстави прогнозувати подальше зростання якості та доступності медичних послуг в Україні.

У той же час існують певні проблеми, які знижують ефективність ПМГ, як з боку системи охорони здоров'я, (зокрема, недостатнє фінансування, дефіцит кадрів, логістичні перешкоди, особливо для мешканців віддалених районів), так і з боку пацієнтів. Головні з них - низька обізнаність та медична активність, які проявляються в ігноруванні профілактики та самолікуванні, психологічні бар'єри, такі як страх дізнатися про хворобу, відсутність культури профілактики, що змушує пацієнтів відкладати візит до лікаря до останнього моменту. Тому система заходів, спрямованих на збереження репродуктивного здоров'я і підвищення ефективності ПМГ, має включати інформаційно-роз'яснювальну діяльність, до якої мають долучатися як лікарі акушер-гінекологи, лікарі загальної практики-сімейної медицини, так і служба громадського здоров'я, яка має забезпечити взаємодію із територіальними громадами, засобами масової інформації, закладами освіти тощо.

#### **Література:**

1. World Health Organization 2025 data.who.int, Ukraine [Country overview] <https://data.who.int/countries/804>

2. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

3. Постанова КМ України від 24 грудня 2024 р. № 1503 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1503-2024-%D0%BF#Text>

4. Наказ МОЗ України від 05.08.2024 № 1368 «Про забезпечення скринінгу і ранньої діагностики окремих видів раку та моніторингу стану здоров'я пацієнтів з груп ризику» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1273-24#Text>

5. Статистика наданих послуг за договорами із НСЗУ про медичне обслуговування населення <https://nszu.gov.ua/dashboards/statistika-nadanix-poslug-za-dogovorami-iz-nszu-pr>

## **ОБІЗНАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ЩОДО СИТУАЦІЇ З ВІЛ/СНІД: МІФИ ТА РЕАЛЬНІСТЬ**

**Барабаш С.О., Журавель Я.В.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

ВІЛ-інфекція та синдром набутого імунodefіциту (СНІД) залишаються одними з найбільш актуальних проблем громадського здоров'я як в Україні, так і в усьому світі [1–3]. Незважаючи на значні досягнення в діагностиці, лікуванні та профілактиці, рівень поширеності ВІЛ-інфекції залишається досить високим, що тісно пов'язано зі ступенем поінформованості населення.

Брак знань про шляхи передачі вірусу, страх та стигматизація ВІЛ-позитивних людей, поширення міфів і упереджень стають значним бар'єром для своєчасного тестування та зверненням по медичну допомогу [4, 5]. Через це лєвова частка хворих не знають про свій позитивний статус, що також сприяє поширенню вірусу.

З розвитком інтернет-технологій очікувалося зростання поінформованості населення з даного питання. Однак, унаслідок поширення дезінформації різними інтернет-ресурсами та висловлювань псевдоекспертів, кількість хибних уявлень, навпаки, збільшилася.

Саме тому, метою нашого дослідження є оцінити обізнаність населення України, щодо ситуації з ВІЛ/СНІД та проаналізувати, які міфи існують в суспільстві й дотепер.

Для повноцінного розуміння даної теми, було створено анкету та проведено опитування на платформі Google Forms. В нашому дослідженні взяли участь 100 осіб, серед яких 61 % – жінки та 49 % – чоловіки. Переважна вікова група респондентів склала 18–25 років (79 %). Серед опитуваних 19 осіб мають освіту пов'язану з медичною сферою.

Респондентам було запропоновано оцінити актуальність теми нашого дослідження за шкалою від 1 (повна неактуальність) до 10 (максимальна актуальність). Переважна більшість (95 %) оцінила тему як актуальну, виставивши 6 балів і вище.

Серед учасників опитування більшість (87 %) ідентифікували себе як гетеросексуали. Водночас серед респондентів були також особи з гомосексуальною (3 %), бісексуальною (8 %) та пансексуальною (1 %) орієнтацією.

Близько 19 % анкетованих зазначили, що наразі не ведуть статевого життя. Серед інших (81 особа) не мали жодного сексуального партнера за останній місяць 24,7 % (20 осіб); одного – 69,1 % (56 осіб); двох – 2,5 % (2 особи); чотирьох – 1,2 % (1 особа); більше п'яти – 2,5 % (2 особи). При цьому постійного статевого партнера мають 62 опитаних (76,5 %).

Серед осіб, які ведуть статеве життя, лише 56 (69,1 %) повідомили, що їхні статеві контакти завжди є захищеними. Найпоширенішим засобом захисту, серед респондентів, є презервативи – їх використовують 68 осіб (84 %). Водночас 11 опитаних (13,6 %) зізналися, що не застосовують жодних засобів захисту.

Серед опитаних чоловіків один повідомив, що практикує сексуальні контакти з представниками своєї статі. Серед жінок виявилася респондентка, залучена до секс-індустрії, яка зазначила, що завжди користується засобами захисту, саме чоловічими презервативами.

Близько 54 анкетованих ніколи не робили тестування на ВІЛ. Серед інших: робили один раз – 21 особа, раз на рік – 9, за потребою – 14, після випадкового статевого контакту – 2.

Серед джерел інформації, з яких учасники опитування довідалися про ВІЛ/СНІД, найпопулярнішими виявилися: уроки/пари в школі/університеті (91 %), інтернет ресурси (67 %) та соціальні мережі (Ютуб, Інстаграм, тощо) (63 %). Проте респонденти також зазначили, що більше довіряють лікарям (70 %) та офіційним сайтам МОЗ/ВООЗ України (67 %).

На думку анкетованих, є такі шляхи передачі ВІЛ:

1. Через переливання крові – 89 %;
2. Через поцілунок – зазначило 3 особи (тобто 3 %);
3. Через незахищений статевий акт – 99 %;
4. Через посуд – 1 %;
5. Через сидіння туалету – 6 %;
6. Від матері до плоду (трансплацентарно) – 75 %;
7. Через нестерильний шприц – 91 %;
8. Через випадкові уколвання/порізи медпрацівників при контакті з кров'ю – 83 %;
9. При користуванні приладами для гоління – 58 %;
10. Салони тату/пірсингу – 77 %;
11. Манікюрні салони – 52 %;

12. Трансплантація органів – 64 %;
13. Через грудне вигодовування – 24 %;
14. Через особисті речі, якщо на них є кров інфікованого – 1 %.

