

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

**Надбання сучасної епідеміології
та біостатистики як запорука покращання
громадського здоров'я в Україні**

*Матеріали науково-практичної конференції
(з нагоди 120-річчя від дня народження З.А. Гуревича,
видатного соціал-гігієніста, завідувача кафедри
соціальної гігієни та організації охорони здоров'я ХМІ)*

18 квітня 2019 року

Харків
2019

УДК 614.4:519.22/.25(477)

Н17

Редакційна колегія: Огнєв В.А., Мельниченко О.А., Сокол К.М., Чухно І.А.

Затверджено вченою радою ХНМУ.

Протокол № 4 від 18.04.2019 р.

Н17 Надбання сучасної епідеміології та біостатистики як запорука покращання громадського здоров'я в Україні: матеріали науково-практичної конференції (*з нагоди 120-річчя від дня народження З.А. Гуревича, видатного соціал-гігієніста, завідувача кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я ХМІ*), 18 квітня 2019 р. Харків, 2019. 127 с.

УДК 614.4:519.22/.25(477)

© Харківський національний
медичний університет

ПРИВІТАННЯ

**ректора Харківського національного медичного університету,
члена-кореспондента Національної академії медичних наук України,
заслуженого лікаря України, д.мед.н., проф. В.М. Лісового
учасникам науково-практичної конференції
"Надбання сучасної епідеміології та біостатистики як запорука
покращання громадського здоров'я в Україні" (з нагоди 120-річчя
від дня народження З.А. Гуревича, видатного соціал-гігієніста,
завідувача кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я ХМІ)**

Шановні учасники конференції, науковці та студентство!

Щиро радий вітати Вас на науково-практичній конференції, присвяченій 120-річчю від дня народження З.А. Гуревича, видатного соціал-гігієніста, завідувача кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я Харківського медичного інституту (нині – кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету), діяльність якої спрямована на забезпечення майбутніх лікарів необхідними знаннями та навичками з питань демографії з медичною статистикою, соціальних хвороб, організації охорони здоров'я.

Зіновій Анатолійович Гуревич (1898–1985 рр.) був талановитим лікарем, який намагався впроваджувати передові наукові розробки задля покращання здоров'я населення. Проте справжнім джерелом його заслуженого авторитету стали 50 років плідної викладацької, методологічної, наукової та адміністративної діяльності у Харківському медичному інституті (далі – ХМІ), де З.А. Гуревич пройшов шлях від асистента до завідувача кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я ХМІ.

Численні спогади його студентів свідчать про ґрунтовну теоретичну базу, цікаві приклади з практики та високу педагогічну майстерність, з якою майбутнім лікарям прищеплювали інтерес до соціальної гігієни та організації системи охорони здоров'я. Донині в бібліотеці ХНМУ збереглися його методичні розробки (передусім, "Програма викладання соціальної гігієни в медичних ВНЗ України", "Практикум із санітарної статистики").

З.А. Гуревич докладав чимало зусиль для розвитку вітчизняної медичної науки. Він є автором понад 100 наукових праць (у т.ч. 14 монографій), присвячених вирішенню різних проблем соціальної гігієни (статеве життя, венеричні захворювання, алкоголізм, поліомієліт та ін.). Саме за його ініціативи, починаючи з кінця 1950-х рр., на кафедрі почали проводитись численні соціально-гігієнічні дослідження серцево-судинних захворювань. Упродовж усього часу роботи на кафедрі З.А. Гуревич приділяв значну увагу підготовці науково-педагогічних кадрів, завдяки чому під його керівництвом були підготовані й успішно захищені 33 дисертації (у т.ч. 5 – на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук).

Не можна применшувати й організаторські здібності З.А. Гуревича, який за сумісництвом обіймав посаду завідувача відділенням 2-ї неврологічної лікарні Центрального психоневрологічного інституту (1928–1937 рр.), а також завідувача науковим відділом при заступникові директора ХМІ з наукової та навчальної роботи (1940–1941, 1946–1948 рр.), професор НДІ загальної та невідкладної хірургії (1976–1983 рр.). Проте, найбільшим надбанням є той факт, що він довше за інших (1933–1974 рр.) очолював кафедру.

Нині кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я і культурології докладає чимало зусиль не лише для збереження традицій, зокрема закладених З.А. Гуревичем, а й для покращання іміджу кафедри. Запорукою цього є колектив професіоналів, у складі шести докторів і сімнадцяти кандидатів наук, котрі забезпечують якісне викладання навчальних дисциплін (передусім, за рахунок використання у навчальному процесі новацій світової науки та власних наукових розробок). Співробітники кафедри є виконавцями госпрозрахункових та ініціативних науково-дослідних тем, а також авторами численних монографій, об'єктів інтелектуальної власності (патентів, авторських свідоцтв), методичних рекомендацій з впровадження результатів НДР, публікацій у фахових виданнях, виступів на наукових комунікативних заходах та ін. Провідні науковці кафедри здійснюють успішне керівництво аспірантами та докторантами, а також беруть активну участь у роботі спеціалізованих вчених рад з правом прийняття до розгляду та проведення захисту дисертацій на здобуття наукового ступеня доктора (кандидата) наук.

Для Харківського національного медичного університету наука є одним із пріоритетних напрямів діяльності, а тому проведення цієї науково-практичної конференції є не лише даниною пам'яті видатного соціал-гігієніста, завідувача кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я ХМІ З.А. Гуревича, а й запорукою подальшого покращання іміджу ХНМУ та професійного розвитку його співробітників, можливістю як для знаних, так і молодих учених розширити професійні контакти, оприлюднити результати власних наукових досліджень, обмінятися надбаннями сучасної епідеміології та біостатистики як запоруки покращання громадського здоров'я в Україні.

Щиро вітаю всіх учасників конференції та бажаю творчого натхнення, конструктивних дискусій та результативної співпраці.

Ректор



В.М.Лісовий

Секція 1 ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

ЗИНОВІЙ АНАТОЛІЙОВИЧ ГУРЕВИЧ – ВИДАТНИЙ СОЦІАЛ-ГІГІЄНИСТ, ЗАВІДУВАЧ КАФЕДРИ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ХАРКІВСЬКОГО МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ

Лісовий В.М., Огнєв В.А., Петрова З.П., ХНМУ, Харків



**Професор, д.мед.н.
ГУРЕВИЧ
Зіновій Анатолійович
(1898–1985)**

Доктор медичних наук, професор Зіновій Анатолійович Гуревич зробив значний у розвиток як Харківського медичного інституту, так і вітчизняної медичної науки.

Гуревич Зіновій Анатолійович (Залман Нафтоліїович) (1898–1985) народився 2 (14) вересня 1898 р. в м. Глухів Чернігівської губернії (нині – Сумська область). Після закінчення Глухівського 3-х училища, почав в 1914 р. трудову діяльність дрібним службовцем, в 1917 р. склав іспити за 6 класів гімназії й вступив до 7-й класу Харківської гімназії, яку закінчив у 1919 р. Того ж року його було зараховано на медичний факультет Московських вищих курсів. У 1920–1921 рр. був політпрацівником в армії, а у 1921 р. – направлений на навчання до Харківського медичного інституту. Одразу після закінчення ХМІ (1924 р.), З.А. Гуревич прийшов на кафедру соціальної гігієни, де працював на посадах асистента (1927–1930 рр.), доцента (1930–1932 рр.), завідувача (1932–1974 рр.). Загалом цій кафедрі він віддав 50 років свого життя, у т.ч. 42 роки – очолював її.

У 1933 р. З.А. Гуревичу було присвоєно кваліфікація професора з соціальної гігієни, в 1936 р. він захистив дисертацію, а 1937 р. йому було присвоєно вчений ступінь доктора медицини.

Упродовж 1920–30-х рр. на теренах сучасної України створювались секції та кафедри соціальної гігієни на різних факультетах (згодом їх об'єднували та/чи розділяли), через що відбувався постійний перерозподіл співробітників, які за сумісництвом працювали в інших лікарнях та інститутах. Наприклад, при розділенні кафедри соціальної гігієни ХМІ на три окремі, відповідно до профільних факультетів, З.А. Гуревич був призначений керівником кафедри лікувально-профілактичного та психоневрологічного факультетів (наказ директора ХМІ від 06.10.1931 р.). Після об'єднання однойменних кафедр інших факультетів

тів (1934–1935 рр.), кафедру очолив Зіновій Анатолійович Гуревич. (хоча точну дату цієї події поки встановити не вдалося, але у розпорядженні директора ХМІ Д.С. Ловлі від 15.02.1934 р. З.А. Гуревич ще значився керівником кафедри лікувально-профілактичного факультету, а в збірнику праць ХМІ, присвяченому 125-річчю інституту, наведено склад кафедр на кінець 1935 р., серед яких названа вже єдина кафедра соціальної гігієни, яку очолював саме З.А. Гуревич, а під його керівництвом працювали професора Ф.Й. Гроссер, А.М. Мерков, асистенти – О.В. Бургсдорф, І.І. Овсієнко

Одночасно з роботою на кафедрі соціальної гігієни ХМІ (1928–1937 рр.) З.А. Гуревич завідував відділенням, а потім працював науковим співробітником 2-ї неврологічної клініки Центрального психоневрологічного інституту (нині – Харківський інститут психоневрології, психіатрії та наркології НАМН України). Пізніше він був науковим співробітником клініки нервових хвороб ХМІ, опублікував 15 наукових робіт з клінічної неврології.

У 1930-і рр. З.А. Гуревич вивчав соціально-гігієнічні проблеми колективного життя: професійної праці, статевого життя, алкоголізму. Його діяльність сприяла поліпшенню викладання соціальної гігієни, оскільки ним була переглянута й доповнена «Программа преподавания социальной гигиены в медвузах Украины». Про високий авторитет кафедри свідчить той факт, що М.О. Семашко, нарком охорони здоров'я РРФСР, запропонував З.А. Гуревичу написати спільно з ним статтю «Социальная гигиена» для першого видання «Большой медицинской энциклопедии» (т. 31, 1935), де було дано визначення поняття «соціальна гігієна», наведено коротку історію становлення та розвитку цього напрямку медицини, показані його зв'язки з іншими навчальними дисциплінами.

У роки 2-ї Світової війни (зокрема, 1941–1944 рр.) Харківський медичний інститут було евакуйовано до м. Чкалов (нині – Оренбург), але З.А. Гуревич й надалі очолював кафедру організації охорони здоров'я. Крім того, за дорученням Наркомату охорони здоров'я, у 1945 р. він організував кафедру нервових хвороб в Чкалівському медичному інституті та очолив її.

У 1946 р. З.А. Гуревич повернувся до Харкова й був затверджений на посаді завідувача кафедри організації охорони здоров'я ХМІ, де у післявоєнний період вивчалась захворюваність міського й сільського населення, досвід об'єднання лікарень і поліклінік, питання диспансеризації хворих на гіпертонічну й виразкову хворобу та ін.

Кафедра активно допомагала представникам практичної медицини, у т.ч. систематично консультиючи лікарів з питань застосування статистичних методів в науковій і практичній роботі. Так, зокрема, в 1961 і 1963 рр. було проведено цикли занять зі статистики з лікарями Харкова, а в 1970 р., за ініціативи професора (у майбутньому дійсного члена трьох Академій наук) Любові Трохимівни Малої – для аспірантів і молодих викладачів кафедри госпітальної терапії. Також кафедра активно надавала шефську допомогу Семипалатинському медичному інституту (1965).

Наприкінці 1950-х – на початку 1960-х рр. науково-дослідну діяльність кафедри було присвячено вивченню соціально-гігієнічних проблем серцево-судинних захворювань. Цій проблематиці З.А. Гуревич присвятив ряд статей і монографію «Коронарная болезнь» (1963; 2-е видання, 1967), в яких усебічно проаналізовано вітчизняні й зарубіжні літературні джерела, а також висвітлено соціально-гігієнічне значення коронарної хвороби, причини її виникнення, поширеність, завдання соціальної гігієни в боротьбі з нею. У 1972 р. було опубліковано монографію «Инфаркт миокарда», яку було підготовано соціал-гігієністами (З.А. Гуревич, Н.О. Галічева) у співпраці з клініцистами (В.Г. Почепцов, А.А. Дубінський), й відображала результати комплексного соціально-гігієнічного й клінічного дослідження. Також до кола наукових інтересів кафедри входило вивчення онкологічних захворювань, захворюваності на виразкову хворобу, а також вивченню досвіду роботи органів та установ охорони здоров'я. Об'єктом таких досліджень почасти була захворюваність працівників машинобудівних заводів, а метою – покращання їхнього здоров'я.

В 1941 р. кафедри соціальної медицини на усій території СРСР було перетворено в кафедри організації охорони здоров'я, хоча таке рішення є дискусійним, оскільки призводить до невиправданого відокремлення громадського здоров'я від організації медичної допомоги населенню. Саме тому чимало авторитетних науковців як Російської Федерації (Г.А. Баткіс, Н.А. Виноградов, К.В. Майстрах, Б.Д. Петров, Б.Я. Смулевич та ін.), так і України (З.А. Гуревич, Л.Г. Лекарев) активно виступали за подальше проведення досліджень з проблем соціальної гігієни та за відновлення викладання цієї дисципліни в медичних ВНЗ країни. Кафедра може пишатися, що саме З.А. Гуревич зайняв активну прогресивну позицію з цього питання, про що наочно свідчать його публікації («Задачи социальной гигиены в борьбе с основными сердечно-сосудистыми заболеваниями в СССР» (1963 р.), «К вопросу о социальной гигиене как предмете преподавания и научной дисциплине», «Две отрасли научных исследований» (1964 р.)), в яких підкреслено значимість соціально-гігієнічного підходу до вирішення проблем боротьби з захворюваністю, а також необхідність вивчення передового досвіду органів і закладів сфері охорони здоров'я та надати міцний науковий соціально-гігієнічний фундамент заходам у практичній медицині. Подібна дискусія сприяла посиленню інтересу до соціально-гігієнічних проблем. Більше того, у 1966 р. вийшов наказ міністра охорони здоров'я СРСР академіка Б.В. Петровського про відновлення соціальної гігієни як предмета викладання та наукової дисципліни. Як наслідок, кафедри отримали назву кафедр соціальної гігієни та організації охорони здоров'я; широко розгорнулись соціально-гігієнічні дослідження з актуальних проблем у цій царині; були наявні позитивні зміни у практичній роботі органів охорони здоров'я.

З.А. Гуревич багато зробив для залучення до наукової роботи керівників органів та установ охорони здоров'я. Він був консультантом при підготовці дисертації на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук начальником

медсанчастини Нікопольського об'єднання по видобутку марганцевої руди С.А. Шмегевській, директором Харківського НДІ охорони здоров'я дітей та підлітків О.І. Корнілова. Під керівництвом З.А. Гуревича кандидатами медичних наук стали завідувач Закарпатським облздороввідділом М.Ю. Палфій, головний лікар Харківської обласної клінічної лікарні А.Я. Малоштан, завідувач Сумського облздороввідділу Б.П. Криштопа, завідувач Харківського міськздороввідділу Г.Є. Торській, головлікар клінічної лікарні № 1 м. Харків Є.С. Жердев, начальник медико-санітарної служби Південної залізниці Д.Л. Сірак. Також чимало зусиль З.А. Гуревич приділяв підготовці наукових кадрів для кафедри, серед яких варта уваги дисертація З.П. Петрової «Из истории социальной гигиены на Украине (1861–1932 гг.)», яка була успішно захищена в 1975 р. й присвячена, окрім іншого, висвітленню внеску науковці кафедри у розвиток вітчизняної соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. Загалом під його керівництвом було виконано й успішно захищено 5 дисертацій на здобуття наукового ступеня доктора й 28 – кандидата медичних наук.

Після виходу на пенсію З.А. Гуревич продовжив активну викладацьку та наукову діяльність. Упродовж 1976–1983 рр. він працював в Харківському НДІ загальної та невідкладної хірургії. Переступивши поріг 80-річчя, він став спів-автором монографії «Жёлчнокаменная болезнь» (1979 р.).

З.А. Гуревич став відомим соціал-гігієністом, автором понад 100 друкованих праць, серед яких 14 монографій і брошур. За 50 років роботи на кафедрі (з яких 42 – як її завідувача) він створив свою наукову школу та залишив помітний слід в історії соціальної гігієни.

Помер Зіновій Анатолійович Гуревич 16 вересня 1985 р. у м. Харків.

ОСНОВНІ ЕТАПИ ФОРМУВАННЯ БІОЛОГІЧНОЇ СТАТИСТИКИ

Огнєв В.А., ХНМУ, Харків

Сучасна біологічна статистика є своєрідним відображенням того значного внеску, який зробили у розвиток цього наукового напрямку вчені різних країн. Перші статистичні дослідження проводилися скоріше не з наукових, а більшою мірою з практичних міркувань. Від початку (за Стародавніх часів) біологічна статистика ще не була окремою наукою, розвиваючись протягом тривалого часу в структурі загальної статистики, й лише у XIX ст. отримала право на самостійне існування. Тобто розвиток біологічної статистики відбувався у декілька етапів, кожний з яких мав свої передумови, особливості та наслідки, а тому їх вивчення дозволить краще зрозуміти еволюцію біологічної статистики. Означене, зрештою, й обумовлює актуальність даного дослідження.

Проведення узагальнення публікацій провідних науковців і результати власних досліджень за даною проблематикою дозволили виокремити такі етапи становлення та розвитку біологічної статистики.

Перший етап – початковий (до XVII ст.) пов'язано зі зародженням господарського обліку в період виникнення держав, які потребували інформацію про набір військ і стягнення податків, чисельність населення, склад земель та їх якість, поголів'я худоби, стан торгівлі й т.д. Означене стало можливим завдяки працям науковцям Китаю (*Конфуцій*), Персії (*Геродот*), Стародавнього Єгипту, Стародавньої Греції (*Аристотель*, *Лікурґ*, *Сервій Туллій*, *Соломон*), які містять результати статистичних спостережень, що характеризують різні аспекти державної діяльності (набір військ і стягнення податків, чисельність населення, склад земель, їх якості, поголів'я худоби, стан торгівлі й т.д.). Середньовіччя залишило значно менше інформації про статистичні спостереження, ніж з давніх часів, оскільки існуюча тоді роздробленість держав обмежувала розвиток статистики. Проте слід зазначити, що у розвитку соціально-демографічного аспекту статистики тих часів важливе значення мало духівництво, бо в церквах за традицією проводився регулярний облік похованих, хрещених і тих, хто уклав шлюб. Деякі статистичні дослідження проводилися й в Стародавній Русі. Так, у XIII ст. перепис населення двічі проводився татарами, а наприкінці XIV ст. – руськими князями. У ці часи особливу увагу вже приділяли певній систематизації статистичного матеріалу. Зокрема, в Італії в XV ст. з'являються збірники демографічних описів тогочасних держав (збірник Пікколоміні, згодом – папи Пія II, збірник Сансовіно). Остання робота витримала 5 видань й мала велику популярність протягом 40 років, і була перекладена багатьма мовами. Важливою подією стало видання фундаментальної енциклопедичної праці «Сума арифметики, геометрії, вчення про пропорції і відносини» (1494 р.), в якому францисканський чернець і математик *Лука Пачолі* (1445–1517 рр.) сформував основи бухгалтерського обліку (розділ «Трактат про рахунки і записи»). У Франції був широко відомий збірник д'Авіті (1614 р.), який містив опис держав не тільки Європи, але й Азії, Африки, Америки. Характерно, що статистичні дослідження тих часів за методикою та змістом були безсистемними, невпорядкованими й такими, що мають низьку наукову цінність, а тому назвати їх науковими у сучасному розумінні та висновувати про статистику як науку на тому етапі практично неможливо.

Другий етап – описовий (кінець XVII ст. – початок XVIII ст.). Методи описової статистики актуальні ще й нині, оскільки чимало біологічних наукових досліджень мають чітко виражений описовий характер. Так під час дослідження рослин і тварин саме у такий спосіб характеризується їх форма, розмір, колір, поведінка, поширеність, подібність/відмінність щодо інших організмів. У найпростішому вигляді такий опис мав, почасти, словесний характер. Засновником описової статистики вважають відомого німецького полігістора, лікаря, історика та державознавця, професора медицини та політики Гельмштедського

університету *Германа Конрінга* (1606–1681 рр.), яким першим створив теорію та систему нової науки й підняв її до рівня навчальної дисципліни для університетського викладання. Викладач статистики *Марбурзького та Геттінгенського університетів Готфрід Ахенваль* (1719–1772 рр.) своїми працями продовжив розвиток цього наукового напрямку й у своїх творах запропонував нову назву державознавства – *статистика* – «наука про державні властивості», які розподіляє на дві групи – країна та населення. При характеристиці країн послуговувався їх географічним описом, політичним значенням тощо; при описі населення – використовує такі критерії як кількість, фізичні та моральні якості, розподіл за статтю та віком, родом занять тощо. Викладач Геттінгенського університету *Август Людвіг фон Шлецер* (1735–1809 рр.) – перший теоретик описової статистики, який наголошував на особливому науково-практичному значенні закону великих чисел, а також друкував у своєму журналі дані про державу, акти уряду, які раніше були недосяжними для багатьох читачів, чим і завоював популярність. Географ *Антон Фрідріх Бюшинг* (1724–1793 рр.) запропонував порівнювальні методи, що мали важливе наукове й прикладне значення. Він описував населення не однієї держави, а водночас цілої групи, при цьому більше місця відводив систематизованому цифровому матеріалу (особливо в питаннях смертності та народжуваності населення), що дозволяло проводити порівнювальний максимально об'єктивний аналіз і сприяло формуванню практично потрібної табличної або лінійної статистики. Засновником табличної статистики є датський історик *І.П. Анхерсен* (1700–1765 рр.), який запропонував розташовувати предмети дослідження для всебічного аналізу у вигляді узагальнених таблиць. Наприкінці XVIII ст. – на початку XIX ст. німецький вчений-державознавець проф. *А.Ф.В. Кроне* (1753–1833 рр.) поклав початок «лінійної статистики» – графічного зображення статистичних матеріалів (використовував картограми й площинні діаграми порівняння).

Третій етап – визначальний (кінець XVIII ст. – початок XIX ст.) пов'язаний з використанням кількісних даних для опису держав. Це стало причиною для формування нового напрямку в загальній статистиці – математичної статистики або політичної арифметики. Англійський купець, потім лорд-мер *Джон Граунт* (1620–1674 рр.) уперше виявив специфічні демографічні закономірності відновлення населення. *Уільям Петті* (1623–1687 рр.) здійснив першу велику спробу послідовно обґрунтованого розв'язання загальних проблем економіки за допомогою статистики, й дає нову назву напрямку статистики – *політична арифметика*. Англійський астроном і математик *Едмунд Галлей* (1656–1742 рр.) уклав першу таблицю смертності та розрахував середню тривалість життя людини окремого віку, запропоновані ним принципи побудови цієї таблиці було стали засадами наукового опрацювання проблем страхування життя. Голландський чиновник відомства фінансів і контролю в Гаазі *Віллем Керсебум* (1691–1771 рр.) у своїй таблиці смертності він використав дані про життєві ренти, й таким чином отримав більш цінний демографічний матеріал. Він першим

довів, що для складання об'єктивно вірної таблиці смертності необхідно послідовно простежити показники вимирання населення з одного покоління. Цю проблему вирішив його послідовник *Карл Федорович Герман* (1767–1838 рр.) – засновник прямого методу спостереження для створення статистичної таблиці, яка об'єктивно характеризує природний рух населення завдяки безперервному спостереженню за вимиранням покоління протягом тривалого часу. Перше технічне опрацювання статистичних таблиць смертності зробив французький дослідник *Антуан Денарсьє* (1703–1868 рр.), чиї праці відрізнялися ясністю, узгодженістю та новизною методичного підходу. Саме він уперше розрахував середню статистичну ймовірність тривалості життя для кожного віку. Серед дослідників народонаселення необхідно назвати також і прусського військового пастора *Йоганна Петер Зюссмільха* (1707–1767 рр.), ясистематизував матеріал, проводив порівняльний аналіз і зробив висновки про народження близнюків, мертвонародження, народження дітей залежно від статі в певній пропорції; виявив причини більшої смертності в містах, ніж у селах. Найвидатнішим фактом у розвитку наукової статистики, в т.ч. й біостатистики як науки, є відкритий *Якобом Бернуллі* (1654–1705 рр.) закон великих чисел (теорема), що став базою у побудові теорії ймовірності та статистики, які використовуються у сучасній біологічній статистиці. Французький астроном, фізик і математик *П'єр Сімон Лаплас* (1749–1827 рр.) створює теорію помилок – своєрідний додаток теорії ймовірностей для опрацювання результатів конкретних спостережень. Водночас, над цією проблемою плідно працюють *Адрієн Марі Лежандр* (1752–1833 рр.), німецький математик, астроном і фізик *Йоганн Карл Фрідріх Гаусс* (1777–1855 рр.), французький математик, механік і фізик *Сімеон Дені Пуассон* (1781–1840 рр.). Основним недоліком праць політичних арифметиків (з позицій сучасної теорії статистики) є недостатня кількість тих цифрових даних, на яких будувалися висновки, але вони вперше проаналізували наявний в їх розпорядженні цифровий матеріал і в результаті його обробки намагалися зробити висновки, що мали на меті виявити закономірності явищ.

Четвертий етап – засадничий (середина XIX ст.) був відзначений роботами бельгійського астронома, математика, фізика та статистика *Ломбера Адольфа Жака Кетле* (1796–1874 рр.), чиї праці стали основою біометрії як науки. Він був першим, хто вдало об'єднав методи антропології та соціальної статистики з основами теорії ймовірностей та математичної статистики. Завдяки його працям успішно формується карна, надалі – моральна, а пізніше – біологічна статистика й т.ін. Серед українських послідовників ідей А. Кетле необхідно згадати професора Харківського університету *Олександра Петровича Рославського-Петровського* (1816–1871 рр.), який не обмежує задачі статистики одним лише описом держави, а також залучає до неї об'єктивні закони державного побуту. *Дмитро Петрович Журавський* (1810–1856 рр.) послідовно розробив й обґрунтував теорію збирання, опрацювання та аналізу статистичних матеріалів. Також він відокремив санітарно-гігієнічні показники народонаселення, бі-

дування: кількість хворих, померлих залежно від чинників, статі, віку, роду занять, місця проживання; кількість медичного персоналу та вільно практикуючих медиків. Російський математик *Пафнутій Львович Чебишев* (1821–1894 рр.), користуючись методом математичних очікувань класичної теорії ймовірностей, математично обґрунтував закон великих чисел у найбільш загальному його вигляді (закон середніх величин). Значущими для розвитку статистики є праці *Олександра Олександровича Русова* (1847–1915 рр.), *Олексія Миколайовича Анциферова* (1867–1943 рр.), *Олександра Олександровича Чупрова* (1874–1926 рр.), *Андрія Андрійовича Маркова* (1856–1922 рр.), *Олександра Михайловича Ляпунова* (1857–1919 рр.), *Олександра Аркадійовича Кауфмана* (1864–1919 рр.), *Андрія Миколайовича Колмогорова* (1903–1987 рр.) та інших.

П'ятий етап – формалістичний (середина XIX ст. – початок XX ст.) характеризується виникненням і розвитком англійської біометричної школи. *Френсіс Гальтон* (1822–1911 рр.) на великому фактичному матеріалі він затвердив висновок А. Кетле про те, що не тільки фізичні, але й розумові здібності людини розподіляються за законом ймовірностей, що описується формулою Гаусса-Лапласа. Таким чином він зміг захопити англійських учених-біологів до практичного використання статистичних методів. Професор, завідувач кафедри прикладної математики та механіки Лондонського університету *Карл Пірсон* (1857–1936 рр.) заснував наукову школу для опрацювання конкретних питань біології за допомогою статистичного методу. Сам він безпосередньо опікувався вивченням проблеми спадковості та мінливості організмів; створив необхідний математичний апарат біометрії; розвинув вивчення про різні типи розподілу кривих; розробив метод моментів і критерій згоди «хі-квадрат»; увів до біометрії такі важливі статистичні показники: середнє квадратичне відхилення та коефіцієнт варіації; вдосконалив методи кореляції та регресії Гальтона.

Шостий етап – раціоналістичний (початок XX ст.) починається класичними дослідженнями *Вільгельма Людвіга Йогансена* (1857–1927 рр.), який довів, що в галузі біомедичних досліджень перше місце повинно належати біологічному експерименту, а не математиці, як-от: математичні методи слід застосовувати як допоміжний апарат при системному опрацюванні експериментальних даних.

Сьомий етап – класичний (середина XX ст.) пов'язано з формуванням основ теорії малої вибірки, теорії планування експериментів, впроваджуються до біометрії нові терміни й поняття сучасної науки. *Вільям Госсет* (1876–1937 рр.) під псевдонімом «Стюдент» опублікував свою працю (1908 р.), яка була присвячена теорії малої вибірки. *Рональд Ейлмер Фішер* (1890–1962 рр.) зробив великий внесок до біометрії (збагатив її новими методами системного статистичного аналізу) і в розвиток еволюційної генетики. Він увів до біометрії цілий ряд нових термінів й понять і переконливо довів, що планування експериментів і кількісне опрацювання їх результатів – це дві методологічно пов'язані задачі системного статистичного аналізу. Провідний англійський

статистик, професор статистики Університетського коледжу Лондона *Егон Шарп Пірсон* (1895–1980 рр.) широко відомий завдяки леммі Неймана-Пірсона про статистичну перевірку гіпотез, яку часто називають фундаментальною леммою математичної статистики. Також займався питаннями статистичного контролю якості і запланованого експерименту. Американський математик і статистик *Юрій Чеславович (Іржі) Нейман* (1894–1981 рр.), винайшов метод FDA (Food and Drug Administration), яким забезпечує контроль якості за лікарськими препаратами. Англійський психолог, професор Лондонського та Честерфілдського університетів *Чарльз Едвард Спірмен* (1863–1945 рр.) є розробником численних методик математичної статистики, а також творцем двохфакторної теорії інтелекту та техніки факторного аналізу. Американський психолог шведського походження, піонер психометрії, професор Інституту Карнегі у Техасі, професор Чикагського університету *Луїс Леон Терстоун* (1887–1955 рр.) передусім відомий як автор тестів інтелекту («IQ») і відносин, а також методу багатфакторного аналізу. Всесвітньо відомий американський вчений і консультант з теорії управління якістю *Уолтер Ендрю Шьюхарт* (1891–1967 рр.) став першим почесним членом Американського товариства якості (ASQ), і по праву вважається «Батьком статистичного управління якістю». Англійський статистик *Девід Роксбі Кокс* (1924 р.н.) обґрунтував модель виживання (модель Кокса), яка інтенсивно використовується в самих різних областях (особливо в медицині та страхуванні) для оцінки умовного ризику захворювання, смерті й т.д. при заданих значеннях вихідних ознак, а також для вивчення найрізноманітніших ризиків: від туроператорських до фінансових.

Восьмий етап – сучасний (кінець XX ст. – донині) пов'язаний з появою в 1980-рр. комп'ютерної техніки, яка принесла суттєві зміни в можливостях статистикою, зокрема в теорії ймовірності. Комп'ютери внесли в статистику швидкість, обсяги, широту застосування, зручне зберігання інформації її перетворення, дозволили використовувати й створювати нейромережеве моделювання, класифікаційні та регресивні дерева, працювати з пропусками в статистичних даних, істотно змінити непараметричну статистику, розробляти оптимальний дизайн клінічних випробувань й т.д. Професори кафедри статистики та досліджень в сфері охорони здоров'я та політики в Стенфордському університеті *Бредлі Ефрон* (1938 р.н.) і *Роберт Тібшірані* (1945 р.н.) запропонували (1977 р.) метод статистичного бутстрепа – множинної вибірки з репрезентативної вибірки, (необмежена вибірка).

Свій внесок у розвиток біостатистики внесли й видатні українські учені. Епідеміолог, гігієніст, завідувач відділу Інституту демографії і санітарної статистики О.В. Корчак-Чепурківський (1857–1947 рр.) переконаний, що епідеміологічні завдання слід було розв'язувати не відокремлено, а як складова дослідження санітарного стану. Соціал-гігієніст, санітарний статистик, демограф, історик медицини, фітотерапевт *Сергій Аркадійович Томиліна* (1877–1952 рр.) – перший лікар-статистик, який очолив керівництво статистикою в Україні. в

Україні. Приймав найактивнішу участь у розробці методологічних положень санітарної статистики й проведенні ряду санітарно-статистичних досліджень. Аркадій Михайлович Мерков (1899–1971 рр.) – відомий вітчизняний статистик, фахівець у сфері соціальної гігієни, медичної демографії та демографічної статистики. Велику роботу здійснюють провідні спеціалісти в сфері соціальної медицини, організації охорони здоров'я, біостатистики, особливо у формуванні її як предмета викладання у вищій медичній школі. Серед них чл.-кор. АМНУ, проф. В.Ф. Москаленко, чл.-кор. АМНУ, проф. Ю.В. Вороненко, проф. О.Г. Процек, проф. Н.О. Галічева, проф. В.М. Лехан, проф. Г.О. Слабкий, проф. Б.О. Ледошук, проф. А.П. Мінцер та ін.

З урахуванням вищевикладеного матеріалу можна зробити такі висновки. Становлення та розвиток біологічної статистики відбувався у вісім етапів (початковий, описовий, визначальний, засадничий, формалістичний, раціоналістичний, класичний, сучасний), кожний з яких ототожнюють з напрацюваннями науковців конкретного відтинку часу. Подальші наукові розвідки мають бути присвячені розробці теоретичних положень і практичних рекомендацій, спрямованих на покращання здоров'я населення.

ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ ВИКЛАДАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ДИСЦИПЛІН В УКРАЇНІ В 1920-х РОКАХ: СТВОРЕННЯ КАФЕДР СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ, ГІГІЄНИ ПРАЦІ ТА ЕПІДЕМІОЛОГІЇ

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

Васильєв Ю.К., Сумський державний університет, Суми

Слідом за РРФСР в Радянській Україні були створені кафедри соціальної гігієни, де в ту епоху було чотири осередка вищої медичної освіти: Харків (тодішня столиця України), Київ, Одеса і Катеринослав (з 1926 р. – Дніпропетровськ, нині – Дніпро). Якщо в Росії перші кафедри соціальної гігієни з'явилися в 1922 р., то в Україні, – в наступному році [1].

У 1923 р. завідувачем кафедри в Харківському медичному інституті (нині – Харківський національний медичний університет) став Мусій (Мойсей) Григорович Гуревич (1890–1937) – народний комісар охорони здоров'я УРСР.

З 1923 р. кафедру соціальної гігієни в Київському медичному інституті (нині – Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця) очолював Соломон Соломонович Каган (1894–1965), який у 1919 р. закінчив медичний факультет, і в цьому ж році став членом Комуністичної партії (більшовиків) України (далі – КП(б)У). Точніше – 7 грудня 1923 р. йому було доручено виконання обов'язків завідувача цієї кафедри, а затвердження цього рішення було 18 січня 1924 р. [2]. У 1923 р. кафедра соціальної гігієни з'явилася в Одеському

медичному інституті (нині – Одеський національний медичний університет). Її організатором став член КП(б)У Лев Васильович Громашевський (1887–1980).

Отож, організаторів перших кафедр соціальної гігієни в Україні об'єднувало те, що вони були членами правлячої партії та були порівняно молоді. Також вони стали професорами, хоча й не мали досвіду науково-педагогічної роботи у ВНЗ (крім Л.В. Громашевського, який з 1920 р. працював старшим асистентом на кафедрі епідеміології у проф. Д.К. Заболотного), не кажучи вже про ступені докторів медицини.

В Катеринославському медичному інституті (нині – Дніпропетровська медична академія) на початку 1924/25 н.р. організація кафедри соціальної гігієни була доручена Михайлу Варфоломійовичу Доничу (1873–1951), який був завідувачем кафедри загальної гігієни. А почав він свою науково педагогічну діяльність ще в Одесі в 1907 р. (кафедра загальної гігієни) у проф. І.І. Кияницина (1855–????), потім у проф. М.М. Костяміна (1869–1958) [3].

В 1922 р. у програмах медичних ВНЗ України кафедра гігієни праці (професійної гігієни) була передбачена як самостійна. У 1923 р. кафедра гігієни праці була утворена в Харківському медичному інституті. Цю кафедру очолив Ерзо Мойсейович Каган (1887–1948). Він у 1916 р. отримав диплом лікаря і в 1919 р. став членом КП(б)У. Восени 1923/24 н.р. така кафедра була створена в Київському медичному інституті: завідувач – професор Володимир Якович Підгаєцький (1889–1937). В Одеському медичному інституті кафедра гігієни праці була організована до початку 1924/25 н.р., та її, за сумісництвом, очолив завідувач кафедри загальної гігієни проф. М.М. Костямін, але вже з 1926 р. завідувачем став Матвій Леонтійович Левонтін (1876–1945). До цього він працював лікарем у земстві, був заступник завідувача Одеського губернського відділу охорони здоров'я. В 1925 р. кафедра гігієни праці з'явилася в Катеринославському медичному інституті, яку організував той же проф. М.В. Донич. Ініціатором відкриття кафедр епідеміології у вищій медичній школі в Україні був Данило Кирилович Заболотний (1866–1929). Під час громадянської війни він з'явився в Одесі, й саме в Одеській медичній академії (з 1921 р. – Одеський медичний інститут), в 1920 р. він організував кафедру епідеміології. На його кафедрі стали працювати Л.В. Громашевський і Михайло Миколайович Соловйов (1886–1980), які, своєю чергою, створили кафедри, відповідно, в 1928 р. в місті Дніпропетровськ (тепер Дніпро) і в 1930 р. – в Харкові.

Наступний етап в диференціації викладання профілактичних дисциплін в Україні стався в 1930-х рр., коли цільовою установкою медичних ВНЗ стає підготовка лікарів з певною спеціальністю. У зв'язку з цим, створюються в т.ч. санітарно-профілактичні (санітарно-гігієнічні) факультети.

Список використаних джерел:

1. Петрова З.П. Заснування кафедр соціальної гігієни в Україні. *Медицина сьогодні і завтра*. 2003. № 3. С. 24–26.
2. Васильєв К.К., Васильєв Ю.К. Социальный гигиенист Соломон Соломонович Каган (1894–1965). *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 4/1. С. 135–141.

З. Бажан Т.А. М.В. Донич – основатель кафедры социальной гигиены и организатор здравоохранения Днепропетровского медицинского института. *Актуальные проблемы социальной медицины, организации здравоохранения и пути их дальнейшего развития в Украине (история, опыт, перспектива)*. Днепропетровск, 1994. С. 65–66.

ВШАНУВАННЯ ПАМ'ЯТІ ПРОФЕСОРІВ БОКАРІУСІВ – МИКОЛИ СЕРГІЙОВИЧА ТА МИКОЛИ МИКОЛАЙОВИЧА

Ольховський В.О., Губін М.В., Сокол В.К., ХНМУ, Харків

У 2019 році ХНМУ та вся судово-медична спільнота України відзначають пам'ятні дати з дня народження відомих вітчизняних вчених судових медиків та криміналістів, вихованців Харківської вищої медичної школи – Заслуженого професора М.С. Бокаріуса (150 років), батька, та професора М.М. Бокаріуса (120 років), сина. Внесок обох, безперечно, видатних постатей в становлення та розвиток ХНМУ й зокрема, створення сучасної судово-медичної служби України, неоцінений. Засади міцного наукового фундаменту судово-медичної науки заклали на початку ХХ ст. батько – заслужений професор Микола Сергійович Бокаріус. У 1895 р. з відзнакою він закінчив медичний факультет Імператорського Харківського університету й був обраний на посаду позаштатного ординатора факультетської хірургічної клініки. У 1897 р. М.С. Бокаріуса обирають на посаду помічника прозектора кафедри судової медицини, якою керував професор Феодосій Олексійович Патенко. У 1902 р. при Московському університеті Микола Сергійович успішно захищає докторську дисертацію. З 1903 р. – приват-доцент, а з 1910 р. – завідувач й професор кафедри судової медицини. З 1905 р. Микола Сергійович почав викладати судову медицину на юридичному факультеті університету.

Педагогічна діяльність М.С. Бокаріуса визначалась невпинним прагненням до удосконалення навчального процесу. Він ґрунтовно перебудовує навчальний процес на кафедрі. Із пасивного слухача студент стає активним та самостійним учасником педагогічного процесу. Це здійснювалось запровадженням самостійної роботи студентів, максимальною наочністю викладання, наближенням лекцій та семінарських занять до потреб практичної експертної діяльності. Микола Сергійович підготував і видав близько 20 посібників (методичних вказівок) до практичних занять з судової медицини. Лекції М.С. Бокаріус читав на високому науковому рівні, оскільки неодноразово знайомився з викладанням судової медицини на кафедрах різних університетів Європи – Берліні, Лейпцигу, Відні. У своїй педагогічній діяльності він керувався глибокою любов'ю та повагою до студентів, неодноразово підкреслював, що девізом його

життя є слова: «Ми для студентів, а не студенти для нас». У 1913 р. під керівництвом проф. М.С. Бокаріуса було збудовано новий окремий будинок для кафедри судової медицини Імператорського Харківського університету з приміщенням (моргом) для судово-медичних розтинів трупів (вул. Сумська, 41). Враховуючи високий науковий рівень проведення судово-медичних експертиз на кафедрі під керівництвом професора М.С. Бокаріуса, його особистий авторитет, обладнання та достатні площі приміщень, кафедра у подальшому була перейменована в Інститут судової медицини Імператорського Харківського університету. Це був перший інститут серед подібних у всій Російській імперії.

За безпосередньої участі проф. М.С. Бокаріуса, у 1923 р. в Харкові створюється Кабінет наукової судової експертизи. У квітні 1925 р. уряд України присвоїв проф. М.С. Бокаріусу, одному з перших серед професорів України, Почесне вчене звання Заслужений професор УРСР. У цьому ж році вказаний вище Кабінет реорганізується в Інститут науково-судових експертиз, а проф. М.С. Бокаріус стає його незмінним до своєї смерті (1931 р.) – директором.

У подальшому справу батька «підхопив» і продовжив на новому, стосовно часу, рівні його син – професор Микола Миколайович Бокаріус. Природні здібності та величезна відповідальність за справу батька дозволила йому у подальшому стати крупним вченим, блискучим лектором і талановитим педагогом. При підготовці лікарських кадрів Микола Миколайович творчо поєднував нові наукові судово-медичні та криміналістичні дані з практичним матеріалом і багатою ілюстрацією. Він зберігав та удосконалював принципи та методи самостійної роботи студентів, забезпечував їх сучасною навчальною, науковою та методичною літературою, вважаючи що самостійна робота студентів повинна бути основним засобом опанування знаннями. З великою увагою проф. М.М. Бокаріус ставився до підготовки наукових кадрів. Під його керівництвом виконано 4 докторські і 20 кандидатських дисертацій, надруковано більше 100 наукових праць. Довгий час професор М.М. Бокаріус був проректором Харківського медичного інституту з навчальної роботи, викладав в юридичному інституті, інституті підвищення кваліфікації лікарів і на юридичних курсах. Плідна діяльність Миколи Миколайовича була високо оцінена урядом. Він був нагороджений державними орденами та медалями.

Отже, згадуючи добрим словом батька та сина, професорів Бокаріусів, коротко можна сказати, що у повному сенсі цього слова – це були Люди з великої літери. Люди, у яких справою усього їхнього життя була наука судова медицина й криміналістика та величезна кропітка робота по впровадженню їх досягнень в практику задля забезпечення законності й правосуддя в Україні.

Список використаних джерел:

1. Історія Харківського державного медичного університету. 200 років. Харків: Контраст, 2005. 752 с.
2. Лесовой В.Н., Цымбал М.Л., Перцева Ж.Н., Ольховский В.А. Путь науки и труда: памяти профессоров Бокариусов. *Впровадження сучасних наукових досягнень в судову експертизу (Бокаріусовські читання)*: матеріали всеукр. наук.-практ. конф. з міжн. уч. Харків: Оберіг, 2009. С. 8–15.

ВІТЧИЗНЯНИЙ ДОСВІД ЛІКАРСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ

*Сердюк О.І., Короп О.А., Рогожин Б.А., Просоленко Н.В., Крупеня В.І.,
Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків*

Історія медицини України має значний досвід щодо створення та динамічного розвитку лікарського самоврядування. Про це свідчить діяльність Харківського медичного товариства у період 1861–1919 рр. Розвиток ринкових заasad економіки та подолання феодальних обмежень, які до Великих реформ 1861 р. стримували процес формування інститутів громадянського суспільства в певній мірі є аналогом сучасного періоду трансформаційної економіки в Україні, яка створює ринкову соціально-орієнтовану економіку та демократичне суспільство. Тому дослідження досвіду діяльності цього громадського об'єднання є актуальним з метою визначення основних напрямів діяльності організацій лікарського самоврядування в умовах ринкової економіки.

Харківське медичне товариство (ХМТ), за 40 років свого існування – станом на 1900 рік об'єднувало понад 60 % осіб, що мали вищу медичну освіту та фах «лікаря», жили й працювали на терені губернії. Крім того, ХМТ вже поширило свою діяльність на терени ще 26 губерній Півдня Російської імперії Серед лікарів, які працювали безпосередньо у місті Харкові членами товариства були понад 1800 осіб. Дослідження звітів ХМТ, зокрема його звіту за 50-річну діяльність, публікацій членів товариства в медичній літературі – часописи та видання того часу, дозволяють виділити наступні напрями його роботи: обмін інформацією про власну діяльність членів товариства, дослідженні та впровадження нових медичних технологій, освіта медичних спеціалістів, зокрема – післядипломна підготовка й безперервний професійний розвиток, виробнича та наукова діяльність, забезпечення роботи медичного закладу – амбулаторії, а з часом і лікарні медичного товариства. Члени ХМТ брали активну участь у роботі представницьких органів – міської думи. Їх діяльність приляла побудові у місті системи водопостачання та контролю якості питної води, встановленню вимог до підтримки гігієни в місцях масового скупчення людей та міст загального користування. Зокрема – міст масової торгівлі: ярмарки та базари, облаштування великих торгових площ.