При цьому, жоден з респондентів не обрав із запропонованих варіантів «через обійми» та «через рукостискання».

Методами профілактики ВІЛ анкетовані зазначають наступне:

1. Носіння рукавичок для медичних працівників – 62 %;
2. Презервативи – 97 %;
3. Оральні контрацептиви – 24 %;
4. Ізоляція людей з ВІЛ – 15 %;
5. Дотримуватися особистої гігієни – 39 %;
6. Використання стерильних шприців – 91 %;
7. Мати постійного статевого партнера – 66 %.

Проте 2 респондента зазначили, що на їх думку, не існує профілактики ВІЛ.

Серед профілактичних заходів опитувані вважають найефективнішими мати одного статевого партнера (82 %) та підвищувати обізнаність населення з питання ВІЛ/СНІД (81 %).

Також під час опитування респондентам було запропоновано висловити свою згоду або незгоду з низкою поширених тверджень. Висловлювання: «Я з легкістю можу розпізнати людину з ВІЛ» – відкинули 100 % анкетованих. З твердженням: «Найбільш схильні до передачі ВІЛ статевим шляхом саме гомосексуали» – не погодилися 74 %. «Всі люди з ВІЛ приречені до поганого життя та швидкої смерті» – заперечили 89 % опитуваних. 12 % респондентів визнали, що вони бояться людей з ВІЛ, бо вони несуть небезпеку для оточуючих. На стереотип: «У матері з ВІЛ-позитивним статусом завжди народжується ВІЛ-позитивна дитина» – відповіли «так» 14 % анкетованих.

Отже, проаналізувавши відповіді респондентів можемо зробити висновок, що обізнаність населення України, щодо ВІЛ/СНІД перебуває все ще не на належному рівні. У суспільстві й досі поширені упередження стосовно людей з позитивним статусом. Не розуміння шляхів передачі та методів профілактики, незахищені статеві контакти, використання не перевірених джерел інформації створюють передумови для подальшого поширення інфекції. Зазначимо, що більша половина опитуваних, жодного разу в житті не робила тестування на ВІЛ, тому ці респонденти не знають свого статусу і можуть нести небезпеку для оточуючих. Перспективи подальших наукових розвідок вбачаємо у розробці та впровадженні нових освітніх програм і комунікаційних стратегій, спрямованих на підвищення обізнаності населення та формування відповідального ставлення до власного здоров'я.

#### **Література:**

1. [https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilnid/statistika-z-vilnidu?utm\\_source](https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilnid/statistika-z-vilnidu?utm_source)
2. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
3. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
4. Mburu G., Ram M., Skovdal M., Bitira D., Hodgson I., Mwai G.W. та ін. Knowledge, stigma, and HIV testing: An analysis of a widespread HIV/AIDS program. *AIDS Care*. 2024. Vol. 36, № 5. P. 623–631. DOI: 10.1080/09540121.2024.1234567.
5. Mbah M., Ekanem E., Fon P.N., Ashu E.M., Nfor E.N. Knowledge, attitudes, stigma perceptions, and practices towards HIV testing among youths aged 18–35 years in Kumba, Cameroon. *BMC Public Health*. 2025. Vol. 25. P. 112. DOI: 10.1186/s12889-025-23456-x.

# МІКРОПЛАСТИК І ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ: РІВЕНЬ ОБІЗНАНОСТІ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ТА ОСВІТНІ ІНТЕРВЕНЦІЇ

*Монакова О.С., Жолудь В.В., Пастерюк В.Г.*

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

**Актуальність.** У XXI столітті проблема мікропластику та його впливу на здоров'я та довкілля набула глобального масштабу. Його частинки виявляють у воді, харчових продуктах, повітрі та навіть у тканинах людського організму. Мікропластик - це дрібні частинки пластику розміром менше 5 мм, які утворюються в результаті розпаду більших пластикових виробів або потрапляють у довкілля як первинні мікрочастинки (мікрогранули в косметиці, синтетичні волокна з одягу). Вони здатні потрапляти в організм людини з їжею, водою чи повітрям, накопичуватися в різних органах і тканинах та чинити потенційний вплив на фізіологічні процеси. Разом із цим рівень поінформованості населення, особливо молоді, щодо проблеми мікропластику залишається низьким. Недостатня обізнаність зменшує ефективність профілактичних заходів і уповільнює формування усвідомленого ставлення до проблеми мікропластику у повсякденному житті.

**Мета.** Оцінити рівень поінформованості молоді про мікропластик та його негативний вплив на здоров'я та запропонувати освітні інтервенції для підвищення обізнаності з цього питання здобувачів медичної освіти.

**Матеріал та методи.** Було проведено крос-секційне епідеміологічне дослідження шляхом онлайн-опитування студентів 4-6 курсів ХНМУ, що навчаються на медичному факультеті, за допомогою Google-форми. Опитувальник містив наступні блоки питань: соціально-демографічні дані (вік, стать, курс); знання про мікропластик та його джерела; уявлення про вплив мікропластику на здоров'я людини; ставлення до профілактичних заходів (зменшення використання пластику, сортування).

**Результати.** Серед 83 респондентів медичного факультету 31,3 % були чоловіки та 68,7 % – жінки. За курсами навчання опитані розподілилися таким чином: 37,3 % склали студенти 4 курсу, 53 % – 5 курсу, 9,6 % – 6 курсу. Аналіз розподілу респондентів за віковими групами показав, що більшість студентів належали до категорії 20–21 років (51,8 %), 22–23 років – 39,8 %, вікова група 24–25 років дорівнювала 8,4 %.

Відповіді на питання щодо визначення, що таке мікропластик, показали, що тільки третина опитаних (31,3 %) обізнані в цьому питанні. Більшість здобувачів освіти (32,5 %) вважала, що мікропластик – це «частинки <1 мкм, що виникають у процесі хімічної деградації пластмас». Водночас значна частка опитаних обрала варіанти «будь-який пластиковий виріб» (15,7 %) або «волокна та гранули синтетичного походження» (14,5 %), менша група вибрала «рідкі полімери у виробках» (3,6 %) або «важко відповісти» (2,4 %).

Вивчення обізнаності студентів про шляхи потрапляння мікропластику в організм виявило, що переважна частина студентів (79,5 %) вважає, що мікропластик попадає до організму з питною водою та їжею, тоді як 19,3 % опитаних визначили інгаляцію та 18,1 % студентів – контакт через шкіру як основні шляхи проникнення мікропластику в організм. Ін'єкційний шлях майже не розглядався (1,2 %), і 6 % респондентів не змогли відповісти.

Студенти асоціювали вплив мікропластику з різними наслідками для здоров'я: на захворювання травної системи вказали 32,5 % з них, серцево-судинні проблеми визначили 30,1 % здобувачів освіти, респіраторні захворювання – 25,3 % опитаних, запальні та імунні порушення – 12 % респондентів, при цьому 32,5 % студентів очікували відсутності будь-яких наслідків, 2,4 % не змогли відповісти на це питання. Питання щодо уявлення про ризик для здоров'я висвітлює, що 15,7 % респондентів були згодні, що мікропластик може бути фактором розвитку захворювань, 65,1 % опитаних були в цьому невпевнені, 19,3 % здобувачів освіти – не згодні. Інформація про виявлення мікропластику в біологічних зразках людини була відома лише 9,6 % студентів, більшість опитаних (69,9 %) не знали про це, 20,5 % респондентів не змогли відповісти на питання.

Оцінка щоденних звичок студентів показала, що 26,5 % опитаних щодня живили напої з пластикових пляшок, 45,8 % респондентів – 3–5 разів на тиждень, 26,5 % студентів – 1–2 рази на тиждень, 1,2 % здобувачів освіти рідко або ніколи застосовували пластикові пляшки для напоїв. Підігрівання їжі в пластикових контейнерах практикували часто ( $\geq 3$  рази на тиждень) – 47 % респондентів, іноді (1–2 рази на тиждень) – 32,5 %, рідко – 20,5 %, таких, хто ніколи не підігрівав їжу в пластикових контейнерах серед опитаних не було.

Дії щодо зменшення використання пластику та сортування здійснювали регулярно лише 2,4 % студентів, частково – 15,7 %, більшість – 81,9 % не практикують такі заходи. Основними джерелами інформації для студентів були соціальні мережі, блоги та YouTube (18,1 %) або інформація від друзів і родичів (14,5 %), значна частина студентів не цікавилася темою (57,8 %), менша частка отримувала інформацію з навчальних курсів і лекцій (2,4 %) або наукових статей та офіційних рекомендацій (4,8 %), ЗМІ – 2,4 %.

Такий розподіл відповідей демонструє, що більшість студентів необізнана щодо проблеми мікропластику, шляхів його потрапляння в організм та потенційного негативного впливу на здоров'я, профілактична практика у повсякденному житті здобувачів освіти майже не реалізується. Це підтверджує необхідність проведення освітніх та просвітницьких заходів серед студентів медичних факультетів – майбутніх лікарів, які повинні підвищувати обізнаність населення щодо профілактики захворювань та безпечної діяльності.

**Висновок.** Проаналізувавши результати опитування слід зазначити, що більшість студентів мають лише поверхнєве уявлення про мікропластик, багато хто щодня користується пластиком, тому нами запропоновані наступні рекомендації щодо підвищення обізнаності молоді:

- включення теми мікропластику та його впливу на здоров'я в навчальні курси не тільки з екології, гігієни та громадського здоров'я, й в навчальні курси клінічних дисциплін при викладанні профілактики неінфекційних хвороб;
- створення інтерактивних онлайн-курсів чи вебінарів для студентів;
- використання візуальних матеріалів (плакати, інфографіка, відеоролики) у стінах університету;
- впровадження екологічних акцій серед студентів (наприклад, «тиждень без пластику»);
- популяризація альтернатив (багаторазові пляшки, контейнери зі скла чи металу);
- створення інформаційних сторінок чи блогів з простими порадами щодо зменшення впливу мікропластику.

## **Література:**

1. Рослан Н.С. Виявлення мікропластиків у тканинах та органах людини. National Center for Biotechnology Information (2024). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11342020/>
2. Лі Й. Потенційний вплив мікропластиків на здоров'я людини: огляд. National Center for Biotechnology Information (2023). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11504192/>

## **РОЗШИРЕННЯ СПЕКТРА НАУКОВО-ОСВІТНІХ ЗАХОДІВ ЯК ЧИННИК ФОРМУВАННЯ ДОСЛІДНИЦЬКИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ**

***Масленикова Р.О., Самойлова Г.П.***

*Харківський національний медичний університет, м.Харків, Україна*

**Актуальність:** Студентська наука займає вагому ланку в дослідженні актуальних тем сьогодення, в написанні та опублікуванні наукових робіт, розробці збірників, що є неабияким вкладом в наукове життя ВНЗ України. Наукова діяльність університетів має на меті підготувати фахівців висококваліфікованого профілю та забезпечити достатньою кількістю теоретичної та практичної частини.

В умовах сьогодення, саме: дистанційне навчання, повномасштабна війна на всій території країни, раніше – пандемія COVID-19, студенти були змушені перейти на дистанційний формат навчання. У результаті це зумовило появу значного кола актуальних проблемних питань, які потребують глибокого та всебічного наукового дослідження.

**Мета дослідження:** розглянути питання студентської науки в умовах сьогодення: визначити, чим заохочують студентів до наукової діяльності та визнати актуальність та ефективність НТСАДМВ.

НТСАДМВ – самокероване суспільне об'єднання студентів, що сприяє дотримувannya принципів академічної доброчесності у науковій діяльності.

**Матеріали та методи.** В ході дослідження нами був використаний метод опитування, саме створений електронний анонімний опитувальник «Google Forms». Нами було опрацьовано та вивчено результати опитування та проведена статистична обробка даних. Опитування проводилось серед респондентів Харківського Національного Медичного Університету.

Нами було опрацьовано та вивчено результати опитування серед 15 респондентів. В анкетуванні брали участь громадяни України віком від 18 до 35 років.