Крім ХМТ діяла розгалужена мережа благодійних медичних структур, які також утримували, різні за формами господарчої діяльності, медичні заклади. Серед них найвідомішими були: «Спілка лікарів швидкої допомоги», амбулаторія та лікарня «Спілки допомоги бідним євреям», громадські амбулаторії «Краплі молока» – підтримка вигодовування малюків, шпиталь-лікарня «Сестер милосердя Червоного Хреста», лікарня та амбулаторія «Ліги боротьби із сухотами» і амбулаторія спілки прикажчиків.

Отож, формування лікарського самоврядування є необхідною складовою діяльності системи охорони здоров'я в ринкових умовах. Напрямами його дія-

льності доцільно визначити наступні: забезпечення якості та ефективності застосування медичних технологій, дотримання медичної етики та деонтології й створення медичних підприємств які мають соціальну орієнтацію.

Список використаних джерел:

1. Рудень В.В., Мудра М.М. Фінансування професійної діяльності лікаря у різні історичні епохи розвитку суспільств світу (огляд літератури). Україна. Здоров'я нації, 2010. № 4. С. 130–139.

2. Сердюк А.И., Рогожин Б.А., Тондий Л.Д. и др. Курорт Березовские минеральные воды. История и современность: 1862–2012 / под ред. А.И. Сердюка, Б.А. Рогожина. Харьков: Золотые страницы, 2012. 400 с.

ПАМ'ЯТІ ВЧИТЕЛЯ ПРОФЕСОРА В.М. КОЛОМЕНСЬКОГО

Фролова Т.В., Барчан Г.С., ХНМУ, Харків

Кафедра пропедевтики педіатрії № 1 Харківського національного медичного університету була заснована в 1952 р. З вересня 1973 р. кафедру пропедевтики та факультетської педіатрії очолив представник відомої медичної династії лікарів Коломенських к.мед.н., доц. В.М. Коломенський, який народився 31 травня 1930 р. в сім'ї видатного лікаря Коломенського М.П. Після закінчення в 1954 р. педіатричного факультету Харківського медичного інституту він був зарахований аспірантом кафедри факультетської та госпітальної педіатрії, де під керівництвом заслуженого діяча науки і техніки, члена кореспондента АМН СРСР, професора В.О. Білоусова проходило його становлення як лікаря-клініциста, викладача та науковця. З 1956 р. В.М. Коломенський працював асистентом, а з 1963 р. – доцентом цієї ж кафедри. Більш ніж 55 років Всеволод Миколайович присвятив роботі в Харківському національному медичному університеті, з них протягом 27 років він очолював кафедру пропедевтики дитячих хвороб. Учасник Великої вітчизняної війни, ветеран праці, В.М. Коломенський присвятив все своє життя зміцненню здоров'я дитячого населення нашої країни. До 1976 р. клінічною базою кафедри була 35 міська дитяча клінічна лікарня, а в 1976 р. кафедру пропедевтики та факультетської педіатрії було переведено на нову клінічну базу – в дорожню дитячу клінічну лікарню Південної залізниці (вул. Іванова, 26), розраховану на 150 ліжок. Наукова діяльність Всеволода Миколайовича була присвячена вивченню стану серцево-судинної системи у дітей, які хворіють на туберкульоз. За цією темою в 1962 р. він захистив дисертацію на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук. Результати наукових досліджень В.М. Коломенського були включені проф. В.О. Білоусовим в підручник з дитячих хвороб. З 1967 р. доцент В.М. Коломенський розпочав комплексне поглиблене вивчення та розробку проблеми затяжних, ре-

цидивних і хронічних захворювань органів дихання у дітей. За результатами цього дослідження у 1985 р. В.М. Коломенський захистив докторську дисертацію на тему: «Діагностичні та прогностичні критерії рецидивного бронхіту та хронічної пневмонії у дитячому віці». У цій роботі були узагальнені багаторічні клінічні, бронхолегеневі та рентген-функціональні дослідження з використанням рентген-кінематобронхографії, місцевої електрокімографії легеневої вентиляції та легеневого пульсу. За результатами його роботи було створено унікальний кінофільм «Функції бронхів та їх порушення» та посібник для лікарів-інтернів. Під керівництвом В.М. Коломенського підготовлено: 1 доктор медичних наук, 6 кандидатів медичних наук і 1 магістр; опубліковано понад 100 наукових робіт, написано розділ підручника дитячих хвороб, розроблено та впроваджено в практику охорони здоров'я більш ніж 20 раціоналізаторських пропозицій. Проф. В.М. Коломенський – член правління асоціації дитячих лікарів, активний учасник багатьох наукових форумів, з'їздів, конференцій. Неодноразово Всеволод Миколайович нагороджувався грамотами Міністерства охорони здоров'я України, має подяки губернатора «За сумлінну працю». Упродовж 1993–2000 рр. кафедра пропедевтики дитячих хвороб була базовою кафедрою Міністерства охорони здоров'я, на якій проходило підвищення кваліфікації професорсько-викладацького складу кафедр пропедевтики дитячих хвороб ВНЗ України.

Оповідання про нашого Вчителя, чудову Людину, видатного Лікаря та Науковця було б не повним без згадки про те, що Всеволод Миколайович мав другу вищу музичну освіту та визначний голос, яким радував прихильників класичного вокалу. Він виступав із сольними концертами в будинках культури, оперному театрі, будинку вчених і Харківській обласній філармонії. Свою любов і відданість медицині він передав своїм дітям і нам своїм учням.

РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНЫ НА ЧЕРНИГОВЩИНЕ

Мякина А.В., Журавель А.С., ХНМУ, Харьков

Медицина Черниговщины начала развиваться с давних времен, по меньшей мере, более 1300 лет назад. После принятия христианства на Руси, она сосредоточивается при монастырях. О существовании лечцов, уход за больными и некоторые правила бытовой гигиены свидетельствуют ранние документы, в частности «Изборник», который был переписан для черниговского князя Святослава – сына Ярослава Мудрого. Среди известных лечцов была Евпраксия. Изучая народную медицину, она написала трактат «Алимма», что означает «Мази». Позже медицинская помощь стала оказываться в госпиталях, которых на Черниговщине насчитывалось в начале XVIII века. больше 100. Но первые 56 дол-

жностей городских врачей появились позже. В это время на базе славяно-латинской школы в Чернигове основали Малороссийский (Черниговский) коллегий, выпускники которого стали известными медиками не только в Украине, но и на территории Европы. К ним относится П. Загорский (родился в селе Понорнице Коропского района, выдающийся анатомом и физиолог, основатель анатомической школы, автор первого учебника «Сокращенная анатомия»), доктор медицины Ф. Политковский (обрабатывал методику сбора анамнеза и осмотра больных) и военный штабной врач П. Малахов (участвовал в борьбе с эпидемией чумы в Москве, работал губернским врачом в Чернигове и инспектором Черниговской врачебной управы).

С 1780 г., когда началось разделение больниц, власти ввели закон об общественном попечительстве в Черниговском наместничестве и было основано губернскую врачебную управу. В 1802 г. в Чернигове открыли первую государственную городскую больницу на два отделения: мужское и женское (сейчас – городская больница № 1). За последующие 50 лет в губернии появилось еще 14 заведений. В Нежине открывается первая частная аптека, потом в Чернигове. В 1863 г. в Чернигове, женой губернатора Аглаидой Андриевской, была организована первая община сестер милосердия св. Феодосия. В то время Чернигов был в десять раз меньше современного и его население составляло около 30 тыс. человек. В городе тогда работало две больницы: губернская – на 130 коек и больница св. Феодосия – на 177 коек. Плата за прием составляла 20 коп.

Выдающийся анатом и хирург И. Буяльский, родившийся в селе Воробьевка Черниговской губернии, разработал метод замораживания трупов, что значительно облегчило изучение строения тела человека. Он одним из первых применил эфирный наркоз, крахмальную повязку, антисептические средства, делал хирургические операции, участвовал в создании и внедрении в практику новых хирургических инструментов.

Всемирно известный чумолог, уроженец села Яновка (ныне – село Яновка Черниговского района) Д. Самойлович основал в Украине эпидемиологию, как науку. За свои успехи он был включен в состав 12 научных академий.

После отмены крепостного права земская медицина на Черниговщине появилась как своеобразная санитарно-врачебная организация, заботившаяся о создании медицинской помощи на селе. Первые земские врачи появились в Сосницком и Борзнянском уездах в 1868 г., затем в Козелецком и Остерском. На Нежинщине был организован первый лечебный участок. В Чернигове в 1868 г. открыли земскую фельдшерскую школу (сейчас – Черниговское медицинское училище). Она была первой на Левобережной Украине. Черниговщина этого периода дала миру выдающихся ученых, основателей медицины. Уроженец города Остер Черниговской губернии В. Бец – выдающийся анатом и гистолог, профессор, основоположник учения об архитектонике коры головного мозга, гигантских пирамидальных клеток и прочее. В городе Городне Черниговской области родился известный хирург, академик М. Волкович. Он первый в Укра-

ине объединил отиатрию и ларингологию в единую клиническую дисциплину. В течение 50 лет существования земства в губернии количество больниц увеличилось в 4,5 раза, а врачей и фельдшеров – в 6 раз. С 1923 г. в Чернигове начала действовать детская терапевтическая больница на 50 коек. Открывается зубо-врачебная школа и самостоятельное ортопедо-травматологическое отделение. Первым его врачом-ортопедом и организатором был врач П. Киян.

Значительные изменения произошли в здравоохранении Черниговской области в 1970–80 гг. Опережающими темпами развивалась в этот период специализированная кардиологическая служба. Была создана санаторно-курортная сеть. В 1973 г. построили областную детскую больницу, затем – комплекс психиатрической больницы, центральную городскую поликлинику, Черниговскую районную поликлинику, терапевтический корпус областной больницы, лечебный корпус областного лечебно-санаторного управления, комплекс Черниговской центральной районной больницы, центральный аптечный склад. Вошли в строй центральные районные больницы в районных центрах: Нежин, Бахмач, Сосница, Варва, Городня, Короп, Козельц.

Богатая история медицины Черниговского края заслуживает внимания, так как является неотъемлемой частью историко-культурного наследия Украины. Ныне в областном центре функционирует 9 учреждений здравоохранения. В них работает 4654 медицинских работника, из них 866 врачей. 14 врачей имеют почетное звание «Заслуженный врач Украины».

НАУЧНЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА МЕДИЦИНУ МОИСЕЯ МАЙМОНИДА

Мякина А.В., Мезников А.В., ХНМУ, Харьков

О многосторонней личности, проявившей себя и на поприще медицины, был Моисей Маймонид (Моисей Египетский, Моше бен Маймон). Его увлекала философия, математика, астрономия и физика. Ученый приобрел широкую известность как врач и написал десятки сочинений по медицине. Как последователь мусульманской медицинской школы он опирался больше всех на Галена. Профессионал и научный деятель, как никто лучше, смог грамотно разложить религиозные и светские принципы, тем самым добиться гармонии с самим собой. Моисей родился в Кордове (Испания) в 1135 г. Некоторое время семья жила в Фесе (Марокко), затем в Акре (Иерусалимское королевство). В 1166 г. Маймонид переезжает навсегда в Египет, где погружается в область медицины и вскоре становится «светилом первой величины на медицинском небосклоне Востока». При помощи собственной эрудиции, он становится личным врачом египетского наместника халифа, а позднее и самого султана Саладина. Моло-

дой лекарь был назначен лейб-доктором всей семьи правителя, который не раз прибегал к его советам, не только в сфере медицины. Удивляет его внезапное рвение к лекарскому ремеслу. Он занимался лечением невзирая на возраст, вероисповедание и материальную обеспеченность пациентов. У Маймонида сложились свои деонтологические убеждения. Он считал, что важнейшим побудительным мотивом врачебной деятельности является осуществление тесной связи между медициной и этикой, но никак не заработок. Специалист всегда обязан оказать помощь, даже в случае потенциальной опасности для него самого. Моисей говорил, что долг врача перед людьми превосходит границы его непосредственных обязанностей на рабочем месте. Врач должен быть совершенным существом по своим моральным убеждениям. Врач – лицо, пользующееся наибольшим доверием, в любом обществе. Он – поверенный глубочайших секретов, и от него ждут соблюдения тайны. Врач должен быть высокообразованным человеком и постоянно беспокоиться о своем образовании, причем герой акцентирует внимание не только на медицинском, а так же всестороннем образовании. Врач обязан не только изучать книги, но и следить за своими навыками, совершенствуя и направляя их в правильное русло. Очень важен факт наличия особенного внимания по отношению к анамнезу. Именно тщательный опрос и уточнение условий и обстоятельств развития недуга, по мнению Маймонида, помогают с большим успехом лечить больных. Большое внимание ученый уделял профилактическому направлению в медицине. Это был сторонник умеренности в еде и образе жизни, придавал большое значение движению и профилактике болезней. Он считал, что здоровым людям нужен не меньший присмотр, чем больным. Впервые вводит врачебную деятельность, основанную на наблюдении за тремя группами больных. Первая группа – здоровые, наиболее важная и сложная часть работы врача – научить здоровых людей хранить собственное здоровье. Вторая группа – это больные люди, где задачей врача является возвращение их утраченного здоровья. И наконец, третья группа – выздоравливающие, ослабленные и пожилые люди, инвалиды. Задача, по отношению к последней категории пациентов, заключается в организации ухода и создании благоприятных условий для повышения качества жизни.

«...Лишь глупцы думают, что врач необходим только во время болезни и никогда больше...» – полагал Моисей Маймонид. Ученый прожил 69 лет. Жизнь его и деятельность, как одного из выдающегося философа, богослова, теолога, врача и пропагандиста медицинских знаний и здорового образа жизни, навсегда останется в благодарной памяти человечества...

Список использованных источников:

1. Путеводитель растерянных (цитаты)
2. История медицины: Вистенфельд / 1-е изд.

ГЕРОЇЗМ МАРІЇ ШКАРЛЕТОВОЇ

Мякина О.В., Мкртчян А.А., ХНМУ, Харків

Марія Савеліївна Шкарлетова (03.02.1925–02.11.2003) – героїня, яка рятувала понад 100 чоловік за один бій, санінструктор стрілецької роти, заслужена патріотка. Народилася вона в селі Кислівка Куп'янського району Харківської області. Після семирічки пішла по стопах батька робітника, працювала спочатку в Куп'янському відділенні залізниці, а потім в колгоспі.

З початком війни Марія була змушена разом з матір'ю та братом переїхати на не окуповані землі, але німці не дали їм виїхати з села і евакуація не здійснилася. Їй було дуже тяжко спостерігати як німці вбивають односельчан, але вона чекала нагоди помститися. Після звільнення Радянською армією Куп'янського району вона пішла добровольцем на фронт. Там її направили на курси в місто Міллерово, після цього вона почала служити санінструктором в 170-му гвардійському стрілецькому полку. На полі бою вона рятувала понад 100 чол. за один бій, билася на рівні з чоловіками, рятувала не тільки наших людей, але й навіть був такий випадок, коли вона рятувала пораненого німця. Марія попри все залишалася людиною і розуміла, що люди не винні в цій війні. В своїх спогадах вона розповідала про свою роботу медика: «У парниковому диму і під свист куль, між воронками і вибухами снарядів, закинувши санітарну сумку за спину, я без втоми, збільшеною у десятки разів енергією переповзала від одного пораненого до іншого, роблячи їм перев'язки, втягуючи їх у воронки та інші прикриття».

По завершенню війни, Марія повернулася до рідного села, закінчила Куп'янську акушерську – школу, і в 1950 р. працювала медичною сестрою в лікарні. Вона була удостоєна звання Героя Радянського Союзу, окрім того була нагороджена орденом Червоної Зірки та багатьма медалями. Була Почесним Членом Харківського обкому Червоного Хреста. У 1956 р. нагороджена Міжнародним комітетом Червоного Хреста медаллю «Флоренс Найтінгейль». Ця медаль вручалась лише раз на 2 роки кращій сестрі милосердя з усіх країн. На її честь було названо Куп'янський медичний коледж, в якому навчалася Марія. Вона часто туди приходила, допомагала хлопчикам і дівчаткам вибрати майбутню професію. Марію знало багато куп'янчан, фронтовики були дуже вдячні їй за повернене здоров'я.

2 листопада 2003 р. серце М.С. Шкарлетової зупинилося. Вона була похована на Куп'янському міському цвинтарі. На її могилу з квітами кожен рік приходять студенти медичного коледжу, та вдячні за спасіння фронтовики.

TENDENCIES OF THE UNIVERSAL EDUCATIONAL PROCESSES

Martynenko N., KhNMU, Kharkiv

Education is a specific part of human activity. A big variety of educational centers are formed all over the world, but not always they prepare the youngsters to the real life full of integrity and constructiveness.

The education had three main directions in its development. It started in the Orient and nowadays reached the peak in the Occident. Exactly, we mean the last 2–3 millennia. For many centuries, in Asia, the system of intensive training of selected individuals had being existed. Just Asia gave the birth for prominent figures, adored even nowadays, such as Lao Tsu, Confucius, Buddha, Sri Krishna, and Jesus Christ.

Later, in Europe, the priority of the excellent education was given to the representatives of nobility, who received the best cultural training, while the masses got just necessary basic knowledge. As a result, from time to time great cultural epochs appeared Renaissance, Victorian epoch with its poets, musicians of Germany, artists of Italy, Holland, and Spain. The young states like the USA, Australia, and Canada introduced general education, which later was spread in the civilized world. The general level of culture extremely decreased, at the same time, the range of mass information and competence increased. In this situation there are two necessary things which have to be done. Firstly, a particular attention deserved children under 16. Secondly, positive changes in educational sphere we should start even in conditions of limited existed systems. Some desirable aspects, new purposes and techniques that prepare children to the full life and encourage them to be creative and constructive members in human community have to be provided in different school levels. The final aim of all these efforts is the world citizenship.

Education is a mental training through which the youth cognizes the world and adapts to the existing conditions. A child receives information that helps him/her later to be a citizen and a wise parent. Nurture has to take into account hereditary inclinations, racial and national features, and add to them knowledge. Psychological orientation of educational process is widening for the active use of important abilities, general for the whole mankind in spite of the race or nationality. Teachers should encourage the formation of mental control over the emotional sphere in their pupils. They will help to develop in young generation wisdom of relations with others and responsibility. The significant ability of youngsters is the use of their mind in two ways commonsense and abstract thinking. Human being gets knowledge from the cognitive use of five senses and accumulation of comprehension of ideas. Both of them are stimulated by intellectual curiosity and research. There is a necessity in giving of three kinds of education. First of all, it is a process of collection of facts, from the past and present and teaching to select those ones that can be useful in any situation. Secondly, it is a practical use of received knowledge resulted healthy life and conscious behaviour. Children should be taught to think by categories of world rela-

tions and co-existence of their own nation with other nations. It has to include the upbringing of feeling of citizenship, parenthood, and formation of world thinking. Such kind of training will help to get civilized, culturally advanced men and women with deep comprehension of the sense and universal spiritual values.

New education will take into account hereditary traits of a child, his/her social status, national peculiarities, surrounding, and individual mental and emotional state. It also has to prompt and point the youth the best sphere of its realization.

There are three targets for future teachers: the observation and development in young generation of instinctive reactions, its intellectual abilities and intuitive potency. These three factors *Instinct*, *Intellect*, and *Intuition* are the basic principles for three kinds of educational institutions (primary and secondary school and university).

So, in wide understanding future education is the science of right human relations and social organization.

References:

1. Гоникман Э.И. Психология выбора. Минск: Сантана, 2003. 352 с.
2. Hammer O. Claiming Knowledge: Strategies of Epistemology from Theosophy to the New Age. Leyde, Brill, 2004. 550 p.
3. Бейли А. Образование в новом веке. Москва: Литан, 1998. 176 с.

ORGANIZATION OF MEDICAL CARE IN ANCIENT EGYPT

Martynenko N., Baffour B.N., KhNMU, Kharkiv

Medicine of Ancient Egypt is rich of interesting observations and practices. Scholars use a big variety of sources related to different periods of Egyptian history. The earliest ones were presented by the collections of recipes, short descriptions of ailments, and the most interesting absence of mystic methods of treatment, which appeared later in the medical practice of Egyptian physicians. Papyri of medical content give us the information about organization of public health in the Oldest Kingdom (the Kahun Papyrus devoted to the gynecological diseases), the Middle and New Kingdoms (the Smith and the Eber's papyri devoted to surgical and internal diseases and medical treatment relatively). Temples were the places, where medical schools and hospitals usually started to function. Egyptian doctors had wide range of anatomical knowledge, because the process of embalmment needed it. In the Smith's Papyrus one can find that the ancient Egyptians considered the brain as a central organ of human body. They observed changes in the brain affected the whole organism. Among the causes of diseases were mentioned a revenge, a slander, and daemon's inspiration. There were definite state sanitary measures directed on the support of military efficiency of Egyptian army. Field medicine was highly developed. More than that, it was necessary to care of the slaves-builders of the huge edifices (pyramids,

stately temples, and irrigation facilities). It caused the formation of state medical schools for training of physicians, and organization of medical checkups of market places. The level of treatment of helminth infections and skin diseases was very high.

Building of huge temples usually had the problem of a large concentration of people. In spite of that there were not mass diseases. Physicians insisted on hygiene. According to the ancient data preserved up to nowadays priests-physicians had to follow certain ritual life style including moderate eating, accuracy and having some showers per day. Herodotus, a Greek historian, mentioned of doctors' advices for keeping fit: early getting up, cold rubdown, jogging, boating and other physical exercises. Unfortunately, all the achievements of ancient Egyptian physicians were available just for the representatives of nobility. Patients were seeking for medical help at the temples. According to the kind of disease they had been treated by the doctor, specialized on this medical problem. Honorarium was paid to the temple. These incomings were subdivided as a salary for doctors. The close connection of medicine and religion started to form in the second half of the Middle Kingdom and especially in the time of the New Kingdom. During the earlier stages medical activity was mostly empirical one. In the conclusion we have to underline that the accumulated doctors' experience in the Ancient Egypt was rich and written sources related to that time proved of that. Physicians gave the wide range of advices to the population in prophylaxis of different kinds of ailments.