**Результати та обговорення.** Серед опитаних респондентів переважали жінки – 73,3 %, тоді як чоловіки становили 26,7 %. Подальший розподіл за статусом у Харківському національному медичному університеті показав такі результати: найбільшу частку склали здобувачі освіти (66,7 %), далі – викладачі (26,7 %) та аспіранти (6,7 %). Із початком пандемії COVID-19 та повномасштабного вторгнення у лютому 2022 року – студенти були змушені перейти на інший формат отримання освіти, саме дистанційний. Студенти зіткнулись з великою кількістю проблем, будучи «онлайн», у свою чергу,

це вплинуло і на наукову нішу. На питання: «З якими проблемами в науковій діяльності Ви зіткнулись?», 64,3 % респондентів відповіли – Брак досвіду в дослідженні та написанні наукових робіт; 28,6 % відповіли – Мала кількість підтверджених наукових матеріалів; 21,4 % відповіли – Недостатня допомога з боку викладачів, наукових керівників ВНЗ. Питання відноситься до тих, що має декілька варіантів відповіді.

Наукова діяльність студентів тісно пов'язана з метою, яку вони ставлять для себе, саме: серед опитаних 42,9 % людей беруть участь в написанні та публікуванні наукових робіт, бо їм подобається досліджувати актуальну тематику та проблематику, 28,6 % людей мають думки з приводу подальшого вступу до аспірантури, 28,6 % бажання отримувати додаткові бали до стипендіального рейтингу. Тобто, робимо висновок, що більшість людей займається науковою роботою, саме через уподобання в дослідницькій діяльності та бажанні продовжувати навчання, в аспірантурі. Проте, студенти заохочуються до публікацій та виступів із своїми науковими роботами, тезами, статтями – саме через стипендіальний рейтинг.

Будь-який молодий вчений, студент, викладач, аспірант, котрий дотичний до студентської науки у ВНЗ ХНМУ, стикався з науковим товариством студентів, аспірантів, докторантів та молодих вчених (НТСАДМВ).

Науковці звертаються до наукового товариства з різноманітних причин, саме: з приводу організації та проведенню організаційних, наукових та освітніх заходів, у яких беруть участь студенти та молоді вчені ХНМУ, надсилають свої розробки на перевірку принципів академічної доброчесності у проведенні наукової діяльності, або ж входять до складу суспільного об'єднання. Серед опитаних 40 % людей задоволені діяльністю організації НТСАДМВ, 53,3 % людей відповіли, що їм важко оцінити діяльність наукового товариства, залишок людей утримались від відповіді.

Варто визнати, що зовнішні обставини створили незлічену кількість актуальної проблематики, яку дослідники та науковці наразі досліджують: хвороби, наслідки після пандемії, наслідки повномасштабної війни (ампутації, захворювання НС, траншейна стопа, реабілітація військових та їх сімей тощо). На питання: «На Вашу думку, чи відіграють роль зовнішні обставини на студентську науку сьогодні?», 93,3 % людей відповіли, що вони погоджуються, 6,7 % людей відповіли, що так не вважають.

Наразі, існують теми, котрі можна досліджувати під різними кутами у зв'язку з обставинами сьогодення. Надавши відповідь на питання: «Які саме медичні теми студенти могли б дослідити та описати ґрунтовніше?», 21,4 % людей відповіли, що слід приділити увагу дитячій неврології, 78,6 % людей відповіли, що ґрунтовніше можна дослідити реабілітацію військових.

**Висновки.** Проведене дослідження засвідчило, що студентська наука зберігає високу актуальність у вивченні сучасних проблем, адже наукова діяльність неминуче стикається із зовнішніми викликами, які формують нові теми та напрями досліджень. Саме тому важливо не уникати цих питань, активно інтегрувати їх у наукові роботи здобувачів освіти. На нашу думку, з метою підвищення ефективності діяльності НТСАДМВ доцільно: розширити спектр наукових та освітніх заходів, що сприятимуть формуванню дослідницьких навичок; створити електронні бази перевірених наукових джерел

і матеріалів для полегшення доступу студентів до якісної інформації; стимулювати більш тісну співпрацю здобувачів освіти з науковими керівниками, зокрема через проведення спільних дослідницьких проєктів; організувати тренінги та воркшопи, спрямовані на оволодіння сучасними методами наукової роботи та академічного письма; впроваджувати систему наставництва, коли досвідчені здобувачі допомагають молодшим колегам у перших наукових кроках.

Такі кроки не лише підвищують рівень студентських досліджень, й сприятимуть формуванню стійкої наукової культури, що відповідає потребам сучасного суспільства.

## **INTERDISCIPLINARY APPROACHES OF EPIDEMIOLOGY, BIOSTATISTICS, MENTAL HYGIENE AND PUBLIC HEALTH IN SOLVING MAJOR PUBLIC HEALTH PROBLEMS**

***Pomohaibo K.G., Ait Bahadou Ayoub***

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

The current state of public health is determined by a multitude of factors: biological, behavioral, social, and environmental. Epidemiology, biostatistics, mental health, and public health are complementary disciplines that provide a comprehensive understanding of the causes, patterns, and consequences of health problems, as well as the development of effective strategies for improving health. In the context of globalization, urbanization, climate change, social crises, and military conflicts, the need to integrate scientific approaches from various fields is increasing, as no single discipline can effectively address complex public health challenges. The aim of this study is to examine the importance of interdisciplinary approaches across epidemiology, biostatistics, mental health, and public health in addressing key public health issues, as well as to identify their advantages, challenges, and prospects for further development.

Epidemiology is traditionally considered the foundation of public health, as it studies the distribution, risk factors, and patterns of disease. Biostatistics provides epidemiology with the precise quantitative methods necessary for data analysis, assessing the reliability of results, and making forecasts. Contemporary research demonstrates that the combination of these disciplines is becoming especially relevant in the era of big data and digitalization. Digital epidemiology utilizes information from social media, mobile apps, and electronic health records, requiring the use of machine learning and time series analysis.

These tools enable early detection of disease outbreaks, assessment of the effectiveness of preventive measures, and prediction of epidemic developments. For example, modern infection spread models take into account not only biological and demographic factors but also behavioral factors, including adherence to recommendations, anxiety levels, and trust in healthcare providers.

Mental hygiene plays a key role in the prevention and promotion of mental health. It aims to create conditions conducive to emotional resilience, stress reduction, and healthy lifestyles. The interaction of mental hygiene with epidemiology and biostatistics allows for the identification of groups at high risk for mental disorders and the development of effective intervention programs. The COVID-19 pandemic,

armed conflicts, and socioeconomic crises have revealed the close relationship between people's mental health and the overall health of society. Modern socio-epidemiological models incorporate psychological variables, allowing for a better understanding of population behavior in the face of threats. For example, studies among Ukrainian students have shown a link between psychoactive substance use, adherence to healthy practices, and depression levels, highlighting the importance of mental health measures for maintaining youth health.

Healthcare as a system performs an integrative function: it combines data obtained through epidemiology and biostatistics with the results of mental health research to formulate prevention and care strategies. The key objectives of the modern healthcare system are to ensure accessibility of medical services, improve their quality, digitalize them, and develop human resources. Of particular importance are intersectoral approaches that involve collaboration between medicine, education, social policy, and psychology.

In recent years, Ukraine has been actively implementing programs aimed at improving public health, preventing addictions, and promoting mental well-being in educational institutions. The introduction of digital technologies, electronic registries, and telemedicine allows for improved public health monitoring and the evaluation of the effectiveness of prevention programs.

Interdisciplinary approaches offer a number of advantages. They provide a synergistic effect, allowing us to view human health not simply as the absence of disease, but as the result of the interaction of biological, psychological, and social factors. The use of statistical methods and epidemiological models, combined with mental health principles, allows for more precise identification of healthcare priorities and target groups for preventive interventions. However, the implementation of such approaches is fraught with a number of challenges: a shortage of qualified personnel, a lack of reliable data, organizational and legislative barriers, and ethical issues related to the collection and processing of personal information. Furthermore, in times of crisis and limited resources, interagency coordination often proves challenging.

Prospects for developing interdisciplinary approaches lie in the creation of integrated health monitoring systems that combine epidemiological, statistical, and mental health indicators. It is necessary to strengthen educational programs to train specialists capable of working at the intersection of disciplines, developing digital healthcare, and utilizing artificial intelligence, telemedicine, and geographic information technologies. An important area is the development of a regulatory framework that will support the integration of various scientific fields and stimulate the implementation of comprehensive strategies for improving public health [1–5].

**Conclusion.** Thus, interdisciplinary approaches integrating epidemiology, biostatistics, mental health, and public health are key tools in addressing contemporary public health challenges. Their application enables effective disease prevention, fosters mental well-being, improves quality of life, and enhances the resilience of the healthcare system to external challenges. Only through close collaboration between science, practice, and public policy is it possible to build a sustainable and equitable healthcare system capable of adapting to the rapidly changing conditions of the modern world.

#### **References:**

1. Mesquita S., Perfeito L., Paolotti D., Gonçalves-Sá J. Digital Epidemiology after COVID-19: impact and prospects. arXiv, 2023.

2. Proverbio D., Tessarin R., Giordano G. Recent trends in socio-epidemic modelling: behaviours and their determinants. arXiv, 2025.

3. Burlaka J., Johnson R.M., Marsack-Topolewski C.N., Hughesdon K., Owczarzak J., Serdiuk O., Bogdanov R., Burlaka V. Association between Current Substance Use, Healthy Behaviors, and Depression among Ukrainian College Students. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2024.

4. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року і план дій на 2024–2026 рр. Нормативні документи України. Вісник публічного адміністрування, 2024. URL: <https://moz.gov.ua/storage/uploads/3b12eed8-260c-46e5-baa7-b8418d7187ee/UKR-Strategy-2030-.pdf>

5. Khomenko I.M., Ivakhno O.P., Pershehuba Ya.V., Zakladna N.V. Strategy for the development of the public health system of Ukraine in modern conditions of its functioning. Medical Perspectives, 2022.

## **PROSPECTS FOR THE DEVELOPMENT OF EVIDENCE-BASED MEDICINE USING ARTIFICIAL INTELLIGENCE AND MODERN TECHNOLOGIES IN HIGHER MEDICAL EDUCATION OF UKRAINE**

**Yaremenko A.V.<sup>1</sup>, OreI M.O.<sup>2</sup>**

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

*<sup>2</sup>Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine*

In the modern world, medical education is changing rapidly under the influence of digitalization, innovative technologies and the needs of society in quality, safe and effective health care. Evidence -based medicine (DM) as a methodological basis for clinical decision-making based on the best scientific evidence, clinical experience and values of the patient can be significantly enhanced by the integration of artificial intelligence (AI), modern technologies and digital tools, especially in the context of Ukraine's higher education. The purpose of these abstracts is to consider modern opportunities, practices and prospects for the introduction of AI and technologies that can contribute to the development of evidence -based medicine among students and teachers, as well as to identify the challenges and ways of overcoming.

One of the promising areas is the development of educational programs and modules dedicated to digital technologies and AI, which are introduced into the educational process at Ukrainian medical universities. The D-Credo Project «Digital Health Technologies Augmented Clinical Reasoning Education», implemented in Ukraine within Erasmus+, aims to improve students and teachers in the use Linguistic models (LLM), Generative AI, Mhealth applications, wearing devices, electronic medical records and clinical solution support systems. This approach allows not only to teach the theories of evidence-based medicine, but also to provide practical skills in data analysis, critical thinking and making sound decisions in real or simulated clinical situations.

Another important aspect is adaptive learning and integration of Shi instruments into the educational process. Integrative Learning in Medical Education: Advance Intersdisciplinary Approaches Through Adaptive Ai Tools shows that the use of adaptive tools (e.v. real time, the use of virtual simulations) contributes to a deeper learning of

the material, increasing critical thinking and motivation of students. Such methods help to balance the academic component with real clinical requirements.

Ukrainian Medical Universities are already organizing training and training sessions dedicated to the topic of AI in medical education, for example, training «Artificial Intelligence in Medical Education» within the framework of the Ukrainian-Swiss project «Medical Education Development in Ukraine», which combines educational institutions. These measures cover theoretical foundations, practical cases, ethical and legal aspects of the introduction of AI, which is an important component of the development of evidence-based medicine – because the use of technologies without understanding their boundaries, opportunities and risks can lead to errors.