References:

1. Ead H. Hamed Abdel-reheem Ead Medicine in Old Egypt. URL: <http://www.frcu.eun.eg/www/universities/html/hamed2.htm> (дата звернення: 30.03.2019)
2. Wood Гю Wood Gemma Ellen Dispelling the myth – Herodotus, Cambyses, and Egyptian religion. URL: <https://egyptianaemporium.wordpress.com/2012/07/04/dispelling-the-myth-herodotus-cambyses-and-egyptian-religion-1/> (дата звернення: 30.03.2019)

THE CONTRIBUTION OF PROFESSOR V.P. OBRAZTSOV TO THE DEVELOPMENT OF CARDIOLOGY

Podpriadova A., KhNMU, Kharkov

Vasily Parmenovich Obraztsov – general practitioner, professor, doctor of medicine, world-famous scientist. He was a student of S.P. Botkin. V.S. Obraztsov is the founder of the Kiev therapeutic school. He made a significant contribution to the development of clinical research methods and the study of diseases of the cardiovascular and digestive systems. In 1909, V.P. Obraztsov (together with his student N.D. Strazhesko) identified the main symptoms that made it possible to diagnose myocardial infarction. He began to introduce into the practice of direct research of the heart with the ear. In addition, he studied the activity of the heart in health and

disease, studied the gallop rhythm and the mechanism of its occurrence, characterized forked and complementary cardiac sounds [1, p. 12–13]. He was born on 1849 in the family of a priests. In 1875 he graduated from the Medical-Surgical Academy in St. Petersburg. In 1880 he moved to Kiev and remained there until the end of his life. In 1881 V.P. Obratsov was elected a member of the Kiev Doctors Society. For 25 years (1893–1918), Professor at Kiev University, Head of the Department of Special Pathology. His students were such eminent scientists as M.D. Strazhesko, M.M. Gubergits, G.R. Rubinstein, F.O. Udintsev, B.I. Trusevich. They glorified the activity of their teacher not only in Ukraine, but also beyond its borders [2, p. 435–436]. He is the author of more than 50 scientific works on methods of diagnosing cardiovascular diseases and diseases of digestive system. V.S. Obratsov died on December 27, 1920 in Kiev. He is considered one of the fathers of national medicine and the most important figure in the history of national medicine after S.P. Botkin.

References:

1. Образцов В.П., Стражеско Н.Д. К симптоматологии и диагностике тромбоза венечных артерий сердца. 1910. С. 12–13.
2. Бойчак М.П. История Киевского военного госпиталя. Киевский госпиталь – учебная и научная база медицинского факультета Университета Св. Владимира и Киевского медицинского института. 2005. С. 435–436.

THE TREATMENT OF VITILIGO BY THE AYURVEDA METHODS

Semenenko E., Aggraval R., KhNMU, Kharkiv

India is famous for its system of medicine and oldest healing science known as «Ayurveda», which is derived from Sanskrit word «Ayur» which means life and «veda», which means knowledge. The main aim of Ayurveda is to maintain the mind-body cooperation to keep an individual healthy both physically and mentally and it also enhances one's spirituality. According to Sushruta, Ayurveda was received by Dhanvantri, who was worshipped as «God of Medicine». The Vedas are known to be rich in herbal treatments of the diseases. Ayurveda has existed in India for over 5000 years now. It is believed that in ancient times, people had home remedies for certain type of diseases. These remedies came from hit and trial method or by accident. In other words it did not include any logical understanding of drugs used. The Indian system of medicine, Ayurveda, was evolved as a system with a rational and logical foundation after re-examination of various elements used in the cure of illness [1]. Ayurveda is based on the belief that a person is made from five basic elements- space, air, fire, water and earth, which further combines to form three basic energies (doshas) of the human body – Vata (space and air), Pitta (fire and water) and Kapha dosha (water and earth). These doshas combine to form a human body. Ayurveda has overcome Allopathy in many diseases. For instance there are many diseases that have no cure in allopathy, but can be cured by the means of ayurveda.

For example: Vitiligo [2]. Vitiligo is a skin disease in which an individual develops white patches on the skin. The hair on that part of skin also becomes white which results in the development of low self-esteem and lack of self confidence in the patient. Scientists and doctors have different suppositions regarding the cause of this disease. It can be hereditary or can be due to autoimmunity. But the exact cause of this condition is still a mystery. Talking about the cure, the allopathic doctors prescribe steroids, phototherapy, skin camouflage, skin creams with the combination of ultra-violet but this treatment is not suitable for everyone. People with more sensitive skin develop burn marks on their skin [3].

Ayurveda suggested many treatments for this disease. For example herbs like bakuchi (*Psoralea corylifolia*) and khadira (*Acacia Catechu*). The tablets, paste made from these herbs cure this skin disease. Also, increased intake of bitter vegetables like bitter gourd helps in curing this disease. The best part about these kinds of treatments is that they come with no side effects like allopathy treatments do. The main aim of Ayurveda is to look out for the exact cause of a disease and cure it [1].

The fact that allopathy provides with fast recovery cannot be denied, but ayurveda provides with permanent relief. Ayurveda has always been under-estimated in front of allopathy, but if allopathy is like cramming, ayurveda is like actual understanding. Ayurvedic herbs can easily overcome western medicines in many aspects if used in purest forms unlike many doctors that uses artificial herbs in making medicines because ayurvedic medicines are healthy to use and also eco and economically friendly.

References:

1. Ayurveda: A Brief Introduction and Guide. URL: www.ayurveda.com. (дата звернення: 05.04.2019).
2. Vitiligo. URL: <https://www.mayoclinic.org>. (дата звернення: 05.04.2019).
3. Allopathic and Ayurvedic Approaches to Leucoderma. URL: <http://www.ayurvedacollege.com>. (дата звернення: 05.04.2019).

CONTRIBUTION OF ANTONIE VAN LEEUWENHOEK TO MICROBIOLOGY

Semenenko E., Daskapan S., KhNMU, Kharkiv

This report is about the Dutch scientist Antonie Van Leeuwenhoek (1632–1723), born in Delft, the Netherlands, who is widely known as the father of microbiology due to his invention of unique microscopes which allowed to research his respective field in a different way [1]. Antonie Van Leeuwenhoek was a businessman career wise, and a self-taught scientist, widely focusing in the field of microbiology. For the majority of his life he worked as a chamberlain in the city hall of Delft, and did his research in his free time, in which he sent letters with his observations to the royal society, in England. At the time, science and technology were directly linked to trade and profit, and Britain was an emerging maritime power, copying methods of

the Dutch. This allowed Van Leeuwenhoek to actually progress with the royal society, as they had demand for his work [3]. What drove Antonie Van Leeuwenhoek to research in science besides passion, was the fact that he had learned to grind lenses, and used this skill to advance his passion, and research into cells [1]. In this report we will focus on his discoveries, and how these discoveries are presented in today's society. Van Leeuwenhoek was the first one to discover microorganisms with his own developed microscope. After he developed his microscope, he was able to look deeper into the little things, and observed very little organisms which he called animalcules, which means little animals in Latin language. An example of one of the animalcules, or microorganisms he observed, is the protozoa, which are large, unicellular, Eukaryotic organisms [2]. After discovering animalcules, or microorganisms, Van Leeuwenhoek decided to dig in deeper, and look at the structure, or the details of these animalcules. As he did this, he noticed the general cell structure, in which he saw a bag like structure, which he started researching particularly. This structure was the Vacuole, which is a bag, responsible for storage in the cell. By doing this, Van Leeuwenhoek not only discovered the cell, but also discovered one of its organelles, the vacuole. Besides his discoveries, it wasn't until a friend of Antonie Van Leeuwenhoek put him in touch with the royal society in England that Van Leeuwenhoek became famous, and started making actual scientific progress, and getting status [3]. In conclusion, Van Leeuwenhoek has made great progress in the field of medicine, from the human body, where he described sperm structure, muscle fibers, as well the optic lens, his discovery of the animalcule was his most appreciated discovery, which got him the title of father of Microbiology. It is important to conclude this report, with the fundamental idea that these discoveries are all derived from the development of his microscope [2]. It was due to the discoveries of Van Leeuwenhoek, that further generations of scientists could research, and discover more things.

References:

1. The Curious Observer. URL: <http://lensonleeuwenhoek.net>. (дата звернення: 05.04.2019).
2. Rocky Road: Leeuwenhoek. URL: <https://www.strangescience.net>. (дата звернення: 05.04.2019).
3. The unseen world: reflections on Leeuwenhoek (1677) «Concerning little animals». URL: <https://royalsocietypublishing.org>. (дата звернення: 05.04.2019).

MICHAEL SERVETUS – THE PIONEER IN THE STUDY ABOUT BLOOD CIRCULATION

Semenenko E., Kareem H., KhNMU, Kharkiv

Michael Servetus was a French doctor. He was born to a noble family in Tudella, Navarre, Spain either in 1511 or 1509. He was the first doctor to discover the pulmonary circulation of the heart. His teachings were used in many medical

schools around the globe during 14 centuries. Michael Servetus opposed many theories such as Galen's theory. Unfortunately, Servetus was executed by the order of inquisition in 1533. The studies and works of Michael Servetus are unique and important due to his boldness and strength. Servetus was able to unlock all the doors for doctors to challenge or disagree with other scientists and theories [3, p. 507]. Michael Servetus was bright in his early age. At 20 years old he published his first work known by «De Trinitatis Erroribus» (1531), opposing the orthodox teachings in it. Servetus studied in Collège de Calvi in Paris in 1533. Later on, he moved to Lyon, where he met Symphorien Champier, a medical humanist or a doctor. Champier was the one, who inspired Servetus to study medicine [1].

Servetus went back to Paris to study medicine. During his studies he published some books and then started to teach mathematics and astrology. In a year after his graduation Servetus opposed Galen's theories and Arabic medical tradition. Due to this some of the teachers became jealous of him. After he finished studying medicine in Paris, he lived in Charlieum, then Servetus moved to Vienne. In Vienne he practiced medicine by being a personal physician to Pierre Palmier and Guy de Maugiron. Servetus had time to prepare for his second book which describes the pulmonary circulation [3, p. 508]. Unfortunately, in 1533 the government decided to execute Servetus by burning due to his opposition of the trinity. Some of the ministers tried changing the penalty into cutting his head instead of burning. However, it was rejected on the 27th of October. At that day Michael Servetus was burned alive. After his death, some of his studies were rescued from burning and got rewritten and observed by many doctors in the next 14 centuries [2].

In conclusion, it's important to say that Servetus did open the doors of freedom of speech. Many doctors could learn from Servetus's boldness and strength and were able to argue, challenge and point out their points of view against others without a governmental punishment. Marian Hillar once said «Servetus died so that freedom of conscience could become a civil right in modern society».

References:

1. Michael Servetus. URL: <http://uudb.org>. (дата звернення: 05.04.2019).
2. Michael Servetus. URL: <http://www.newworldencyclopedia.org>. (дата звернення: 05.04.2019).
3. Trueta J. The Contribution of Michael Servetus to the Scientific Development of the Renaissance. *British Medical Journal*. 1954. P. 507–510.

TREATMENTS OF MIGRAINE IN THE MIDDLE AGES

Semenenko E., Salam L., KhNMU, Kharkiv

«It feels as if there is hammering and pounding in the head. Sound or talking is unbearable, as is light or glare. The pain arises from hot, choleric fumes, together with windiness. And so one feels piercing, burning and ringing» [1]. Centuries have

passed since these descriptions, nevertheless, today's migraine patients can still relate to it. Despite it affecting 1 in every 7 people and has a rate as high as 30 % of all neurological patients, it still remains to this day under-treated, unacknowledged by many and its sufferers are still often overlooked [2]. Migraines, or «hemicranias» meaning half-skull, was first named so by Galen and may be traced all the way back to 1200 B.C.E ancient Egypt. Migraine is a severe headache, often accompanied by blurred vision, aura, nausea, fatigue and light/sound sensitivity, affecting usually, but not necessarily, half of the head. Causes of migraines in the middle ages were considered as rather superstitious or inaccurate to say the least. They ranged from supposedly being due to cold or heat, repeating Galen's and Aretaeus views, all the way to it being due to retained viscous humors in the brain [3].

It was commonly believed that trepanning, the act of boring a hole in the skull, as fetal as it was, was used to release the evil spirits and the noises of the «jingling bells of the fairies» or to simply release pressure out of the skull. Many others, nonetheless, treated migraines by holding a hot iron to the scalp or through herbs by putting garlic in an incision made in the skull. Adding vinegar on the scalp was also commonly practiced. It was believed that opening the pores of the scalp allowed more absorption of the remedies. Given the lack of proper anatomical knowledge and anesthesia, it was absolutely painful to perform such treatments and, if the patients did survive the infections, blood loss and the traumatizing experience, most would still continue to suffer from migraines [1]. The renowned scientist and philosopher Ibn Sina (980–1037 A.D.) wrote about its symptoms in his book 'On Medicine' and classified migraines as being frontal, occipital or general. St.Thomas Aquinas has also discussed migraines and recommended arnoglasse as a treatment [2]. Knowledge of migraines and its causes were flawed in the past, but the end, though unsuccessful, was to relieve the patients from their suffering. Recent researches now show that certain neurotransmitters that control vasodilation of blood flow has been noticed to increase significantly before and during migraine attacks and are related to it, thus, many trials for monoclonal antibodies that can counteract the action of these neurotransmitters are being held in hopes of an effective, new drug [3]. And so, the conundrum of migraines still persists to this day with perhaps explanations to its causes but with no solid treatment to relieve all of its sufferers. It is crucial for us to shed some light, reflect and observe the advancements established in medicine, especially in neurology, since then. Otherwise, history might as well repeat itself all over again.

Reference:

1. Headaches in Antiquity and during the Early Scientific Era. URL: <https://www.researchgate.net>. (дата звернення: 05.04.2019).
2. The 5 Most Painful Medical Treatments of the Middle Ages. URL: <https://www.historyonthenet.com>. (дата звернення: 05.04.2019).
3. The History of Migraine from Mesopotamian to Medieval times. URL: <https://journals.sagepub.com>. (дата звернення: 05.04.2019).

Секція 2 ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я ТА СУЧАСНА ЕПІДЕМІОЛОГІЯ

«СУЧАСНА ЕПІДЕМІОЛОГІЯ» – РОЗДІЛ МЕДИЧНОЇ НАУКИ ТА БАЗОВА НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА

Огнев В.А., Лісова Г.В., Бєлєвцова Я.С. ХНМУ, Харків

Нині в літературі часто вживають термін «епідеміологічне вивчення» стосовно багатьох досліджень, що ґрунтуються на великому обсязі інформації про населення. Іноді термін «епідеміологія» підміняють терміном «популяція», а відтак, «епідеміологічне дослідження» – «популяційним». Це не завжди відповідає дійсності, оскільки критерієм епідеміологічності дослідження є вирішення будь-яких проблем населення, пов'язаних з його здоров'ям, а популяційні дослідження можуть мати як медичний, так і немедичний характер, який не має відношення до здоров'я.

Мета даної роботи є конкретизація методологічних положень про сучасну епідеміологію, про її цілі, завдання, принципи та інші особливості, які дозволяють вирішувати різні проблеми зі здоров'ям населення.

Епідеміологія як наука вивчає проблеми здоров'я населення на популяційному, а не на індивідуальному рівні. Цим вона й відрізняється від інших суміжних біологічних і медичних навчальних дисциплін і наук. Ця точка зору була визначена ще з часів Гіппократа. Об'єктом дослідження суміжних дисциплін є індивідуальні особливості або окремі фактори чи компоненти, що визначають захворювання, але не причини виникнення масових захворювань та інших проблем, пов'язаних зі здоров'ям населення. Саме ця обставина й визначила сучасну епідеміологію як науку. У дослівному перекладі термін «епідеміологія» походить від грецьких слів «ері», що означає «на» або «над», «demos» – «народ» і «logos» – «наука чи вивчення». Таким чином, *епідеміологія* – це наука про те, що розповсюджено серед народу (населення) й що з ним відбувається. Масові інфекційні захворювання залишились у минулому, проте висока смертність від них визначили розвиток епідеміології як науки. Епідеміологія стала сприйматися як розділ медицини, що вивчає закономірності виникнення інфекційних захворювань, а також заходи щодо їх попередження. Але в ХХ ст. відбулась трансформація патології: зросла частка ендегенних (злоякісні новоутворення) і квазіендегенних захворювань (хвороби системи кровообігу), а також збільшився перелік причин смертності. Саме тому, починаючи з середини ХХ ст., методи епідеміологічного дослідження стали застосовувати при вивченні різних масових захворювань (у т.ч. тих, що викликані фізичними, психічними, соціальними та іншими факторами).

Аксіомою сучасної епідеміології стали такі твердження: проблеми зі здоров'ям не виникають з нічого й не існують самі по собі, а також мають не-випадковий розподіл в популяції; вивчення поширеності проблем стану здоров'я населення дозволяє виявити закономірності причин їх появи, сформулювати висновки та прийняти рішення щодо вирішення цих проблем.

У сучасній термінології, *епідеміологія* – розділ медичної науки, що вивчає поширеність явищ в популяції, а також детермінант, станів чи подій, пов'язаних зі здоров'ям населення, для забезпечення управління й контролю за громадським здоров'ям. При цьому *вивчення* – обстеження, спостереження, тестування гіпотез, описові, аналітичні та експериментальні дослідження; *поширення* – аналіз досліджуваного явища в часі, за місцем знаходження (проживання), за виділеними групами, за індивідуальними ознаками населення і т.д.; *детермінанти* – фізичні, біологічні, пов'язані зі здоров'ям населення, включають в себе хворобу, випадки смерті, поведінку, інвалідизацію, народження, реакції на превентивні заходи, особливості системи охорони здоров'я і т.ін.; *управління та контроль* – функції впливу, що дозволяють належним чином організувати й провести комплекс заходів, спрямованих на збереження, зміцнення та відновлення здоров'я.

Метою епідеміології є запобігання проблем, пов'язаних зі здоров'ям населення, попередження їх виникнення та повторення, а за наявності проблем – їх ліквідація чи зменшення негативних впливів. Міжнародна епідеміологічна асоціація визначила такі завдання сучасної епідеміології: вивчення поширеності та природного перебігу захворювань, явищ, закономірностей загалом або по групах населення й встановлення масштабів цих проблем; визначення факторів зовнішнього та внутрішнього середовища, що визначають виникнення й поширення захворювань, явищ і т.д.; визначення пріоритетних проблем в сфері охорони здоров'я; розробка заходів щодо усунення або максимально можливого ослаблення дії несприятливих чинників. Інформація, отримана в результаті епідеміологічного дослідження, має широке застосування й важлива як для організаторів охорони здоров'я, так і для практикуючих лікарів, надаючи їм можливість отримати відповіді на щоденні питання. Фахівці в сфері охорони здоров'я (у т.ч. громадського) широко застосовують сучасну епідеміологію для отримання достовірної інформації про закономірності й особливості формування сучасного типу патології населення для розробки програм щодо усунення або зменшення впливу проблем на стан здоров'я (профілактики, ранньої діагностики, лікування і т.д.). Практикуючі лікарі отримують відповіді на різні питання пацієнтів, як-от: З якими актуальними та потенційними проблемами стикається суспільство відносно здоров'я? Коли й де проблеми виникають? Якій частині населення загрожує ризик виникнення захворювань? Які проблеми, пов'язані зі здоров'ям населення, будуть вирішені, а які можуть посилитися з часом?

Залежно від застосування, у сучасній епідеміології виділяють різні її види: епідеміологія інфекційних захворювань, епідеміологія неепідемічних захво-

рювань, клінічна, екологічна, генетична, соціальна та інші. У забезпеченні громадського здоров'я важливе місце займає неепідемічна епідеміологія. Вона має істотні відмінності від інфекційної епідеміології, які полягають такому: латентний період неінфекційних захворювань значно триваліший, ніж у інфекційних, і конкретний термін його непередбачуваний; хронічне неепідемічне захворювання розвивається поступово, і його ознаки у обстежуваних осіб варіюють у великому діапазоні, що підвищує ймовірність помилкової діагностики; для неінфекційних захворювань характерна мультифакторна природа етіології та патогенезу, причому явно домінуючий фактор часто відсутній; на відміну від інфекційної епідеміології, при неепідемічних захворюваннях неможливо виділити несприйнятливості частини популяції й встановити, чи має місце абсолютна стійкість конкретної особи до певного хронічного неінфекційного захворювання; при неепідемічній патології прогноз захворюваності та ефективність профілактичних заходів носять ймовірнісний характер і виправдовуються по відношенню до популяції загалом. Особливу увагу в медицині займає клінічна епідеміологія, як розділ медичної науки, який вивчає клінічні проблеми, а також використання фактів для їх вирішення розробляє клінічні рішення, що забезпечують високий медичний, економічний та соціальний ефект під час лікувальних, діагностичних, прогностичних і профілактичних втручань.

Особливості епідеміологічного дослідження виражаються численними методами досліджень, а також їх різними поєднаннями, що й характеризує види дизайну та його різноманітність.

У сучасній епідеміології *епідеміологічні методи* є «інструментами» вивчення закономірностей детермінант (факторів), подій і станів, які визначають здоров'я населення за допомогою статистичних показників.

Під *дизайном* (від англ. design – план) *епідеміологічного дослідження* розуміють всі особливості проведення конкретного дослідження, що передбачені його планом. У матеріалах Європейського регіонального бюро ВООЗ відмічається, що відповідно до мети, можна виділити, як мінімум, *три типи епідеміологічних досліджень*: описові, аналітичні та експериментальні.

Описові дослідження спрямовані на вивчення поширеності тих чи інших захворювань серед населення. Недолік описового методу («опис окремих випадків» і «опис серії випадків») полягає у відсутності групи порівняння, й описі випадків на різних стадіях формування або перебігу захворювання.

Метою аналітичного дослідження є підтвердження або спростування гіпотез, сформованих в описових дослідженнях і спрямованих на виявлення причин виникнення та розповсюдження проблем, тобто встановлення причинно-наслідкових зв'язків. В аналітичних дослідженнях існує два прийоми їх виявлення: перший – від наслідку до причини (метод випадок – контроль); другий – від причини до наслідку (когортний метод).

Експериментальне дослідження передбачає контрольоване та відтворювальне втручання в природний плин досліджуваного явища з метою виявлення

причинно-наслідкових зв'язків явища або оцінки результатів втручання. Необхідно пам'ятати, що будь-яке експериментальне дослідження завжди буде аналітичним. Ідеальним може вважатися експеримент, в якому змінюється тільки один фактор, що впливає на предмет вивчення. За всіма іншими факторами, що визначають результат експерименту, групи порівняння повинні бути однакові. Необхідно врахувати, що на результат медичних експериментів впливає не тільки втручання, яке контролюється дослідником, але і ряд інших відомих або невідомих чинників, які можуть істотно вплинути на надійність висновків. Для мінімізації можливих помилок, необхідно підібрати максимально однорідну вибірку, з якої потім рандомізованим методом будуть сформовані групи порівняння. Методи сучасної епідеміології мають свою ієрархію, і їх доказовість можна уявити в напрямі зменшення наступним чином: провідне місце по доказовості займають мета-аналізи, систематичні огляди та рандомізовані контрольовані дослідження; потім – когортні дослідження, дослідження випадок-контроль, поперечні дослідження (одномоментні); опис випадків, експертна оцінка, дослідження на тваринах, дослідження *in vitro*.