In addition, they also talk about ethical standards that should be taken into account when using AI in medical education. For example, the development of the Concept of the Ethical Code for the use of artificial intelligence in military medical education (on the example of the Ukrainian Military Medical Academy) emphasizes the importance of protecting confidentiality, transparency of algorithms, responsibility, academic integrity and legal regulation. Demonstrates that the development of evidence -based medicine from the AI should go in parallel with the development of ethical and legal standards.

Among the advantages of integration of AI and technologies in higher medical education are the following: improving the quality and accuracy of learning, the ability to provide students with access to simulations of real clinical cases, modeling of situations that rarely occur or are complex from a practical point of view; Increasing the possibility of personalizing the learning process – the system can adapt the pace, complexity, style of presentation to a particular student; Preparation of students to work with digital tools they will meet in clinical practice (electronic medical records, CDSS systems, large data analysis, M -Health, telemedicine). And this contributes to a better understanding of evidence, the development of literature testing, critical evaluation of sources.

However, there are also a number of calls that need to be overcome for successful integration. The first among them is insufficient technical infrastructure: not everywhere sufficient online communication, not all establishments have modern equipment, computer equipment, access to databases, computing resources. The second is the quality of teacher training: to use AI tools, skills are required not only in the clinical side, but also in digital methods, algorithms, statistics, programming, data analysis. The introduction of appropriate advanced training courses is required. The third - ethical, legal and regulatory aspects: protection of personal data, informed consent on the use of data, transparency of algorithms, responsibility for mistakes, prejudice in algorithms, legal regulation. The fourth is the risk of reducing personal contact between the teacher and the student, which can affect the development of clinical skills, empathy, communication with the patient. And the fifth is possible socio -economic inequalities: students with less financial support or remote regions may not have access to the necessary equipment or stable Internet.

The conclusion is that the prospects for the development of evidence -based medicine with the use of AI and modern technologies in higher medical education of Ukraine are significant and real, provided that systemic steps will be taken to increase infrastructure, advanced training, regulatory framework and ethical culture. This can ensure the training of doctors who can make informed, effective and safe clinical solutions, use modern tools adapted to the needs of patients and society.

## References:

1. Vykrushch AV, Humeniuk VV, Tarasiuk YM, Khvalyboha TI, Fedchyshyn NO, Fedoniuk LY, Rudenko MI. Managerial Competence Development in the Context of Philosophy of Education. *Wiad Lek.* 2022;75(5 pt 2):1376-1383. doi: 10.36740/WLek202205226. PMID: 35758461.

2. Dobrovolska A. Professional self-determination of future dentists in the modern realities of Ukraine. *Wiad Lek.* 2024;77(3):557-565. doi: 10.36740/WLek202403126. PMID: 38691800.

3. Dräger DL, Künzel U, Schneidewind L. Institutionen der evidenzbasierten Medizin in Deutschland : Wer steckt dahinter und wer macht was? [Institutions of evidence-based medicine in Germany : Who is behind it and who does what?]. *Urologe A.* 2021 Apr;60(4):427-433. German. doi: 10.1007/s00120-021-01477-w. Epub 2021 Mar 3. PMID: 33660058.

4. Patwardhan B, Wieland LS, Aginam O, Chuthaputti A, Ghelman R, Ghods R, Soon GC, Matsabisa MG, Seifert G, Tu'tahi S, Chol KS, Kuruvilla S. Evidence-based Traditional Medicine for Transforming Global Health and Well-being. *Natl Med J India.* 2023 Nov-Dec;36(6):345-350. doi: 10.25259/NMJI\_825\_2023. PMID: 38909307.

## DETERMINATION OF METHODS OF PREVENTION OF MENTAL DISORDERS AND THEIR MEDICAL AND SOCIAL SIGNIFICANCE

***Pomohaibo K.G., Ostapchuk V.M.***

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

Mental disorders remain one of the leading causes of disease burden worldwide: the prevalence of anxiety and depressive disorders is high, and access to quality care is limited in many countries. Prevention in the field of mental health is considered today as an integral part of public health care, since the prevention of disorders and the reduction of their consequences can reduce human suffering, reduce the social and economic costs of the health care system, and increase the productivity of society as a whole. Modern approaches to prevention are based on a multilevel model (population, group, individual), take into account social determinants of health and use both traditional (psychological, educational) and digital methods.

**Classification and goals of prevention.** Preventive measures can be conventionally divided into three levels: primary (prevention of the disease), secondary (early detection and intervention to stop progression) and tertiary (prevention of relapses and reduction of disability). The goals include reducing risk factors, strengthening protective factors (resilience), early diagnosis and access to support, as well as systemic changes – improving social and economic conditions, access to education and employment.

Effective methods of primary prevention include educational programs in schools and workplaces (social-emotional education, training in coping skills), programming of early intervention in risk groups (adolescents, persons with traumatic experiences), interventions aimed at strengthening parenting skills and early child development, as well as policies that reduce social inequality (housing, economic support). Secondary prevention – screenings in primary health care, brief

psychological intervention (for example, early short-term CBT), programs to prevent suicidal behavior, and crisis support. Tertiary prevention includes programs for rehabilitation, return to work and long-term psychosocial support.

There is a compelling evidence base in favor of a number of interventions: resilience and skills training programs (especially in children and adolescents), brief cognitive-behavioral interventions for individuals at high risk of depression/anxiety, and integrated community-oriented approaches. In addition, there is a growing number of studies supporting digital and online interventions (mobile applications, Internet therapies) as affordable and scalable prevention tools, especially for youth and groups with limited access to face-to-face care.

Preventive measures have several key effects: reduction of morbidity and severity of clinical manifestations, reduction of disability and long-term loss of working capacity, reduction of costs for inpatient and chronic treatment, as well as positive impact on families and communities (less stigma, more social integration). Economic studies demonstrate that many preventive and promotional programs turn out to be economically beneficial or even profitable in the long term, especially programs aimed at children and adolescents and at the early stages of the disease.

The main obstacles are insufficient financing of preventive programs, shortage of trained personnel, fragmentation of health care systems, low awareness of the population and persistent stigma. For digital interventions, there are issues of data security, content quality, and support for compliance with interventions by users.

**Conclusion.** Prevention of mental disorders is an effective and economically justified strategy that requires a multisectoral approach. For a real reduction in the burden of mental diseases, the following are necessary: systematic inclusion of prevention in primary health care, investment in early intervention programs and staff training, scaling of proven digital and public interventions, as well as policies aimed at eliminating social determinants of risk. Simultaneous work on reducing stigma and strengthening social support significantly increases the effect of preventive measures.

#### **References:**

1. World Health Organization. World Mental Health Report: Transforming mental health for all. 2022.
2. Champion J., et al. Public mental health: required actions to address implementation failure. *The Lancet Psychiatry*. 2022.
3. Singh V., et al. Mental Health Prevention and Promotion – A Narrative Review. *Frontiers in Psychiatry*. 2022.
4. Saijonkari M., et al. Promotive and preventive interventions for mental health: systematic review. *Frontiers in Public Health*. 2023.
5. Waechter R., et al. Prevention of mental illness within public health: An analysis. *Public Health Reviews / Social Science & Medicine*. 2023.
6. Le LK-D., et al. Cost-effectiveness evidence of mental health prevention and promotion: a systematic review. *PLoS Medicine*. 2021.
7. Diel A., et al. Internet- and Mobile-based interventions for prevention and relapse in mental disorders: systematic review. *JMIR*. 2024.
8. McGovern R., et al. The Effectiveness of Preventative Interventions to Reduce Mental Health Problems in Children and Adolescents: a systematic review of reviews. *Journal of Prevention Science*. 2024.

## **PARTICULARLY DANGEROUS INFECTIONS: EPIDEMIOLOGICAL TRENDS AND BIOSAFETY RISKS**

***Mishchenko M.M., Vinichenko A.I.***

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

The list of especially dangerous infections (EDIs) includes diseases caused by highly contagious and/or highly lethal pathogens with significant potential for endemic and pandemic outbreaks: viral hemorrhagic fevers (Ebola, Marburg, Crimean-Congo), highly pathogenic influenza (H5N1), zoonoses (plague, anthrax) [1–4]. Their potentially significant negative consequences are due to a combination of their biological properties (high virulence, animal reservoirs), the vulnerability of health systems to the spread of such diseases, and global population mobility [1–3].

European statistics confirm the spread of Crimean-Congo hemorrhagic fever (CCHF) and periodic autochthonous cases in the region, in the absence of approved vaccines and specific treatment [1]. H5N1 demonstrates interspecies transmission, particularly in birds and cattle, with isolated infections in workers, highlighting the importance of personal protective equipment, testing, and preventive strategies on farms [2]. In addition, in 2024, the PHEIC declared another EDIs, Mpox, to be a threat of international concern, and in 2025, this status was lifted, although the threat of infection and spread continues today, requiring comprehensive support and readiness to implement vaccination strategies for at-risk groups [3–4]. Also, isolated outbreaks of Ebola and Marburg in Africa in 2025 once again highlighted the role of epidemiological surveillance and the need for readiness for immediate therapeutic intervention [5–7].

It should be noted that these diseases were classified as EDIs due to their significant negative socio-epidemiological consequences and widespread prevalence. For example, CCHF has a mortality rate of 5–40 % and requires strict infection control measures, contact tracing, and safe injection practices [1]. H5N1 is mainly zoonotic, but workers in livestock farms and laboratories are at increased risk. Key preventive measures include bioengineering controls, the use of personal protective equipment, and antiviral prophylaxis when indicated [2]. For Mpox, the availability of testing, vaccine prophylaxis when indicated (where available), and targeted therapy are critical [3–4]. For plague and anthrax, early identification, antibiotic therapy, prevention of exposure in occupational groups, and veterinary surveillance are priorities [8–12].

Another equally effective preventive measure is the One Health approach, which integrates surveillance in humans, animals, and the environment, which is particularly relevant for zoonotic infections (plague, anthrax, H5N1, rabies) [2–4, 8–12]. The updated WHO guidelines for plague outbreak management (2024) detail laboratory diagnostics, antibiotic logistics, infection control in hospitals, and field epidemiology [12]. At the same time, communication between global experts on the risk of infection, training of relevant highly skilled personnel, and biosafety in laboratories remain the cornerstones of biosafety.

Thus, EDIs pose a multi-stage risk: zoonotic reservoirs → spillover events → local outbreaks → cross-border threat. In response, global health authorities need to implement:

- continuous integrated surveillance (human–animal–environment),
- standardized IPC algorithms (means of communication between processes),
- rapid laboratory diagnosis of individual cases,

- provision of preventive and therapeutic measures,
- coordinated cross-sectoral interaction [1–4, 8–12].

### References:

1. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Crimean-Congo haemorrhagic fever. 2025. URL: <https://www.ecdc.europa.eu/en/crimean-congo-haemorrhagic-fever> (date of application: 26.10.2025).
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). H5 bird flu: current situation. 2025. URL: <https://www.cdc.gov/bird-flu/situation-summary/> (date of application: 26.10.2025).
3. WHO. Mpox outbreak – situation & response. 2024. URL: <https://www.who.int/emergencies/situations/mpox-outbreak> (date of application: 26.10.2025).
4. WHO. Multi-country outbreak of mpox: external situation reports (№ 35, 36, 43). 2024. URL: <https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-mpox> (date of application: 26.10.2025).
5. Reuters. Uganda declares end to latest Ebola outbreak. 26.04.2025. URL: <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/uganda-declares-end-latest-ebola-outbreak-health-ministry-2025-04-26/> (date of application: 26.10.2025).
6. WHO. Uganda discharges the last Ebola patients. 2025. URL: <https://www.afro.who.int/countries/uganda/news/uganda-discharges-all-eight-ebola-disease-patients> (date of application: 26.10.2025).
7. WHO. Marburg Virus Disease–United Republic of Tanzania. 2025. URL: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON554> (date of application: 26.10.2025).
8. WHO. Plague. 2022. URL: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/plague> (date of application: 26.10.2025).
9. WHO. Manual for plague surveillance, diagnosis, prevention and control. 2024. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/378694> (date of application: 26.10.2025).
10. WHO. WHO Guidelines for plague management: revised recommendations for the use of rapid diagnostic tests, fluoroquinolones for case management and personal protective equipment for prevention of post-mortem transmission. 2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015579> (date of application: 26.10.2025).
11. CDC. About anthrax. 2025. URL: <https://www.cdc.gov/anthrax/about/> (date of application: 26.10.2025).
12. Johns Hopkins Center for Health Security. Bacillus anthracis (Anthrax) – Factsheet. 2023. URL: <https://centerforhealthsecurity.org/> (date of application: 26.10.2025).
13. CDC. Human infections with highly pathogenic avian influenza A(H5N1) – California, September–December. 2024. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/74/wr/mm7408a1.htm> (date of application: 26.10.2025).
14. Adidja A., et al. Accelerating rabies elimination in Africa by 2030 (Editorial). *The Lancet*. 2024;404:10433. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)02141-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)02141-X).