Найважливішим елементом, рандомізованих контрольованих досліджень, є застосування *засліплення* – втаємничення інформації про приналежність учасників випробування до основної (дослідної) та контрольної груп як від самих учасників, так і від дослідників, які здійснюють запланований вплив й оцінюють стан здоров'я піддослідних, а усією інформацією володіє лише керівник випробування. Виділяють кілька видів засліплення: відкрите дослідження (Open label) – всі все знають; просте засліплення (Single-blind) – хворий не знає в якій групі порівняння він знаходиться; подвійне засліплення (Double-blind) – цією інформацією не володіє не лише хворий, але і лікар-дослідник; потрійне засліплення (Triple-blind) – не знає хворий, лікар-дослідник і статист; повне засліплення – не знає хворий, лікар-дослідник, статист і діагностичні служби. Засліплення дозволяє запобігти цілому ряду систематичних помилок, що можуть вплинути на результати експерименту.

Слід зважати, що результати одного дослідження, навіть бездоганного організованого, не можуть розглядатися як безумовна рекомендація до впровадження в клінічній практиці. Нині надійними вважаються лише результати багатоцентрових досліджень дієвості одного й того ж втручання (лікування) декількома клініками (бажано, представниками різних країн). Еталонним дизайном клінічних досліджень є рандомізовані, контрольовані, подвійні сліпі дослідження («золотий стандарт» досліджень). Але необхідно враховувати таке: кращого дизайну дослідження не існує; для вирішення кожної проблеми є різні дизайни – різні методи дослідження; у кожного дизайну є свої слабкі та сильні сторони, а тому по-справжньому важливою є лише якість дослідження.

Таким чином, представлені вище методологічні положення дозволяють конкретизувати особливості сучасної епідеміології як розділу медичної науки та базової навчальної дисципліни.

Список використаних джерел:

1. Modern Epidemiology / by Kenneth J. Rothman and Sander Greenland: [additional contributions by James W. Buehler, et.al.]. 2nd ed. 1998. 38 p.
2. Лехан В.М., Вороненко Ю.В., Максименко О.М. та ін. Епідеміологічні методи вивчення неінфекційних захворювань: навчальний посібник. Київ: Сфера, 2005. С. 21–49.
3. Власов В.В. Эпидемиология: учебное пособие. 2-е изд., испр. Москва: ГЭОТАР–Медиа, 2005. 464 с.
4. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. Москва, Медиа Сфера, 1998. 352 с.

ВЕКТОРИ РОЗВИТКУ СУЧАСНОЇ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ

Ткаченко В.Г., Козько В.М., Меркулова Н.Ф., ХНМУ, Харків

З плином часу класичні розділи епідеміології, до яких традиційно належать загальна епідеміологія, вчення про епідемічний процес, епідеміологічна діагностика, протиепідемічні заходи, організація протиепідемічної роботи, спеціальна та клінічна епідеміологія, а також епідеміологія нагляду та інфекційного контролю, доповнювалися новими розділами епідеміології: військовою, екологічною, ландшафтною, теле- і фармакоепідеміологією. Практичним значенням вивчення клініки інфекційних хвороб шляхом застосування прийомів і методів класичної епідеміології стала їх діагностика та лікування. Вивчення епідеміології інфекційних захворювань дозволило практично розпізнавати епідемії та розробляти ефективні профілактичні заходи, спрямовані на локалізацію та припинення їх розповсюдження [1].

Застосування збудників інфекційних хвороб, зокрема натуральної віспи, у якості біологічної зброї відомо на прикладі колонізації Америки в 1507 р. [2, с. 360]. Метою військової епідеміології, як і класичної, залишається досягнення епідеміологічного благополуччя військ шляхом попередження інфекційних хвороб серед військових у мирний час і під час воєнних конфліктів.

На сучасному етапі свого розвитку епідеміологія, як наукова база однієї дисципліни виходить за межі вивчення тільки інфекційних хвороб. У другій половині ХХ ст. з'являється епідеміологія неінфекційних хвороб, яка на противагу епідеміології інфекційних хвороб застосовує епідеміологічний метод для вивчення закономірностей поширення різних за своєю причиною неінфекційних недуг і розладів стану здоров'я населення [3, с. 8]. Зростання екологічного пресингу на сучасну цивілізацію проявляється зміною клімату, засміченням космічного простору, зменшенням вмісту озону в атмосфері та запасів і забрудненням питної води, радіоактивним забрудненням навколишнього середо-

вища, хімізацією сільськогосподарського виробництва та продуктів харчування, накопиченням ксенобіотиків тощо [4, с. 207–220]. Наведені факти стали передумовою виникнення екологічної епідеміології, яка займається вивченням екологічних умов і ризиків для здоров'я людини і її існування. Моніторинг інфекційних і неінфекційних хвороб базується на отриманні оперативної інформації про їх розповсюдження й захворюваність населення за відповідними категоріями, клімато-географічні та соціально-економічні умови виникнення певних нозологічних форм тощо. Завдяки появі надійних і оперативних засобів передачі інформації поінформованість населення, відповідних органів і служб систем охорони здоров'я значно підвищилися. Завдяки засобам телекомунікаційного зв'язку стало можливим практично з будь-якого куточку планети або з космосу застосувати епідеміологічні дослідження, за необхідності в реальному часі (телеепідеміологія). Сплав епідеміології та фармакології став основою виникнення фармакоепідеміології та її складової – фармаконагляду. Клінічні дослідження нових винайдених медичних препаратів передують їх появі на ринку ліків, дозволяють встановлювати ефективність і виявляти можливі побічні ефекти на етапі застосування, для чого використовується епідеміологічний метод класичної епідеміології. Нові розділи сучасної епідеміології існують у тісному поєднанні з класичною епідеміологією та розвиваються паралельно зі змінами у суспільстві, соціально-економічними та змінами навколишнього середовища.

Список використаних джерел:

1. Вікіпедія. URL: <https://uk.wikipedia.org> (дата звернення: 29.03.2019)
2. Тітов М.Б., Герасун Б.А., Шевченко Л.Ю. та ін. Інфекційні хвороби: підручник / за ред. М.Б. Тітова. Київ: Вища школа, 1995. 567 с.
3. Брико Н.И. Парадигма современной эпидемиологии. Медиоаль. 2014. № 3. С. 8–36.
4. Лобзин Ю.В., Белозеров Е.С., Беляева Т.В. и др. Очерки общей инфектологии. Элиста: ЗАОр НПП «Джангар», 2007. 384 с.

ПОКРАЩАННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ЖІНОК МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ З УРОГЕНІТАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ

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

У зв'язку зі зміною демографічної структури суспільства з кожним роком збільшується кількість жінок, які вступають в період менопаузи. В середньому тривалість менопаузального віку триває 33 %, тобто більше ніж третину свого життя жінка проводить в стані дефіциту жіночих статевих гормонів, це призводить до порушення ендокринної рівноваги в організмі жінки, викликаючи тим самим приливи, роздратування, безсоння, урогенітальні порушення. Всі ці по-

казники свідчать про необхідність пошуку цілого ряду медичних і соціальних засобів по захисту здоров'я, збереженню працездатності та покращення якості життя жінок пери- та менопаузального віку [2, с. 385].

В останні роки в клімактеричний період збільшилась проблема урогенітальних розладів, що пов'язано з їх негативним впливом на якість життя жінок менопаузального віку. Частота розвитку вікових урогенітальних розладів становить 30 %. Урогенітальні розлади – це симптомокомплекс вторинних змін, які пов'язані з розвитком атрофічних та дистрофічних процесів в естроген-залежних тканинах і структурах нижньої третини сечостатевого тракту, сечовому міхурі, уретрі, піхві, у зв'язках малого тазу та м'язах тазового дна. Розвиток урогенітальної атрофії пов'язують з незворотними віковими метаболічними змінами. Піхва, уретра, сечовий міхур і нижня третина сечоводів мають єдине ембріональне походження та розвиваються з урогенітального синусу. Це пояснює наявність рецепторів до естрогенів, прогестерону та андрогенів в м'язах, слизовій оболонці, судинних сплетеннях піхви, сечового міхура, уретри, також в м'язах і сьязковому апараті малого тазу. Переважно розвивається атрофічний вагініт і розвиток атрофічного цистоуретритита з явищами порушення контролю сечовипускання [1, с. 282]. Атрофічний вагініт виникає в результаті естрогенного дефіциту та характеризується витонченням слизової оболонки піхви, зменшенням продукції глікогену епітеліальними клітинами, зменшенням або повною відсутністю лактобацил, підвищенням піхвого рН. До проявів атрофічного цистоуретрититу відносять подразнюючі симптоми: часте, болюче сечовиділення, збільшення позивів сечовипускання, стресорне нетримання сечі (при фізичному навантаженні, кашлі, чиханні, різких рухах), нетримання сечі без напруги. До обстеження жінок з розладами сечовипускання відносять: скарги жінок, проба Valsava, кашльовий тест, забір сечі на інфекцію та чутливість до антибіотиків, уродинамічне обстеження.

Встановлено, що естрогенний дефіцит є причиною розвитку урогенітальних порушень у жінок в клімактерії. Проблема лікування урогенітальних розладів неоднозначна. Акцент ставиться на тому, який вид замісної гормонотерапії рахується оптимальним. Замісна гормонотерапія урогенітальних порушень може включати в себе препарати, які мають як системну, так і місцеву дію. Призначення системної замісної гормонотерапії має відповідати урахуванню абсолютних і відносних протипоказань. При призначенні замісної гормонотерапії пацієнткам з урогенітальними порушеннями враховується мета відновлення нормального стану місцевих гормонозалежних структур нижніх відділів сечостатевої системи.

Список використаних джерел:

1. Calleja-Agius J., Brincat M.D. Urogenital atrophy. *Climacteric*. 2009. № 12. P. 279–285.
2. Gjelsvik B., Rosvold E.O., Straand J. et al. Symptom prevalence during menopause and factors associated with symptoms and menopausal age. Results of Norwegian Hordaland Women's Cohort study. *Maturitas*. 2011. Vol. 70. P. 383–390.

АНАЛІЗ НАДЗВИЧАЙНИХ СТАНІВ І КАТАСТРОФ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Сокол К.М., Сидоренко М.О., Завгородній І.В., ХНМУ, Харків

В останні роки все частіше говорять про початок глобальної екологічної катастрофи. Знання причин і динаміки процесів антропогенних та природних катастроф, їх прогноз, а також можливі наслідки і розроблення заходів їх попередження і відновлення постраждалих територій – необхідний атрибут сучасного вченого і громадян. У зв'язку з цим у багатьох вищих учбових закладах уведено спеціальний курс по катастрофам і надзвичайних станах (НС). Такий курс є і в учбовому плані кафедри гігієни та екології № 2 ХНМУ «Гігієна надзвичайних станів». При вивченні вказаного курсу студентам надається інформація і наголошується, що ми живемо і вчимося, працюємо в зоні підвищеної екологічної небезпеки і не виключено можливість їх участі у рятувальних заходах. Регіон особливий, має свою специфіку. на ньому розміщена значна кількість екологічно небезпечних об'єктів. В Харківській області таких об'єктів нараховувалось 1264. За видами небезпеки найбільшу кількість склали пожежонебезпечні, вибухонебезпечні та хімічно небезпечні об'єкти [1]. Періодично на цих чи інших об'єктах виникають НС. Наведені нижче дані про надзвичайні стани в області показують, що при їх виникненні регіон зазнавав значних економічних збитків, порушувалися нормальні умови життєдіяльності людей, гинули і страждали потерпілі, серед населення зростають протестні настрої, виникає загроза безпеці регіону. Список техногенних катастроф на радіаційних об'єктах, які завдали шкоди регіону нагадує ядерний вибух на значній глибині газової свердловини в районі сіл Хестище та Першотравневе Красноградського району у 1972 р. Як наслідок у повітря піднявся пиловий ядерний «гриб», в навколишніх селах було зруйновано декілька помешкань. Перед ядерним вибухом мешканці двох сіл були евакуйовані. Інший радіаційний-небезпечний стан виник 1977 р. у Харкові на спецкомбінаті «Радон», який приймає на зберігання низько- та середньоактивні відходи з 8 областей України. Через руйнування інженерних бар'єрів були забруднені тритієм води першого водоносного горизонту. За розрахунками другий водоносний горизонт розташований на глибині 156–160 м, захищений шаром глини 10–12 м залишився незабрудненим. Обидва водоносних горизонти для питного водопостачання в Харкові не використовуються. Максимальна активність тритію у воді водоносного горизонту досягне в 2025 р. [3].

В Харківській області виникали НС на вибухонебезпечних об'єктах. Так у 2008 р. були зафіксовані вибухи боєприпасів, пожежа на складі боєприпасів 61 в с. Катеринівка Лозівського району. З п'ятикілометрової зони в евакопункти евакуйовано населення декількох сіл і м. Лозове. При проведенні робіт по усуненню наслідків НС було відключено газопостачання і газову насосну станцію, тимчасово призупинені перевезення вантажу через станцію Лозова, а пасажир-

ські потяги направлені в обхід. Весь період ліквідації НС транслювався по телебаченню. Пожежа та вибухи на складах боєприпасів спричинили ряд інших НС. В с. Катеринівка, неподалік від складів розміщався склад ядохімікатів, який вибухами був зруйнований і під дією дощу, хімічної реакції з ядохімікатами виникла токсична хмара, яка визвала серед населення с. Катеринівка отруєння. Проблема повторних НС залишилась невирішеною, так як зруйнований склад непридатних ядохімікатів не ліквідовано. Пожежа та вибухи на складах боєприпасів спричинили загорання складу з освітлювальними зарядами на площі 1600 м² та приміщення фірми на площі 400 м².

Значною проблемою для Харківської області, як і для всієї України є поводження з твердими та рідкими відходами. НС виник у 2005 р. на Дергачівському полігоні, куди вивозяться відходи з м. Харків. Порухення технології складування ТПВ, складування заборонених промислових відходів, катастрофічне утворення біогазу і фільтрату, який в своєму складі мав десятки хімічних речовин які проникли у водоносні горизонти і спричинили забруднення джерел водопостачання (шахтні колодязі, артезіанські свердловини) в смт. Дергачі. Загорання полігону у літній період спричинили негативну дію на населення газових сумішей діоксинової групи. Полігон був закритий, у смт. Дергачі стали доставляти воду в цистернах. У результаті порушень технології очищення ТПВ на Диканівських очисних спорудах у 1995 р. сталося затоплення насосної станції і, як наслідок, затоплення території шести районів Харкова стічними і паводковими водами. Внаслідок відключення енергопостачання НС виникли на каналізаційних спорудах Балаклійського, Ізюмського та Чугуївського районів.

Отож, катастрофи та надзвичайні стан на території Харківської області виникали у зв'язку з високою кількістю екологічно небезпечна об'єктів, відсутності на них розроблених планів недопущення, ліквідації НС, низький рівень екологічної знань у керівників.

Список використаних джерел:

1. Про стан навколишнього середовища у 2007 р. Національна доповідь. <http://www.mener.gov.ua/dopovidi/nacdopovidi> (дата звернення: 29.03.2019).
2. Мишковська А. Регулювання радіаційної безпеки: шляхи вирішення проблеми. *СЕС. Профілактична медицина*. 2007. № 5. С. 18–23.
3. Отчет о НДР УкрНИИ ЭП. Харьков, 2001. С. 37–39.

ОСОБЛИВОСТІ МОНІТОРИНГУ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЮНИХ СПОРТСМЕНІВ

Сокол К.М., ХНМУ, Харків

Подрізало Л.В., Ровна О.О., Харківська державна академія фізичної культури, Харків

Стан здоров'я сучасного молодого покоління обумовлює необхідність підвищення ефективності фізичного виховання, спрямованого на його оптимі-

зацію. Заняття фізичною культурою і спортом є важливим засобом його укріплення, але на цей час їх популярність суттєво знижується. Значні фізичні навантаження в спорті обумовлюють необхідність організації контролю стану здоров'я, відбору та прогнозу успішності спортсменів, профілактики можливих донозологічних станів, іншою мовою, обґрунтування й розробки моніторингу функціонального стану. Моніторинг (від англ. monitor – наставляти, радити, контролювати, перевіряти) – безперервне або тривале спостереження.

Державний соціально-гігієнічний моніторинг – система спостереження, аналізу, оцінки і прогнозу стану здоров'я населення та середовища життєдіяльності людини, а також виявлення причинно-наслідкових зв'язків між станом здоров'я населення та впливом на нього факторів середовища життєдіяльності людини. Поняття моніторингу може бути визначено як постійне спостереження за процесом з метою виявлення його відповідності бажаному результату або первісним пропозиціям. В контексті спорту основою моніторингу є розглядання взаємовідносин у системі «спортсмен – навколишнє середовище» й керування впливом середовища на функціональний стан. У якості навколишнього середовища розглядаються особливості організації підготовки й, насамперед, тренувальні та змагальні навантаження, що здійснюють суттєвий вплив на здоров'я. Проведення моніторингу потребує виконання певного алгоритму. Найважливішими моментами повинні бути визнані стадії, пов'язані із виявленням основних чинників, що обумовлюють стан спортсмена та його підготовку, формування робочої гіпотези про причинно-наслідкові зв'язки між ними та обґрунтування заходів, які дозволяють впливати на ці чинники.

Ще одним важливим поняттям в моніторингу є скринінг-тести. В медицині вони визначаються як попереднє визначення з певною ймовірністю прихованих або ще не встановлених форм захворювань, а також виявлення чинників ризику, які можуть сприяти розвитку стійких порушень здоров'я. Результати цих досліджень, як правило, не дають ще підстави для встановлення діагнозу, вони лише допомагають виділити з умовно здорового контингенту тих осіб, у яких можливість наявності захворювання найбільш вірогідна.

В контексті спорту та фізичного виховання, скринінг-тести повинні визначатися як спеціальні методики або тести, що є вірогідними, забезпечують вимір необхідного показника згідно з метою дослідження; мають достатню точність, ступінь якої залежить від потреб дослідження; характеризуються простотою, практичністю, зручністю, економічною прийнятністю та специфічністю. Важливою є відсутність травматизму при проведенні скринінгу.

Так, етап попереднього відбору спрямований на пошук осіб, перспективних для певного виду спорту, що доводиться за допомогою антропометричного дослідження, оцінки загальної фізичної підготованості за системою КОНТРЕКС-2 та використанням спеціалізованих для виду спорту тестів. Перспективними на цьому етапі є гоніометричні дослідження суглобів, оскільки збільшення амплітуди рухів у них надають спортсменові переваги.

На етапі поточного моніторингу основне значення має динаміка реакцій організму на тренувальні навантаження. Для цього використовуються фізіологічні та гігієнічні методики (визначення пульсу та артеріального тиску, розрахунок загальної та моторної щільності тренування), а також визначення індексів на підставі отриманих результатів. Крім того, для оцінки адаптаційного потенціалу спортсменів пропонується визначення електронегативності ядер клітин букального епітелію та стан системи антиокислювального захисту. Цю батарею тестів має сенс доповнити функціональним дослідженням психофізіологічним дослідження різних видів реакції, координації, оцінювати збалансованість і врівноваженість адаптаційних систем організму. Крім того, з метою накопичування інформації про психоемоційний стан спортсменів доцільним буде періодичне проведення оцінки психологічного стану за допомогою тесту визначення тривожності, працездатності, активності, настрою та самопочуття. Ця методика дозволяє оперативно в адекватно оцінювати психологічний стан спортсменів, прогнозувати їх успішність.

Основним завданням третього етапу моніторингу є визначення готовності спортсменів до змагань і прогноз успішності виступів. Тому на цьому етапі правомірним є використання всіх функціональних методик, що дозволяють надати комплексну оцінку морфофункціональним особливостям спортсменів, більш чітко характеризувати його стан. Безпосередньо перед змаганнями має сенс дослідження основних компонентів психологічного стану та оцінка їх динаміки. Важливим моментом в цьому контексті є реалізація принципу зворотного зв'язку, коли використання запропонованих методик дозволяє не тільки оцінити стан спортсменів, але й внести конкретні корективи до тренувального процесу, що буде сприяти не тільки підвищенню спортивної підготовки, але й оптимізації здоров'я спортсменів.

До основних переваг використаних методик повинні бути віднесені також простота, приступність та економічна доцільність, невеликий час, що потрібний на їх проведення. Важливим моментом також є адекватність методик, що дозволяє оцінювати морфофункціональні особливості, значущість для конкретного виду спорту.

НЕКОНТРОЛЬОВАНИЙ ПРИЙОМ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ – ЗАГРОЗА ЗДОРОВ'Ю НАСЕЛЕННЯ

Мельниченко О.А., Безугла Л.В., ХНМУ, Харків

Здоров'я населення залежить від ряду факторів, як-от: спадкові особливості організму, спосіб життя, психоемоційний стан, природно-кліматичні умови життєдіяльності та ін. Хоча наші співвітчизники навряд чи можуть похизува-

тись гарним здоров'ям, але переважна їх більшість не квапиться звертатись за допомогою до лікарів. Означене, з одного боку, виправдовується численними проблемами в родині, на роботі, у навчанні тощо, а з іншого – відсутністю впевненості у тім, що витрачених коштів буде достатньо для реального покращання власного самопочуття. Як результат – люди займаються самолікуванням – самостійною постановкою діагнозу, призначенням лікування та його проведення. Означене, зрештою, й обумовлює актуальність даного дослідження.

Передусім слід зазначити, що погіршення самопочуття може мати безліч причин: втома, порушення режиму дня, стрес, неналежне харчування, різка зміна погоди тощо. При цьому наявні різні симптоми, що є наслідком як втоми, так і виявом небезпечних захворювань. Так, наприклад, головний біль є дуже поширеним симптомом і залежно від його локалізації, характеру або тривалості може бути проявом різких перепадів артеріального тиску через метеозалежність або вказувати на такі хвороби, як мігрень, гіпертонічна хвороба, менінгіт, фронтит, пухлинні ураження мозку, несвоєчасне лікування яких може призвести до стрімкого погіршення стану людини та її смерті.

Показовою є реакція більшості наших співвітчизників на найбільш поширені симптоми (головний біль, слабкість, запаморочення, втому, почуття розбитості тощо) – майже повне їх ігнорування; у «кращому» випадку – приймуть ліки, куплені в аптеці (принаймні допоки в Україні це можна робити без рецепта лікаря). Проте почасти такий вибір спирається на попередній досвід, поради провізора чи, що ще гірше, є результатом впливу реклами. Крім того, пацієнти самостійно замінюють собі препарати на більш розрекламовані (адже у рекламі власники роблять акцент на позитивних аспектах препарату й практично не згадують про побічні ефекти), змінюють схему його прийому, знижують дозу, вважаючи, що у такий спосіб зменшать вираженість побічних ефектів або взагалі уникнуть їх виникнення. Окремо слід сказати про збільшення резистентності бактерій до антибіотиків через їх безконтрольний прийом: це збільшує шанси населення до смерті через пандемію якогось інфекційного захворювання, незважаючи на всі винайдені ліки, адже коло антибіотиків до яких мікроорганізми є чутливими з кожним роком звужується. Як наслідок, маємо чимало прикладів ускладнень, алергічних реакцій, отруєння через кумуляцію препарату в організмі, переходу захворювань у хронічну форму та навіть летальні випадки. Збереження подібної ситуації несе реальну загрозу здоров'ю населення.