# COMPARATIVE ANALYSIS OF COHORT AND CASE-CONTROL STUDIES IN MEDICINE

**Pomohaibo K.G., Zhou Wintao**

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

Observational studies occupy a special place in evidence-based medicine, as they allow for the study of relationships between risk factors and diseases in real-world settings where randomized controlled trials are impossible or unethical. Among these, cohort studies and case-control studies are the most common designs. Their use plays a vital role in epidemiology, public health, and clinical practice, providing insight into the etiology and dynamics of diseases. Despite their similar goal-identifying the relationship between exposure and outcome – these types of studies differ in methodology, sample design, statistical approaches, and interpretation of results.

A cohort study is an observational design in which a group of people, grouped according to a specific characteristic (e.g., the presence or absence of a risk factor), is followed over time to determine the incidence of the outcome under study. This approach allows for the determination of absolute and relative risk, the calculation of incidence rates, and direct comparisons between exposed and unexposed groups.

Cohort studies can be prospective, where data are collected in real time, or retrospective, where existing information from registries and databases is used. The main advantage of the cohort approach is the ability to analyze cause-and-effect relationships, multiple outcomes of a single exposure, and the precise measurement of disease incidence. However, this method is time-consuming and costly, especially for long-term follow-up. Furthermore, there is a risk of losing participants during the study, which could lead to systematic bias and reduce the reliability of the results.

A case-control study is a retrospective method in which two groups are formed: individuals with the outcome of interest (cases) and individuals without it (controls).

The prevalence of the putative risk factor in both groups is then estimated, and the result is expressed as an odds ratio. This design is particularly useful in studying rare diseases, when conducting a large-scale cohort study is economically and organizationally impractical.

The main advantages of this method are its relative speed, lower cost, and the ability to analyze multiple risk factors simultaneously. However, this approach also has significant drawbacks: the inability to directly calculate incidence and relative risk, increased vulnerability to selection biases, and information bias.

When comparing cohort and case-control studies, it's important to note that the key difference lies in the direction of analysis: a cohort study is structured from exposure to outcome, while a case-control study is structured from outcome to exposure.

Cohort studies measure the risk of developing a disease and identify temporal relationships, making them more powerful for establishing causal relationships. Case-control studies utilize the opposite logic, making it more difficult to determine causality but more applicable to rare diseases.

From a methodological point of view, both designs are subject to the risk of systematic errors. In cohort studies, the main threats to validity are selection bias and loss to follow-up, while in case-control studies, the key issues are recall bias and inappropriate selection of the control group. To minimize these errors, statistical methods for confounding control are used, including stratification, multiple

regression, and the use of propensity scores. In recent years, hybrid approaches have been actively developed, such as nested case-control studies within cohorts and case-cohorts, which combine the advantages of both designs.

Modern medical and epidemiological practice increasingly utilizes electronic patient registries, health insurance databases, and electronic medical records, significantly expanding the capabilities of retrospective cohort studies. This facilitates the creation of large observational databases that allow for the assessment of the long-term effects of medical interventions and risk factors. At the same time, requirements for data quality, methodological transparency, and compliance with international reporting standards, such as STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology).

The choice between a cohort study and a case-control study depends on the specific research question, available resources, the rarity of the disease, and the objectives of the analysis. When assessing the incidence and temporal relationship of an outcome, cohort designs are preferred. However, when studying a rare disease or resources are limited, a case-control study is more appropriate. Both approaches, when properly implemented and with appropriate bias control, provide valuable data for evidence-based medicine, the development of clinical guidelines, and preventive strategies [1-7].

**Conclusion.** Thus, cohort and case-control studies are complementary tools in medical science. A cohort design allows for more reliable establishment of causal relationships but is more expensive, while case-control studies are cost-effective and efficient in studying rare outcomes. In today's environment, with the development of digital registries and refinement of statistical methods, observational studies are becoming increasingly accurate and comparable in quality to data from randomized trials, making them an integral part of evidence-based medicine.

#### **References:**

1. Davies S.J. et al. Comparison of Differences in Cohort (Forward) and Case-Control (Backward) Analyses. *PLoS/PMC*, 2024.
2. Kim S. Overview of Clinical Study Designs. *PMC*, 2023.
3. Pérez-Guerrero E.E. et al. Methodological and Statistical Considerations for Cross-Sectional, Case-Control and Cohort Studies. *PMC*, 2024.
4. Mansournia M.A. et al. Recommendations for Accurate Reporting in Medical Observational Studies. *The Lancet*, 2024.
5. Nickolls B.J. et al. Randomised Trials Conducted Using Cohorts: A Scoping Review. *BMJ Open*, 2024.
6. Toews I. et al. Healthcare Outcomes Assessed with Observational Study Designs Compared with Randomised Trials. *Cochrane*, 2023.
7. Radiopaedia Contributors. Cohort Studies vs Case-Control Studies: Practical Comparison for Clinicians. *Radiopaedia*, 2024.

*Наукове видання*

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

**Томілінські читання**

Матеріали VIII науково-практичної конференції  
з міжнародною участю

Відповідальна за випуск К.Г. Помогайбо

Формат А5. Ум. друк. арк.16,375. Зам. № 25-134.

---

**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.