Занепокоєння з цього приводу посилюється результатами дослідження, згідно з яким «30,1 % респондентів віддали перевагу самолікуванню, 45,7 % – звертаються до медичних закладів, 5,3 % – не вживатимуть жодних заходів» [2]. Означене значною мірою обумовлено «низьким рівнем компетентності українських лікарів (62 %), що знижує якість медичних послуг (44 % респондентів)» [1]. Проведене соціологічне дослідження (опитано 100 осіб старше 18 років) дозволило виявити такі основні причини популярності самолікування: вважають, що самі знають як себе лікувати – 31 %; брак часу – 19 %; великі

черги у поліклініці – 14 %; некомпетентність лікарів – 11 %; нестача коштів – 10 %; грубе відношення лікарів до пацієнтів – 8 %; байдужість лікарів – 7 %. До речі, у світі також простежується тенденція до збільшення фактів самоправного прийому ліків. Нині ВООЗ пропагується тактика «відповідального» самолікування, що включає у себе дотримання здорового способу життя, тобто запобігання хворобі й самодопомогу у разі невеликих проблем зі здоров'ям. Найголовнішим є те, що людина має розуміти: коли наближається межа її компетентності та відвідування спеціаліста є необхідним. Одним зі способів скоротити масштаби самолікування є встановлення (як це має місце в більшості європейських країн) жорстких обмежень на продаж медичних препаратів. Але такий крок, радше за все, допоки не на часі, оскільки наявний широкий асортимент ліків дозволяє населенню оптимізувати медичний та економічний ефект лікування.

З урахуванням вищевикладеного матеріалу можна зробити такі висновки. Пересічні громадяни почасти цілком ігнорують природу наявних симптомів, особливості їх прояву, специфіку стану власного організму та інші фактори, що мають бути обов'язково враховані під час встановлення діагнозу та призначення лікування. Лише кваліфікований лікар може вірно інтерпретувати прояви певних захворювань, знайти їх лабораторне підтвердження, провести диференційовану діагностику схожих захворювань і призначити індивідуальне лікування. Для покращання цієї ситуації слід більше інформувати населення про недоречність і небезпечність самолікування, зробити більше сайтів, де людина зможе задати питання стосовно свого здоров'я, які її хвилюють та отримати хоча б орієнтовну консультацію у декількох спеціалістів з різними підходами, що є дуже зручним та корисним способом. Також необхідно продовжити скорочення списку безрецептурних препаратів і забезпечити українців довідниками з достовірною інформацією щодо легких порушень стану здоров'я та послідовності дій у разі їх виникнення. Подальші наукові розвідки мають бути присвячені розробці теоретичних положень і практичних рекомендацій, спрямованих на покращання здоров'я населення.

Список використаних джерел:

1. Оцінка медичної сфери в Україні: червень 2018. URL: http://ratinggroup.ua/ru/research/ukraine/ocenka_medicinskoj_sfery_v_ukraine_iyun_2018.html (дата звернення: 21.03.2019).

2. Українське суспільство займається самолікуванням. URL: https://lb.ua/society/2011/09/09/114106_ukrainskoe_obshchestvo_zanimaetsya_s.html (дата звернення: 21.03.2019).

НАСЛІДКИ НЕНАЛЕЖНОГО ЛІКУВАННЯ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ПНЕВМОНІЇ

Мельниченко О.А., Прокопенко І.В., ХНМУ, Харків

Нині "у 25 % населення світу виявляються захворювання верхніх дихальних шляхів, серед яких у третини – діагностується пневмонія" [1]. При цьому 80 % таких хворих не потребують госпіталізації, оскільки у них діагностують позалікарняну пневмонію (далі – ПП) – важлива й допоки невирішена медико-соціальна проблема, яка вирізняється значною поширеністю, збільшенням кількості випадків із важким перебігом й ускладненнями, а також істотними соціально-економічними втратами (так, зокрема, «щорічно в світі на ПП хворіє 20 млн чоловік, з яких 1 млн – помирає» [1]). Не є виключенням й Україна, де захворювання органів дихання (у т.ч. й ПП) складають «45,2 % усіх уперше зареєстрованих випадків захворювань» [2]. Попри те, що більшість населення нібито намагається убезпечити себе від ПП, але їхні прагнення почасти є марними через вплив ряду факторів, як-от: хронічний бронхіт, куріння, алкоголізм, внутрішньовенна наркоманія, епідемія грипу, контакт з кондиціонерами, зволожувачами повітря, системами охолодження води тощо. Проте для призначення лікування важливо знати не лише причину захворювання, а й структуру вірогідних збудників (оскільки летальність залежить від типу збудника) та їх профіль чутливості у певному географічному регіоні. «Важливим також є зниження імунологічної резистентності організму, агресія навколишнього середовища, зміна стилю життя населення й погіршення його якості, зростаюча резистентність збудників до антибіотиків, а також самолікування, безконтрольне та нерациональне призначення лікарями антибіотиків» [3]. Відтак, чимало пацієнтів не лише неспроможні самотужки впоратись з ПП, а й «доводять» свій організм до того стану, коли лікування можливе лише в умовах стаціонару. Означене, зрештою, й обумовлює актуальність даного дослідження.

Вихідною базою для такого дослідження стали результати вивчення історій хвороб 48 пацієнтів Харківської обласної клінічної лікарні, яким притаманні такі характеристики: 30 (62,5 %) – жінки, 18 (27,5 %) – чоловіки (віком від 18 до 80 років); 35 осіб (72,9 %) були віком понад 65 років; у 15 (31,3 %) хворих є обтяжений соціальний статус. За результатами дослідження виявлено таке:

- 36 хворих (75,0 %) доставлені авто швидкої медичної допомоги, 9 (18,7 %) – направлені лікарями поліклініки, 3 (6,3 %) – звернулися за допомогою самостійно;

- 3 особи (6,3 %) звернулися за медичною допомогою на перший день хвороби, 19 (39,7 %) – упродовж першого тижня, 28 (58,3 %) – у період від тижня до місяця, 8 (16,7 %) – лише за місяць після того як занедужали; причиною пізнього звернення 8 (16,7 %) пацієнтів назвали самолікування; у 29 (60,4 %) випадках попередній діагноз (ПП) було встановлено лікарем поліклініки або лі-

карем бригади швидкої медичної допомоги; унаслідок пізнього звернення пацієнтів за медичною допомогою, первинна діагностика ПП була ускладнена, що відтермінувало встановлення діагнозу (у 47,9 % випадків для цього знадобилось понад 6 днів), а відтак – ускладнило лікування;

- під час госпіталізації стан усіх хворих був важким: лихоманка з температурою тіла $38,7 \pm 0,31^{\circ}\text{C}$, інтоксикація, дихальна та серцева недостатність тощо; 36 хворим (75,0 %) призначили подальше лікування у пульмонологічному відділенні; 12 хворих (25,0 %) госпіталізовано до ВРІТ і палат інтенсивної терапії (оскільки мали ускладнення у вигляді гострої дихальної недостатності, кровохаркання, порушення загальної гемодинаміки, набряку легенів), з них 6 (12,5 %) – потребували застосування апаратної вентиляції легенів;

- до надходження до стаціонару 14 (29,2 %) пацієнтів приймали антибіотики за призначенням лікаря, 7 (14,6%) – не змогли назвати антибіотики, що використані під час самолікування; 27 (56,2 %) – узагалі не приймали антибіотики;

- після госпіталізації, пацієнти пройшли необхідні дослідження. За результатами дослідження крові виявлено таке: у 37 (77,1 %) – лейкоцитоз з паличкоядерним зрушенням, 22 (45,8 %) – прискорене ШОЕ, 14 (29,2 %) – токсична зернистість нейтрофілів, анемія. Мікробіологічні дослідження дозволили виявити, що у 14 (29,2 %) пацієнтів наявний *St.pneumoniae*, 10 (20,8 %) – аеробні грамнегативні мікроорганізми. Під час серологічного дослідження у 6 (12,5 %) хворих виявили *Mycoplasma pneumoniae*, тоді як у 18 (37,5 %) – не вдалося встановити етіологічний чинник;

- захворювання особливо важко протікало у літніх людей на тлі супутньої патології та ускладнилось у 18 (37,5 %) хворих легеневою недостатністю, 15 (31,3 %) – гнійним бронхітом, по 8 (16,7 %) – анемією, бронхообструктивним синдромом і парапневмонійним плевритом, 4 (8,3 %) – множинною деструкцією легенів, 2 (4,2 %) – осумкованим плевритом, 1 (2,1 %) – емпіємою плеври;

- до ранніх чинників ризику низької результативності антибактеріальної терапії ПП слід віднести мультилобарну інфільтрацію легенів, а також грамнегативну бактеріальну інфекцію; рання низька результативність лікування ПП спостерігалась у 9 (18,7 %) хворих;

- можливим ускладненням ПП «сприяють» такі фактори: старечий вік, наявність супутньої патології, пізнє звернення хворих за медичною допомогою, важкий соціальний статус, негативну діагностику на догоспітальному етапі, відсутність у переважної більшості на догоспітальному етапі антибіотикотерапії, шкідливі звички, наявність асоціації збудників тощо;

- до чинників ризику низької результативності лікування важкої ПП в цілому слід віднести: вік старші 65 років, затяжний, малосимптомний перебіг захворювання, двостороння локалізація патологічного процесу, ураження бронхіального дерева на початкових етапах, плевральний випіт, мультилобарну інфільтрацію, абсцедування, характерні зміни з боку крові (лейкопенія, імунодефіцитний стан);

– тривалість стаціонарного лікування хворих на ПП ($6,1 \pm 0,54$ діб) варіювали залежно від термінів звернення, правильності встановленого діагнозу на догоспітальному етапі, адекватності лікування;

– у результаті лікування 24 (50,0 %) хворих одужали, 4 (8,3 %) – померли, інші – виписані з поліпшенням або переведені до районних лікарень.

Отож, несвоєчасне звернення до медичного закладу та неправильне лікування ПП почасти призводить до ризику розвитку важкої пневмонії, інших ускладнень і навіть летальних наслідків. Продовження наукових розвідок за даною проблематикою сприятиме покращанню здоров'я населення України.

Список використаних джерел:

1. Бильченко О.С., Бильченко А.В., Клапоух В.А., Веремеенко О.В., Красовская Е.А. О некоторых особенностях современной внебольничной пневмонии. *Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна*. 2010. Вип. 11. № 905. С. 155–157.

2. Державна служба статистики України. Офіційний сайт. URL: <http://ukrstat.gov.ua> (дата звернення: 24.03.2019 р.)

3. Островський М.М. Клініко-патогенетична характеристика та шляхи оптимізації лікування хворих на негоспітальну пневмонію із затяжним перебігом: автореф. дис. ... д.мед.н. Київ, 2005. 38 с.

ПОЛЕМІКА ЩОДО СПІВВІДНОШЕННЯ ПОНЯТЬ «СТОМАТОЛОГІЧНА ДОПОМОГА» ТА «СТОМАТОЛОГІЧНА ПОСЛУГА»

*Мельниченко О.А., Удовиченко Н.М., ХНМУ, Харків
Ємченко В.І., Харківська міська стоматологічна поліклініка № 7, Харків*

Загальновизнано, що «стан зубів і слизової оболонки порожнини рота тісно пов'язані зі станом здоров'я усього організму» [4, с. 134], а «низький рівень стоматологічного здоров'я негативно впливає на стан загального здоров'я впродовж всіх періодів життя людини, спричиняючи соціальні та фінансові проблеми» [2, с. 371]. І хоча більшість людей зазвичай не квапиться звертатись за кваліфікованою допомогою фахівців, але саме «стоматологічна допомога є одним з наймасовіших видів медичної допомоги населенню України, яка посідає в структурі амбулаторно-поліклінічної допомоги друге місце після звернень до лікарів-терапевтів» [1, с. 3]. У разі звернення до стоматолога, пересічні громадяни, радше за все, потребують «стоматологічної допомоги», а фактично отримують «стоматологічну послугу». При цьому виникає певний дисонанс, обумовлений у т.ч. відсутністю усталених тлумачень цих понять. Означене, зрештою, й обумовлює актуальність даного дослідження.

Проведені узагальнення публікацій [1; 3; 5; 6 та ін.] та результати власних досліджень за даною проблематикою дозволили:

1. Виділити такі ознаки понять «стоматологічна допомога» та «стоматологічна послуга»: *зміст* – комплекс заходів; самостійне закінчене значення; певна вартість; *мета* – підтримання й відновлення стоматологічного здоров'я; естетичність; *умова* – організаційно-технічне, санітарно-протиепідемічне, медикаментозне та інше забезпечення; локальні та уніфіковані протоколи; *спосіб* – діагностика, профілактика, лікування, реабілітація; *об'єкт* – пацієнт; *предмет* – захворювання зубів, порожнини рота, щелепово-лицьові ділянки; суміжні та пов'язані з ними впливи на організм людини.

2. Виокремити окремі дискусійні положення, що містять вживання тлумачення досліджуваного поняття, як-от: І. Бедрик наголошує, що «стоматологічна допомога є комплексом заходів, який включає стоматологічні послуги...» [1, с. 8], тим самим визнаючи, що «стоматологічна допомога» – поняття більш широке, ніж «стоматологічна послуга», хоча надалі [там само] наводить тлумачення поняття «стоматологічна послуга», яке значною мірою кореспондується зі змістом поняття «стоматологічна допомога».

3. Дійти проміжного висновку, що більшість пропонованих тлумачень є практично тотожними, а тому не відображають методологічні відмінності між цими поняттями.

4. Стверджувати, що почасти законодавці та науковці використовують ці поняття для розмежування економічного аспекту взаємовідносин «лікар – пацієнт»: коли для вирішення проблем зі стоматологічним здоров'ям пацієнта використовуються бюджетні кошти – «стоматологічна допомога», а коли кошти власно пацієнта – «стоматологічна послуга».

З урахуванням вищевикладеного матеріалу можна зробити такі висновки. Тлумаченням понять «стоматологічна послуга» та «стоматологічна допомога», що пропоновані вітчизняними науковцями, притаманні такі ознаки: зміст, мета, умова, спосіб, об'єкт, предмет. Попри їх подібність, ці поняття мають такі відмінності: «стоматологічна послуга» є процесом, а «стоматологічна допомога» – результатом професійних дій стоматолога. На підставі результатів дослідження сутнісних характеристик вживаного поняттєвого апарату дістало подальшого розвитку тлумачення понять: «*стоматологічна послуга*» – оплачуване пацієнтом використання ресурсів, необхідних задля діагностики, лікування, реабілітації та профілактики захворювання його зубів, порожнини рота та щелепово-лицьові ділянки; «*стоматологічна допомога*» – медичний та естетичний ефект від застосування лікарем доступних засобів, призначених для покращання стоматологічного здоров'я населення. Подальші наукові розвідки мають бути присвячені розробці теоретичних положень і практичних рекомендацій, спрямованих на покращання стоматологічного здоров'я населення.

Список використаних джерел:

1. Бедрик І.О. Державне регулювання приватної стоматологічної діяльності в Україні: організаційно-правові засади: автореф. дис. ... к.держ.упр.: спец. 25.00.02 «Механізми державного управління». Київ, 2010. 20 с.
2. Біда О.В., Струк В.І., Забуга Ю.І. Аналіз стану стоматологічного здоров'я та рівня зубного протезування населення в Україні. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика*. 2013. Вип. 22. С. 370–377.
3. Ляхова Н.О., Філатова В.Л., Голованова І.А. Профілактика стоматологічних захворювань серед дитячого та дорослого населення України в практиці сімейного лікаря. *Україна. Здоров'я нації*. 2016. № 1–2. С. 132–136.
4. Про стоматологічну діяльність. Проект Закону України від 31 травня 2016 р. № 4736. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/> (дата звернення: 01.08.2018).
5. Сліпченко Т.О. Стоматологічний ринок України: особливості попиту на послуги в сегменті дентальної імплантації. *Бізнес інформ*. 2017. №5. С. 288–292.

ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЗА 1998–2018 РР.

Міщенко М.М., Куряча О.П., ХНМУ, Харків

Нині туберкульоз (Тб) займає 22-е місце в світі за рівнями захворюваності та смертності. Не зважаючи на високі рівні розвитку світової медицини, захворюваність на Тб все ще залишається однією з найпоширеніших інфекційних хвороб. При цьому відзначається, що висока захворюваність на Тб характерна навіть для економічно високорозвинених країн світу. За даними багатьох досліджень, кожного року реєструється більш ніж 10 млн нових випадків Тб, а близько 2 млн осіб щорічно помирають від Тб. Відзначено, що Тб являє собою соціально значуще захворювання, виникнення та розвиток якого пов'язують з рівнем якості життя населення. У зв'язку з цим, Тб посідає перші шпальта найважливіших медико-соціальних проблем загальнонаціонального рівня. Основними чинниками Тб є політичні, соціальні та економічні аспекти.

Що стосується України, то зростання захворюваності на Тб зупинено в 2004 р., а починаючи з 2007 р., показники поширеності та захворюваності Тб мають тенденцію до поступового зниження (за даними ВООЗ щорічно приблизно на 4,4 і 3,3 %, відповідно). Згідно зі статистичними даними [1], за останні п'ять років в Україні спостерігається тенденція до зниження рівня смертності від Тб із середньорічним темпом зниження приблизно 10,1 %. Загалом, за 2017 р. порівняно з 2016 р., рівень смертності від Тб знизився на 13,6 % і склав 8,2 проти 9,5 на 100 тис. населення. Слід відзначити значне коливання показників смертності від Тб за регіонами. Так, найвищий рівень смертності зареєстро-

ваний в Львівській області (в 1,7 рази перевищує середній рівень смертності по Україні і становить 13,6 на 100 тис. населення), а найнижчі рівні смертності зареєстровані в м. Києві – 4,5 на 100 тис. населення.

Показники захворюваності Тб також мають несприятливі рівні. За показниками ВООЗ, в 2016 р. захворюваність на Тб в Україні становила 87 на 100 тис. населення. При цьому, значення показників захворюваності на Тб за даними епіднагляду (нові випадки з рецидивами) становить 63,9 на 100 тис. населення. Таким чином, в Україні, щорічно своєчасно не виявляється близько 23,0 % випадків захворювання на Тб, що надає можливість подальшого поширення Тб серед населення та загострення епідситуації з Тб. У 2017 р. захворюваність Тб (включаючи нові випадки та рецидиви) серед усього населення України становила 63,9 на 100 тис. населення, зареєстровано 27121 нових випадків (2016 р. – 67,6 на 100 тис. населення; 28800 нових випадків) – зниження рівня захворюваності на 5,5 %. У структурі загальної захворюваності нові випадки на Тб становлять 51,9 на 100 тис. населення (проти 54,7 за 2016 р.). За вищезазначений період тільки в Донецькій і Чернівецькій областях відзначена тенденція до зростання рівня захворюваності Тб, відповідно, на 0,7 і 3,3 %. Окремо заслуговує на увагу ситуація в Луганській області, де за 2017 р. захворюваність на Тб знизилася на 2,8 % за рахунок вдосконалення протитуберкульозної служби. Також, в різних регіонах України спостерігається значне коливання захворюваності на Тб (від 41,1 до 127,9 на 100 тис. населення). Найвищі показники зареєстровані в Одеській (127,9 на 100 тис. населення), Херсонській (92,9 на 100 тис. населення) та Київській (79,0 на 100 тис. населення) областях; найнижчі – у Чернівецькій (41,1 на 100 тис. населення), Вінницькій (50,2 на 100 тис. населення) та Харківській (51,0 на 100 тис. населення) областях і у Києві (50,0 на 100 тис. населення).

За даними багатьох національних та міжнародних досліджень, головними чинниками епідемічно-напруженої ситуації як в Україні, так і в Європі, є низька виявлення і невідповідне лікування Тб. Так, станом на 01.01.2018 р, на обліку в протитуберкульозних закладах системи МОЗ України знаходилися 32492 хворих активними формами Тб (в 2016 р. – 34966). Показник поширеності Тб становив 76,6 на 100 тис. населення проти 82,1 в 2016 р. (зниження на 6,7 %).

Слід зазначити, що практично у всіх областях України захворюваність Тб (нові випадки + рецидиви) серед сільських мешканців на 20,0–30,0 % вища, ніж захворюваність міських (Сумська область – на 44,4 %; Житомирська – на 52,8 %; Чернігівська – на 54,7 %). Виняток становлять Дніпропетровська, Закарпатська та Херсонська області, в яких переважає рівень захворюваності серед міського населення порівняно з рівнем захворюваності населення сільської місцевості. При цьому, темпи зниження рівня захворюваності серед міських мешканців вище, ніж серед сільських, що свідчить про низьку доступність і гіршу якість протитуберкульозної допомоги в сільській місцевості. Також протягом останніх 5-ти років захворюваність Тб чоловіків в 2,0–2,3 рази перевищує рі-

вень захворюваності на Тб серед жінок у всіх вікових групах населення; 75,0 % хворих на Тб є особами працездатного віку (від 18 до 54 р.), а частка вікової групи 25–44 років становить 50,1 % хворих. Ці показники свідчать про високу соціальну значущість захворюваності Тб і значну економічну збитковість Тб для держави (обумовлена не тільки витратами на лікування, але й значними довготривалими виробничими втратами через хворобу).

Отож, загалом в Україні спостерігається позитивна динаміка щодо епідситуації по захворюваності на Тб, але в деяких регіонах ще відзначаються негативні тенденції, на що слід звернути більш пильну увагу керівників та організаторів галузі охорони здоров'я (особливо в сільській місцевості).

Список використаних джерел:

1. Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник. Київ, 2018. 105 с.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПАЦІЄНТІВ З СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Міщенко М.М., ХНМУ, Харків

Міщенко О.М., Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Харків

Останніми роками судинні захворювання головного мозку займають перші шпальта серед найбільш актуальних проблем сучасної медицини. Висока значимість дослідження даної патології зумовлена значною їх поширеністю, високою смертністю та інвалідизацією. Судинні захворювання головного мозку визначають основні рівні маркерних показників здоров'я усього населення (тривалість повноцінного життя, його якість, захворюваність, смертність...). В Україні (за даними ВООЗ) на даний момент зареєстровано більш ніж 3 млн хворих з різними цереброваскулярними захворюваннями (далі – ЦВЗ). При цьому, статистичні дані ВООЗ стверджують, що за останні 10 років поширеність ЦВЗ значно збільшилася, особливо це стосується хронічних форм недостатності мозкового кровообігу. За результатами багатьох досліджень, ЦВЗ складають від 30,0 до 50,0 % усіх серцево-судинних захворювань. На кожні 100 млн населення щорічно реєструється більш ніж 500 тис. випадків інсультної патології й церебральних судинних кризів. Серед усіх ЦВЗ найбільшу актуальність мають мозкові інсульти. За даними ВООЗ, смертність через інсультну патологію в усьому світі складає від 12,0 до 15,0 % загальної смертності (посідає II-III місце після захворювань серця та онкологічної патології). В Україні кожного року реєструється від 100 до 120 тис. нових випадків інсультної патології, а внаслідок інсульту щорічно помирає понад 50 тис. населення [1; 2; 3]. Основними причинами, які спонукають виникнення та розвиток таких показників, є глобальне постаріння нашого населення та високі значення поширеності артеріальної гіпертензії (80,0 % причин розвитку інсульту); зростання пошире-

ності дисліпідемії, серцево-судинних захворювань, діабетичної патології, тютюнопаління та зловживання алкоголем. За даними багатьох досліджень, інвалідизація в результаті інсультної патології становить 40,0–60,0 % усіх випадків; у 30,0 % зберігаються незворотні стійкі резидуальні зміни; до виконання своїх професійних обов'язків повертаються лише 20,2 % працюючих осіб, що захворіли, а в повній мірі професійно реабілітуються лише 3,0–10,0 % хворих [4].

Список використаних джерел:

1. Roger V.L., Alan S.G., Lloyd-Jones D.M. [et al.] American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Executive Summary: Heart Disease and Stroke Statistics-2012 Update: A Report From the American Heart Association*. Circulation 2012. Vol. 125. P. 188–197.
2. Суслина З.А., Пирадов М.А., Варакин Ю.Я. и др. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика. Москва: МЕДпресс-информ, 2009. 288 с.
3. The World Health Report. World Health Forum, 1997. Vol. 8. P. 248–260.
4. Суслина З.А., Варакин Ю.Я., Верещагин Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга. *Эпидемиология. Основы профилактики* / 2-е изд. доп. и перераб. Москва: МЕДпресс-информ, 2009. 352 с.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ПОШИРЕНOSTІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ В УКРАЇНІ

Мищенко М.М., Момот А.А., ХНМУ, Харків

Гострий панкреатит (далі – Гп) є одним з найбільш поширених невідкладних хірургічних захворювань, яке в більшості випадків призводить до значно тяжких фізичних і фінансових втрат. За даними ВООЗ рівні захворюваності на Гп постійно зростають та коливаються у різних країнах від 4,9 до 73,4 випадків на 100 тис. населення [1]. За іншими даними, кількість хворих на Гп має значно високу тенденцію до підвищення та складає 200–800 випадків на 1 млн населення щорічно [2]. Про значно високі показники захворюваності на Гп свідчать також результати багатьох світових досліджень. Так, у Швеції, за даними S. Appelros и A. Borgstrom [3], частота первинного Гп складає 23,4 випадки на 100 тис. населення, а враховуючи рецидивування Гп ці рівні збільшуються до 38,2 випадків на 100 тис. населення. За даними С.І. Леонович, М.Ю. Ревтович, у Фінляндії частота Гп зросла за 20 років на 50,0 % [4]. При цьому, в багатьох випадках (15,0–20,0 % пацієнтів з Гп) хвороба набуває деструктивного характеру [5]. Саме через збільшення деструктивних форм відбувається неухильне зростання показників летальності від Гп [4]. Більш як 80,0 % причин смерті хворих на Гп деструктивного характеру пояснюється наявністю інфекційних ускладнень черевної порожнини та запорозжнинного простору або системними інфекційними ускладненнями [6–8].

Окрім цього, зростання захворюваності на Гп обумовлено збільшенням випадків на жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) та хронічного алкоголізму (основні етіологічні чинники) та значним поліпшенням якості діагностики [4].

Останніми роками країни Європи та США характеризуються деяким зниженням рівнів захворюваності та летальності від Гп та на протязі останніх п'яти років залишаються на стабільному рівні. Так, в США щорічно реєструється біля 17 випадків Гп на 100 тис. населення. При цьому, кількість госпіталізованих хворих досягає 100 тис. на рік, а з них приблизно в 20,0 % випадків реєструється наявність важкого, деструктивного патологічного процесу. За даними Американської гастроентерологічної асоціації показники летальності серед госпіталізованих з важкими та ускладненими формами Гп сягає 10,0–30,0 % [9]. При цьому, багатьма науковцями відзначається тенденція до переважання захворювання серед контингенту населення, що свідчить про високу соціальну значущість Гп та високу економічну збитковість для держави [5; 6].

В Україні захворюваність на Гп становить 67,0–69,5 випадків на 100 тис. населення (від 28 до 124 в різних регіонах). При цьому, відмічається тенденція до постійного зростання захворюваності. Згідно зі статистичними даними, серед дитячого контингенту захворювання виникає досить рідко, а серед дорослого – у всіх вікових групах. Загальна летальність при Гп коливається від 4,0 до 15,0 %; а при некротичній його формі вона складає 24,0–60,0 %; післяопераційна летальність при цьому, сягає близько 70,0 % [10].

За останні 10 років число зареєстрованих випадків на Гп зросло майже в 2,5 рази (з 7,8 до 18,5 тис. за рік, що склало, відповідно, від 500 до 1380 тис. на 100 тис. населення). При цьому, частіше хворіють особи зрілого віку від 40 до 60 років, а жінки майже удвічі частіше, ніж чоловіки [11]. Зафіксовано, що показники поширеності Гп серед населення віком від 40 до 60 років в Україні підвищився на 57,1 % на 100 тис. населення, а темп приросту – в 2,5 рази (з 23,1 до 57,8 %). При цьому, майже в 80,0 % випадків причиною виникнення Гп є зловживання алкоголем і захворювання жовчного міхура, насамперед ЖКХ [10]. Рівень госпіталізації при Гп зріс більш ніж на 10,0 %. Післяопераційна летальність прямо пропорційна показнику пізньої госпіталізації, останній склав в середньому 38,5%. Летальність при Гп залежить від форми захворювання (пов'язана з етіологічним фактором) й коливається від 0 до 75,0 %. У хворих з інфікованим панкреонекрозом летальність складає 69,7 %; зі стерильним панкреонекрозом – 8,2 %; а у хворих з пошкодженням ретроперітонеальної клітковини – 32,4 %. Серед супутніх патологій різко підвищують смертність від Гп ожиріння 2–3 ступеня, хронічний алкоголізм і кахексія (при наявності цих обтяжуючих факторів летальність складає майже 100,0 %).

Відтак, значні медична, соціальна та економічна аспекти Гп обумовлені підвищенням частоти захворюваності (особливо серед людей працездатного віку), високим відсотком летальності при деструктивних формах панкреатиту, що майже у 80 % випадків викликані зловживанням алкоголю та ЖКХ.

Список використаних джерел:

1. Гострий панкреатит (Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах), 2016. 53 с.
2. Jonson C.H., Imrie C.W. Pancreatic Diseases. Springer, 1999. P. 1–253.
3. Appelros S., Borgstrom A. *Brit. J. Surg.* 1999. V. 86. P. 465–470.
4. Леонович С.И., Ревтович М.Ю. Острый панкреатит: актуальные аспекты проблемы. *Медицинские новости*. 2003. № 7. С. 55–57.
5. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А. и др. *Анестезиология и реаниматология*. 1999. № 6. С. 28–33.
6. Скутова В.А., Абросимов С.Ю., Чайковский Ю.Я. Острый деструктивный панкреатит как актуальная проблема ургентной абдоминальной хирургии. *Вестник СГМА*. 2011. № 1. С. 68–70.
7. Скутова В.А., Абросимов С.К., Касумьян С.А., Чайковский Ю.Я. Вопросы лечебно-диагностической тактики и прогнозирования септических осложнений при остром деструктивном панкреатите. *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*. 2012. Т. 14, № 4. С. 351–357.
8. Соколова О.В., Гудемович В.Г., Диомидова В.Н., Петрова О.В. Острый панкреатит в раннем послеоперационном периоде: причины, особенности течения, профилактика. *Вестник Чувашского университета*. 2012. № 3. С. 498–507.
9. Baker S. Diagnosis and management of acute pancreatitis. *Critical care and resuscitation*. 2004. № 6. P. 17–27.
10. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Гострий панкреатит. 2016. 53 с.
11. Banks P.A., Bollen T.L., Dervenis C. [et al.]. Acute Pancreatitis Classification Working Group Classification of Acute Pancreatitis – 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by International consensus. *Gut*. 2013. Vol. 62. P. 102–111.

ВПЛИВ ІНВАЛІДНОСТІ НА СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЖИТТЯ ОСІБ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

Трегуб П.О., Арасланова Т.Р., ХНМУ, Харків

У країнах світу понад мільярд людей живуть з будь-якою формою інвалідності; з них майже 200 млн. зазнають серйозних труднощів у функціонуванні. У майбутні роки інвалідність буде викликати все більшу заклопотаність, оскільки її поширеність збільшується. Це результат старіння населення, підвищення ризику інвалідності серед літніх людей, а також глобального зростання поширеності таких хронічних станів, як діабет, серцево-судинні хвороби, рак і психічні розлади. У всьому світі люди з інвалідністю демонструють більш ни-

зькі результати щодо здоров'я, більш низькі досягнення в галузі освіти, меншу економічну активність і більш високі показники бідності, що не інваліди. Частково це пов'язано з тим, що інваліди стикаються з бар'єрами, що перешкоджають їм доступ до послуг, які для багатьох з нас є звичними, таким як охорона здоров'я, освіта, зайнятість і транспорт. Ці труднощі поглиблюються в найменш благополучних громадах. Усе більше даних дозволяє зробити висновок, що рівень здоров'я інвалідів нижче, аніж у населення в цілому. Залежно від групи населення і конкретних умов інваліди можуть виявитися більш уразливі перед вторинними патологічними станами, коморбідністю і віковими захворюваннями. Так само інвалідність впливає й на якість освіти. У дітей з інвалідністю нижче ймовірність вступу до школи, ніж у їхніх однолітків – не інвалідів; крім того, у них більш низькі показники продовження навчання і переходу в наступний клас. Розрив у показниках отримання закінченої освіти виявляються у всіх вікових групах, як в країнах з низьким прибутком, так і в країнах з високим, причому дана модель більш чітко виражена в відносно бідних країнах. У людей з інвалідністю вище ймовірність бути безробітними і, в цілому, заробляти менше, чим не інваліди. Глобальні дані «Всесвітнього огляду в сфері охорони здоров'я» показують, що зайнятість серед чоловіків-інвалідів (35 %) і жінок-інвалідів (20 %) нижче, ніж серед не інвалідів чоловіків (65 %) і жінок (30 %). В середньому, показник зайнятості серед інвалідів (44 %) був майже вдвічі нижче, ніж серед інвалідів (75 %). Серед останніх показник економічної пасивності був приблизно в 2,5 рази вище, ніж серед інвалідів (49 і 20 %, відповідно). Таким чином, у людей з інвалідністю спостерігається вищий рівень бідності, ніж у не інвалідів. У середньому, інваліди та домогосподарства, що мають в своєму складі інвалідів, стикаються з більш високим рівнем знедоленості, включаючи відсутність продовольчої безпеки, погані житлові умови, незадовільний доступ до безпечних систем водопостачання та каналізації, до медико-санітарної допомоги, а також мають менші активи, ніж особи без інвалідності й сім'ї без інвалідів. Люди з інвалідністю можуть нести додаткові витрати на персональну підтримку, медичний догляд або допоміжні пристрої. Через ці витрати інваліди та їхні родини виявляються біднішими, ніж не інваліди з аналогічним доходом.

Отож, якість життя людей з обмеженими можливостями істотно знижена, так як внаслідок високої втрати здоров'я особи потребують медико-соціальної опіки та захисту. Для поліпшення даної ситуації, слід подолати певні бар'єри, які перешкоджають отриманню медико-соціальної допомоги, реабілітації, слід поліпшити умови навколишнього середовища для комфортного існування людей з обмеженими можливостями.

Список використаних джерел:

1. The global burden of disease: 2004 update. Geneva, World Health Organization, 2008.
2. Grech S. Living with disability in rural Guatemala: exploring connections and impacts on poverty. International Journal of Disability, Community and Rehabilitation, 2008.

3. Grammenos S. Illness, disability and social inclusion. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2003.

4. World Health Survey. Geneva, World Health Organization, 2002–2004.

ЕПІДЕМІЧНА СИТУАЦІЯ ВІДНОСНО КОРУ В УКРАЇНІ

Трегуб П.О., Сердюк Ю.Д., Черненко Н.Г., ХНМУ, Харків

За останні три роки в Україні спостерігається епідемічний підйом захворюваності на кір. Цьому захворюванню необхідно приділяти особливу увагу через високу швидкість поширення інфекцій та великий ризик тяжких ускладнень з боку дихальної (пневмонія, ларингіт, трахеїт) та нервової систем (менінгіт, енцефаліт, поліневрит), ймовірність летального наслідку.

За результатами аналізу статистичних даних захворюваності на кір за 2012 по 2018 рр. виявлено такі коливання кількості випадків захворюваності на кір: 2012 р. – 12,7 тис. (28,1 на 100 тис. нас.), 2013 р. – 3,3 тис. (7,3 на 100 тис. нас.), 2014 р. – 2,3 тис. (5,4 на 100 тис. нас.), 2015 р. – 0,1 тис. (0,2 на 100 тис. нас.), 2016 р. – 0,1 тис. (0,2 на 100 тис. нас.), 2017 р. – 4,7 тис. (11,2 на 100 тис. нас.), 2018 р. – 54 тис. (119,5 на 100 тис. нас.) [1; 2].

Серед них дитячого населення: в 2012 р. – 7,9 тис. (121 на 100 тис. дит. нас.), 2013 р. – 2,3 тис. (35 на 100 тис. дит. нас.), 2014 р. – 1,6 тис. (24 на 100 тис. дит. нас.), 2015р. – 0,07 тис. (1,07 на 100 тис. дит. нас.), 2016 р. – 0,07 тис. (1,07 на 100 тис. дит. нас.), 2017 р. – 3,4 тис. (52,3 на 100 тис. дит. нас.), 2018 р. – 34 тис. (523 на 100 тис. дит. нас.) [3]. Аналізуючи захворюваність отримуємо такі дані: з 2012 по 2013 рр. – спад захворюваності на 74 %, з 2013 по 2014 рр. – спад на 26 %, з 2014 по 2015 рр. – спад на 96 %, з 2015 по 2016 рр. – без змін, з 2016 по 2017 рр. – зростання захворюваності на 5500 %, з 2017 по 2018 рр. – зростання на 966 %, з 2012 по 2018 рр. – зростання на 325 %.

Щодо захворюваності на кір серед населення дитячого віку бачимо наступні зміни: з 2012 по 2013 рр. – спад на 71 %, з 2013 по 2014 рр. – спад на 31%, з 2014 по 2015 рр. – спад на 95,5 %, з 2015 по 2016 рр. – без змін, з 2016 по 2017 рр. – зростання на 4787 %, з 2017 по 2018 рр. – зростання на 900 %, з 2012 по 2018 рр. – зростання на 332 %. При проведенні дослідження було виявлено два моменти зростання захворюваності на кір серед населення дитячого віку: у 2017р. та 2018 рр. порівняно з попередніми роками. Також виявлено зростання дитячої захворюваності в період 2012–2018 рр. Загалом було виявлено два епідемічні спалахи – в 2012 р. та 2018 р., при цьому епідемічний спалах в 2018 р. був більш потужний, ніж в 2012 р.

Отже, за результатами проведеного дослідження необхідно відмітити, що у 2018 р. має місце загострення епідемічної ситуації щодо захворюваності

на кір. Це може бути пов'язано з рядом факторів, а саме: висока контагіозність вірусу кору, зниження рівня охоплення щепленнями через масову немстивовану відмову від вакцинацій, неефективність вакцини через її низьку якість, порушення умов зберігання або проведення вакцинації, вплив міграційних процесів на розповсюдження інфекції. Вирішення цих проблем потребує комплексного підходу на всіх рівнях забезпечення зниження захворюваності на кір в Україні як серед дорослого населення, так і серед дитячого контингенту.

Список використаних джерел:

1. Вернер І.Є. Статистичний щорічник України за 2017 рік. Київ, 2018. 140 с.
2. Вернер І.Є. Україна в цифрах у 2016 році. Київ, 2017. 56 с.
3. Коментарі. <https://comments.ua/society/613518-minzdrav-obnarodoval-statistiku.html>. (дата звернення: 29.03.2019).

ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ В УКРАЇНІ

Черненко І.І., Самохін Д.С., ХНМУ, Харків

Соціальна медицина – наука про закономірності розвитку здоров'я суспільства та охорони здоров'я. Вона вивчає окремі соціальні групи населення, їх хвороби в зв'язку з умовами життя, а не здоров'я окремих людей. Також вона вивчає організацію, історію, теорію суспільної охорони здоров'я, форми та методи, основи та принципи економіки планування й фінансування медико-соціальної допомоги населенню. Об'єктом соціальної роботи є соціально дезадаптовані люди, які страждають будь-яким хронічним захворюванням, або мають фізичні недоліки чи соціально значимі хвороби, також самі явища патології. Вивчаючи ці об'єкти, соціальна медицина обґрунтовує рекомендації по усуненню та попередженню шкідливого впливу соціальних умов і факторів на здоров'я людей. Суб'єкти соціальної роботи – це живі люди (їх положення в суспільстві, професія, сімейне положення). Методи, які використовуються в соціальній медицині: соціологічний (інтерв'ю, анкетування), метод статистики, метод експерименту, експертний метод. Мета: дослідити сучасні проблеми соціальної медицини в Україні та знайти можливі рішення.

Є декілька аспектів розвитку соціальної медицини, щодо яких в Україні немає однозначної думки, та вирішення яких є нагальним наразі. Перший з них – взаємовідносини лікаря з пацієнтом. З усіх чотирьох моделей взаємовідносин (колегіальної, авторитарної, технічної, контрактної) превалує авторитарна, за якою лікар психологічно домінує над пацієнтом та пригнічує його свободу. Також дуже часто зустрічається технічна модель, яка передбачає сухий та беземоційний підхід до пацієнта, вірогідно через велику зайнятість і часті випадки емоційного вигорання лікаря. Другий аспект – гендерні особливості медицини.

Через психофізіологічні відмінності чоловіків і жінок, соціального образу здоров'я, гендерні відмінності в культурі хвороби та лікування, в Україні є проблема з уявленням людей різної статі про лікарів і лікування в цілому. Приклад – велика кількість людей вважає, що чоловіки-хірурги кращі, ніж хірургі-жінки. Отже наразі в Україні є деяка гендерна упередженість щодо лікарів, але в меншій мірі, ніж раніше. Третій аспект – медикалізація. Це вирішення медичними засобами проблем, які не мають до медицини жодного відношення. Це стосується особистості та дій конкретної людини з боку лікаря. Тобто, існує лікарська необ'єктивність, особливо у лікарів зі стажем роботи більше двадцяти років. Також до медикалізації можна віднести проблеми з допінгом у спортсменів. Четвертий – інституціоналізація. Цей аспект, я вважаю, є найважливішим, бо він стосується студентів-медиків, якщо брати цей термін у вузькому значенні. У зв'язку з політикою «посилення практичної підготовки лікарів», спостерігається обмеження традиційного навчання лікаря (навчання на трупах, спілкування з хворими на початку навчання). Світ вважає, що лікареві спочатку треба знати теорію, оволодіти практичними навичками до безпосереднього контакту з пацієнтами. А практичні навички майбутній лікар повинен здобути на манекенах та симуляторах, які в принципі не можуть відтворити фізіологічні особливості людини та розмаїття патології. Медичні навчальні заклади та держава не в змозі повною мірою забезпечити студентів цими манекенами та симуляторами.

Також є кілька проблем, що заважають розвитку соціальної медицини. По-перше, це низька культура населення. Через це спостерігаються проблеми з гігієною населення, неправильне відношення людей до своїх захворювань, низька медична грамотність населення. По-друге, перебільшення значимості народу в медицині, тобто розвиток гомеопатії, популяризація народних методів лікування, масові відмови від вакцинацій. Через останнє в нашій країні протягом декількох років спостерігаються різні епідемії (кору, кашлюку, дифтерії, грипу). По-третє, фінансове положення в країні. Через це держава не може забезпечити лікарськими препаратами навіть людей, які беруть участь у державній програмі (хворі на цукровий діабет, гепатит, туберкульоз). Також, є проблемою те, що в Україні страждає компонент психічного здоров'я дітей. Це пов'язано з пропагандою аморального способу життя в соціальних мережах, нехтуванням моралі, булінгом й іншими проблемами суспільства.

Дослідивши багато аспектів і проблем соціальної медицини в Україні, можливість вирішення цих проблем, хочу зауважити, що, незважаючи на реформи в медицині, багато з цих проблем не вирішені на сьогоднішній час. Суспільству загрожують нові епідемії через відсутність колективного імунітету. Це означає, що навіть вакциновані люди не можуть бути спокійними за своє здоров'я, а інфекція буде розповсюджуватися у цьому суспільстві. Також психіатри у світі прогнозують епідемію депресії. До цього захворювання більше схильні підлітки та освідченні люди: одні – через гормональну перебудову та нестійкість характеру; інші – через соціальні проблеми та самотність. Оскільки лікарі

Європи користуються протоколами, існують чітко регламентовані дії лікаря, схеми лікування, поведінки лікаря взагалі. Це є позитивною зміною в медицині нашої держави. Але інституціоналізація, медикалізація, застарілі й недоречні методи поведінки лікаря з пацієнтом – це негативні аспекти соціальної медицини, які потребують модернізації та реформування. Зрештою, потрібно проводити просвітницьку роботу серед населення щодо гігієни, інфекційних хвороб, епідемій, народних засобів лікування не тільки шляхом санбюлетенів, а й на телебаченні та в соціальних мережах. Причому статті повинні бути викладені доступною мовою, з приведеними результатами досліджень і порадами читачам.

Список використаних джерел:

1. Понятие социальной медицины. Студопедия.Орг. URL: <https://studopedia.org/3-8870.html> (дата звернення: 25.03.2019)
2. Социальная медицины. URL: https://studme.org/1584072027488/meditsina/sotsialnaya_meditsina (дата звернення: 25.03.2019)
3. Студфайл. URL: <https://studfiles.net/preview/4021748/> (дата звернення: 25.03.2019)
4. Кунцевич Є.О. Соціальна медицина: методичні вказівки.

TRANSLATIONAL MEDICINE: INTERSECTION BETWEEN THEORY AND PRACTISE

Isaieva I., Karmazina I., Hloba N., KhNMU, Kharkiv

As the distance between the fundamental science and the practical medicine rises, there is the risk that the effectiveness of medical and biological investigations will diminish. Translational research is relatively new concept which assumes the applying of the fundamental results immediately on the practice with the certain combination of the stages of investigation (Колбин А.С., Гапешин Р.А., Малышев С.М., 2014). Thus, the aim of translational medicine is the productive feedback communication among different fields of medical science that is the background for their implying into clinical routine [1, с. 74–81]. These kinds of research require the unit scientific terminology, which hopefully can improve information exchange among researches from different countries and organizations. However, nowadays, the structure of translational researches is still doubtful. Nevertheless, the concept of so-called three «T» is the most popular among scientific community all over the world. It comprises three periods. The first period (T1) is the transfer from data of fundamental research to the clinical practice. At the second period (T2) clinical practice must result in clinical effectiveness. Eventually, the third period (T3) is the realization of effectiveness at the level of health care management [2, с. 15–19]. It is generally accepted

that medical technologies providing prophylactic and rehabilitation play an important role in health maintenance. Because of this, the preventive medicine is the fundamental of the health care system in developed countries; they are leading medical industries for the investments with the highest outcome [3, c. 39–44].

According to the international classification of functioning, limitation of vital functions and health the functioning and limitation of vital functions are considered as complex interaction between the state of health of the individual and the contextual factors of the environment, as well as personal factors. It should be noted that this classification is applied to all people, regardless of their health status, as well as in different age groups and gender, making it suitable for a heterogeneous population. The main purpose of this kind of analysis is to integrate physical, mental and social aspects of their health (WHO, Geneva, 2002). The basis of this classification is the approach that allows to consider functioning as an integrative indicator of human health at the level of an organism, its adaptive behavior in social situations, taking into account the influence of the environmental factors [4, c. 153–162].

Currently, there is no perfect model of prevention in any country in the world, which would give an opportunity to analyze health status, potential risks and recommendations for a well-balanced response to these risks. On the other hand, it is also important to have a model of unified targeted prophylactic screening for specific diseases, taking into account gender, age and risk factors.

The realities of the present require a new preventive care strategy, which involves not only the prevention of a disease appearance in a healthy person, but also the prevention of the development of the disease. Translation researches allow linking scientific data with the use of their results in clinical practice, therefore, in our opinion, the use of translational research to develop a unified algorithm for the prevention of disorders development and early diagnosis of the state of adaptation mechanisms is very topical issue.

Reference:

1. Шляхто Е.В., Конради А.О., Галагудза М.М. Трансляционная медицина: вчера, сегодня, завтра. *Вестник Росздравнадзора*. 2016. № 1. С. 74–81.
2. Колбин А.С., Гапешин Р.А., Малышев С.М. Современные подходы к организации трансляционных исследований. *Педиатрическая фармакология*. 2014. № 3. Т. 11. С. 15–19.
2. Гульчій О.П., Туряниця С.М. Комплексний аналіз критеріїв оцінки якості медичних послуг: міжнародний досвід та імплементація. *Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини*. 2013. № 1. С. 39–44.
3. Trochim, William et al. Evaluating Translational Research: A Process Marker Model. *Clinical and Translational Science*. 2011. № 3. P. 153–162.

THE NEGATIVE AND POSITIVE IMPACT OF MODERN TECHNOLOGY AND MODERN SCIENCE ON HUMAN LIFE AND HEALTH

Martynenko N., KhNMU, Kharkiv

Elsayed M., Kharkiv National University of Radio Electronics, Kharkiv

World and the mankind went through the greatest era of depression due to global warfare, by the end of the World War II. Human being took a great leap into the new world of technology and modern science in order to enable them to develop and renew the great loss of human and other types of resources and take use of the break through achieved by the most powerful countries in the world. War stopped to be the dominative reason in the solution of political contradictions. Some countries started to make investments to the development of science. Thus, as a result, the era of industrial revolution ended and this dawn marked the beginning of a new era, the era of science and technology. An outbreak of technological market and multi-national global movement of new technologies, (like automation and smart phones) came into peoples' everyday life. It is no doubt, that it led to a new lifestyle, which we can describe it as an «automated life» with a smart phone that can help you to navigate roads, to browse through the Internet, made alive face to face conversation a real thing, and at the same time listening to music and sharing it through all the types of platforms. A smart TV helps us to record all the TV shows and movies that you wish to enjoy in all times without being tied to a specific time, an automated car that understands the roads and can navigate by itself through routes, as well as, understanding the environment of the car, just by profiling the driver. A smart house optimized itself differentiates everyone coming to the door. Large scale of industrial benefits of new world technologies and a big number of jobs and tasks have assigned to machines. As a result, machines perform tremendous abilities to conduct heavy and dangerous jobs in shorter time and made significant shift into the line of employment due to the reduction of work needs to be done in many of the industrial fields, workers are greatly reduced in quantity and replaced to other professions. This is considered be good by many people, but just as well, some of them did not like the idea of losing their jobs. However, technology made easier our live in many ways, but it also changed human beings as in behaviour as even moral wise.

Before smart phones and the Internet social networking invention, people used to be more social in reality, cared about each other, and interacted with greater enthusiasm and energy. They were more mindful, had the real human values, caring of their souls and the simple and beautiful things in life.

Nowadays everyone is waiting and searching for a chance to gain fame and the easiest way to do any work, so the social networks, as one of the greatest privileges that modern technology brought into our lives made us to forget that there is a real life out. Instead of spending most of the day inside a virtual network looking for something that is completely abstract by creating an identity that does not exist in the

real world, through this kind of mentality, humans started to lose themselves and lost track of what really matters to them and their societies, and with time, the coming generations will face a huge challenge of gain back the conscious and the right state of mind to develop and progress in life. Because of this unstoppable progression of technology, the minds of the youth are being penetrated and the families are being pulled further apart from each other. Everyone is too busy with the own small virtual world, interacting with non-controlled information and slowly being consumed by technologies were sold them in order to control them by international co-operations and governments, through what is known as the info-war and cyber intelligence operations, under the surveillance of great network sites and engines like Google, Facebook, Twitter and so on data that strongly exhibits the minds and mentalities of the youth today are be extracted to undergo analysis for future use by these co-operations. Technology and modern science helped us to improve our lives and made easier it in many aspects, but if we do not learn how to use it correctly and responsibly, we will end up being used by it, regardless of how we think about it.

Using of new technologies has some disadvantages. Human health is the most vulnerable one to the achievements of contemporary civilization. There is a new diagnosis «Screen Dependency Disorder» that affects both human body and mind. Often and long-drawn games with I-pods and I-phones form unnatural dynamics of eye muscles. Children fix their view with difficulties, because eyes used to watch moving bright objects in computer games. The second problem is caused by a visual stress. The eye cannot easily move from the right to the left and the reversible movement with the transfer to a new line. This skill is formed at the basis of body motion ability. Chaotic stir of object in the screen breaks the process of formation the saccadic movements. Gadget-dependent children have «running glance». The third problem is breathing, disturbance of a rhythm of breath. If adults observed a child during I-pod gaming, they would mention that the child is so passionate that he/she even forgets to breathe causing oxygen starvation and general change of brain rhythms. So, in our opinion, computers should be lesser used in the educational process, because technologies suppress the creative and critical thinking.

References:

1. Силичев Д.А. Постмодернизм: экономика, политика, культура. Москва: ФА, 1998. 196 с.
2. Elicay Kitty. Screen Dependency Disorder Is Real, and It Damages Your Child's Brain. URL: <http://www.emraustralia.com.au> (дата звернення: 21.03.2019).
3. Screen Dependency Disorder is real, and it damages your brain. URL: <https://www.greycaps.com/theteacher/HealthandWellness/Screen-Dependency> (дата звернення: 21.03.2019).

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF CARDIAC REHABILITATION OF PATIENTS AFTER MYOCARDIAL INFARCTION

Podpriadova A., KhNMU, Kharkov

According to the World Health Organization definition, cardiac rehabilitation is a complex of activities aimed to patients diagnosed with acute or chronic heart diseases in order to maintain or restore their social status and lead an active lifestyle [1, p. 35–36]. For effective cardiac rehabilitation, it must include not only physical, medical, social and educational components, but also psychological measures. Depressive and anxiety disorders are often accompanied by acute myocardial infarction, worsen its clinical course and prognosis, exerting a negative influence on the indicators of social functioning and the quality of life of patients [2, p. 799–806]. According to different authors, 35–80 % of patients with myocardial infarction develop mental disorders that worsen the patient's condition and reduce the effectiveness of treatment and rehabilitation measures. The criteria for the diagnosis of depressive disorders are decrease in mood, decrease in working capacity, social maladjustment and somatic changes. Depressed patients are less likely to follow a doctor's recommendation for a healthy lifestyle: don't stick to a diet, do not exercise, do not expand motor activity, do not give up smoking and alcohol. At the rehabilitation stage, basic psychotherapeutic activities are held. They include group discussions, relaxation training and individual psychotherapeutic exercises [3, p. 560–569; 4, p. 170–175].

Thus, psychotherapeutic measures are an integral component of cardio- rehabilitation. They significantly reduce the risk of cardiovascular complications, which further affects the duration and quality of life of patients with this pathology.

References:

1. World Health Organization. Prevention of Cardiovascular Disease. *Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk*. Geneva. 2012. P. 35–36.
2. Milani R.V., Lavie C.J. Impact of cardiac rehabilitation on depression and its associated mortality. *American Journal of Medicine*. 2007. P. 799–806.
3. Langvik E., Hjemdal O. Symptoms of depression and anxiety before and after myocardial infarction: The HUNT 2 and HUNT 3 study. *Psychology Health Med*. 2015. Vol. 20, № 5. P. 560–569.
4. Roberge M.A., Dupuis G., Marchand A. Post-traumatic stress disorder following myocardial infarction: prevalence and risk factors. *The Canadian Journal of Cardiology*. 2010. Vol. 26, № 5. P. 170–175.

STAGES OF MEDICAL CARE FOR CHILDREN WITH OBESITY AND OVERWEIGHT

Pomogaybo K., Nartey L., KhNMU, Kharkiv, Ukraine

At the initial stage, observations are made during annual preventive medical examinations. Specialists with basic and incomplete higher medical education determine the anthropometric indices, calculate the body mass index, conduct a questionnaire survey of parents in order to study behavioral characteristics, identifying features of family history and adverse childhood anamnestic characteristics regarding the development of obesity. In the case of a harmonious physical development of a child, primary care physicians provide medical care to the pediatric population on the basis of the results of the preventive examination, provide parents with individualized recommendations for the formation of a healthy lifestyle of the child, taking into account the behavioral and family characteristics. At the next level, according to the results of the children's examination, the primary care physician forms groups of dynamic observation. Children who do not have a somatic pathology and risk of obesity are observed in a general scheme for a healthy child. Those who are at risk of developing obesity and associated non-communicable diseases are directed to consult a child endocrinologist. In the future, they are observed in the general scheme for a healthy child, and in the presence of recommendations of the children's endocrinologist – they perform them. In consultation with. Children who are first detected excess body weight are sent to this specialists also. It should be remembered that the body mass index is an approximate measure of body fat, because it does not allow to differentiate the body weight due to muscle tissue, and the weight that is due to fatty deposits. Therefore, for the final conclusion on the physical development, child should consult a child's endocrinologist. In case of confirmation by children's endocrinologist, the child is included in the register of patients with excess body weight and is observed by the primary care physician with the involvement of specialist doctors (third level). The surveillance program is aimed at early detection of diseases associated with overweight, interventions for prevention of their development, implementation of recommendations for lifestyle correction and weight reduction. Annually, the child undergoes a preventive medical examination, during which the physician evaluates her physical development and health, conducts individualized preventive counseling and assesses its effectiveness, and sends for consultation to specialist. A child may be excluded from the register of patients with excess body weight if her physical development has become harmonious, as confirmed by the conclusion of the pediatric endocrinologist and does not require supervision by specialist doctors. Children with obesity also have annual prophylactic reviews by standard programs, as well as the program of dispensary surveillance for obese children. Primary care physicians conduct preventive counseling and evaluate their effectiveness. If necessary, observation is carried out by an endocrinologist, a gastroenterologist, an orthopedist, a cardiologist, dieticians, psychologists and other specialist doctors. According to the results of the surveys, individualized programs of preventive measures are developed, in

case of detection of diseases – their treatment. Monitoring of the performance of medical appointments is carried out by the primary care physician [1, с. 23; 2, с. 42].

Staged monitoring of the health status of overweight children, based on the principle of feedback between secondary and primary levels of medical care, will help to optimize medical care for children with this pathology.

References:

1. Польша Н.С., Платонова А.Г. Физическое развитие школьников Украины. Пространственно-временные и морфофункциональные особенности: монография. Киев: Генеза, 2015. 272 с.
2. Дячук Д.Д., Заболотна І.Е. Обґрунтування організації медико-соціологічного моніторингу ожиріння у дітей в багатопрофільному закладі охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2017. № 4. С. 41–47.

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF MENTAL DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

*Zinchuk A., Rhea S., KhNMU, Kharkiv
Zinchuk O., Kharkiv Regional Medical College, Kharkiv*

Childhood and adolescence are significant stages for the mental health and well-being of individuals, because young people develop their skills in self-control, social interaction and learning exactly at these periods. Mental health problems have become very prevalent worldwide, especially in adolescents, so much so, that according to WHO, they are the leading cause of disability in young people in all regions. About 10–20 % of the world's children and adolescents suffer from mental disorders; half of which start by 14 years of age and about $\frac{3}{4}$ by mid-20's. A child, who is not given proper attention during the early years, may develop emotional and behavioral disorders. Parents and the way they treat and behave with their child have a huge impact on them. Family conflicts, bullying in school are the sources of negative experience that have harmful effect on the formation of right emotions and cognitive skills and abilities. Financial and social conditions of growing of the young generation influence on the future subsequent choices and facilities later at the secondary school and adulthood as well. Lack of money, absence of the appropriate living conditions cultivate in children feeling of shame and degrading, negatively affect their successful study and communication with classmates, or made from them the victim of abuse, permanent ailments or injuries. Depressive mood and anxiety are the most often disorders of adolescences, which can result even suicide (in low- and middle income states). Suicide is the most spread cause of death in youths with mental problems. In a report, it was established that the incidence of anxiety disorders was 5 %, hyperactivity 1–2 %, mood disorder 3 % (13–19 yrs. olds), and autism and schizophrenia 1 % [1; 2; 10; 15]

India has a huge population of 1,2 billion which constitutes 16 % of the world population. Out of this 46 % are children. The incidence of children needing mental health services is high which presents a challenge. Even after sixty one years of independence, resources to meet the mental health needs of children are not enough. There are just 3 psychiatrists for 1 million people and even less psychologists because they are clinically preoccupied and delay in initiating work towards prevention, identification and early intervention in child mental health, due to which the prevalence of mental disorders has increased. Then number of mental health services in India is not enough and are mostly found in cities. India spends a mere 0,06 % of its health budget on mental care. Currently there are tertiary care centers which look after mental disorder patients. These care centers aim to help children and adolescents so that they can continue living a normal life within the society. However, there is a need to make protocols for prevention, and treatment of mental disorders [3; 4; 14].

Usually, an Indian child is already malnourished and anemic even before he/she is born. India, being a patriarchal society, possesses a lot of discrimination between male and female child. A female child gets even less attention, opportunities and freedom in all aspects of life, which results in the loss of her self-esteem. 7 % of the children feel bullied and disturbed by the comments of their peers, family members and parents. 25 % of adolescent are «depressed» and «sad or hopeless» while 11 % are "distracted" and have a hard time staying focused on their work most of times or always. 8 % adolescents face «anxiety» or can't sleep because of being worried while a similar percentage of adolescents feel lonely most of times or always. 10,1 % of adolescents in India have no close friends. 4 % adolescents use tobacco products and 8 % consume alcohol to deal with their «issues» [5; 6]. Attention deficit hyperactivity prevails in Indian investigations and ranged from 1,6 up to 14 %. It can occur two or more chronic diseases like intellectual disability (44,6 %), oppositional defiant disorder (32,0 %), conduct disorder (19,0 %) and seizure disorder (13,8 %) [7; 8; 15]. 10 % of 5–15 year olds have a diagnosable mental health disorder in India. There are up to 20 million adolescents with a severe mental health disorder. Around 90 % of children with a mental health disorder are not currently receiving any specialist service. All the elements that play key role in a child development and mental health like basic amenities, poor infrastructure, and human resource development along with essential health and hygiene measures are not being attended to in India [9; 10]. Children in most sections of Indian society are traditionally and conventionally not consulted about matters and decisions affecting their lives. If they do speak out, they are not normally heard. This kind of environment acts like a toxin to the mental health of the children. Every 90 minutes a youth commits suicide in India. Mental health is highly stigmatized in Indian society and has therefore become a burning issue affecting adolescents predominantly [6; 15]. Indian population is not aware about mental health problems, unfortunately just sick people with serious mental diseases receive treatment, but the others, who have not so severe problems, remain without the appropriate medical help and care [5; 10; 11; 12].

Let's talk about Ukraine now! The Ukrainian system of healthcare follows the Soviet model and despite 25 years of Ukraine's independence, there has been little change and Ukraine is lagging behind standards of developed countries. The military dispute put the system under further strain. Ukraine is facing a significant increase in trauma-related disorders (posttraumatic stress disorder, acute stress disorder), depressive disorders, anxiety disorders, and adjustment-related problems. Suicide rates have peaked. Although there has been a strong focus on post traumatic disorders due to the conflict, it is important to consider the much higher burden of depression and alcohol abuse at the national level. Due to its mainly patriarchal culture there is great resistance to psychotherapy in Ukraine. A weak mechanism for licensing effective counsellors aggravates this resistance. In Ukraine, medical service is financed by the state and only receives 3,5 % of the national income (WHO experts have estimated this need to be closer to 6–7 %). Comprehensive changes need to bring about in the mental health centers. Developing systematic response to prevent and treat those affected by war has to be coupled. There is a shortage of specialists in psychiatry, in particular, the number of child psychiatrists. A significant number of mental disorders in the country are never recorded. Many parents of children suffering from mental disorders tend to avoid seeking help for their children in fear of social stigmas. The condition of psychiatric help offered is also not an encouraging factor. Ukraine has no epidemiological data on the spread of depression among children, their dependence on psychoactive substances, nutrition-related behavioral disorders, attention deficit hyperactivity disorder or post-traumatic stress disorder. The average age of suicide is 19,9 years. 15,5 % of male and 3,4 % of female adolescents committed suicide between 2000–2009. The shortage of personnel in the mental health sector is also a serious issue. In 2015, the staffing of psychiatrists was 78,05 %, with 59,20 % for child psychiatrists. The shortage is most serious in rural areas, in district level hospitals. Over the past three years, the number of child psychiatrists has gone down from five hundred to two [13; 14].

Who is responsible for this gap in demand of such crucial child mental health services and meeting the need? We must urgently introspect this in order to achieve future positive outcomes. Children are our future and therefore it is a must that we do something about the increasing mental disorders in them. One thing is certain. Early intervention for these has the potential to substantially alter the developmental course of these disorders, significantly reducing the morbidity and disabilities among children and adolescents.

References:

1. Green J., McLaughlin K., Alegría M. School mental health resources and adolescent mental health service use. *J Am Acad Child Psychiatry*. 2013. № 52. P. 501–510.
2. Tampa F.L. University of South Florida. (FMHI Series Publication #218-5-Rev 2012). URL: <http://theguide.fmhi.usf.edu>. (accessed: 27.07.2015)
3. Say No to Ageism Week (Ireland). In: Equinet; European Network of Equality Bodies. Brussels: Equinet Secretariat; 2015. URL: <http://www.equineteurope.org/Say-No-To-Ageism-Week-Ireland> (accessed: 27.07.2015)

4. Buffel T. Researching age-friendly communities: stories from older people as co-investigators. Manchester: University of Manchester Library. 2015. URL: <http://www.socialsciences.manchester.ac.uk/medialibrary/brochures/AgeFriendly-Booklet.pdf> (accessed 27.07.2015)
5. Maisnam Loya, 2007 – Girls and gender discrimination. *Published at E-Pao news*, Manipur, India.
6. Goswami, Sribas 2013 – Missing Girls: A sociological study on female infanticide in India *Published in Medical ethics: Challenges and prospects in India*, Supirya Book, New Delhi, India.
7. Neece C.L., Baker B.L., Crnic K.A., Blacher J. Examining the validity of ADHD as a diagnosis for adolescence with Intellectual disability. *Clinical presentation. J Abnorm Child Psychol.* 2013. № 4. P. 597–612.
8. Langley K., Martin J., Agha S.S., Davies C., Stergiakouli E., Holmans P. Clinical and cognitive characteristics of children with attention-deficit hyperactivity disorder, with and without copy number variants. *Br J Psychiatry.* 2011. № 199. P. 398–403.
9. Beaglehole R., Bonita R. What is global health? *Global Health Action.* 2010. № 3.10.3402.2
10. Patel V., Prince M. Global mental health: a new global health field comes of age. *JAMA.* 2010. № 303. P. 1976–1977.
11. Cowan P.A., Cowan C.P., Pruett M.K., Pruett K., and Gillette P. Evaluating a couples group to enhance father involvement in low-income families using a benchmark comparison. *Family Relations*, 2014. № 63. P. 356–370.
12. Donohue B., Azrin N.H., Bradshaw K., Van Hasselt V.B., Cross C.L., Urgelles J., Romero V., Hill H.H., and Allen D.N. A controlled evaluation of family behavior therapy in concurrent child neglect and drug abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2014. № 82. P. 706–720.
13. Roy A., Hodgkinson C.A., Deluca V., Goldman D., Enoch M.A. Two HPA axis genes, CRHBP and FKBP5, interact with childhood trauma to increase the risk for suicidal behavior. *J Psychiatr Res.* 2012. № 46. P. 72–79.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). *National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention* (producer). 2013. Jan 24. URL: www.cdc.gov/ncipc/wisqars. (accessed: 27.07.2015)
15. Psychiatric co-morbidities in Attention Deficit Hyperactive Disorder (ADHD): A Retrospective Clinical chart review from a tertiary hospital in North India by Sidharth Arya, Purushottam Jangid, Piyush Verma, Sujata Sethi, *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health.* 2019. № 15. P. 39–48.

Секція 3 БІОСТАТИСТИКА ТА ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА

ОСНОВИ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

Огнєв В.А., ХНМУ, Харків

*«Иные врачи двадцать лет к ряду делают
одни и те же ошибки и называют
это клиническим опытом»
Н. Фабрикант*

У наведеній цитаті автор дуже влучно охарактеризував сутність медицини, заснованої на думці експертів і особистому досвіді. Доказова медицина не заперечує клінічний досвід і думку експертів, але важливе місце при втручанні також відводиться доказам і дотриманню прав пацієнта. Саме тому доказову медицину необхідно визначати, як медицину критичного мислення, яку забезпечує наступна **тріада**: дані високоякісних наукових досліджень; клінічне мислення й особистий професійний досвід лікаря; індивідуальні особливості пацієнта. У сучасному трактуванні **доказова медицина** (*evidence-based medicine* – медицина, яка заснована на доказах) – це розділ медицини, який охоплює пошук, аналіз, систематизацію та значне поширення отриманих доказів для використання в інтересах хворого. **Метою** доказової медицини є забезпечення якісного втручання, надання лікарям можливості знайти і використовувати при прийнятті клінічного рішення науково обґрунтовані факти, що отримані в ході коректно проведених клінічних досліджень, підвищення достовірності прогнозу результатів лікарських втручань.

Піонером доказової медицини професором **Девідом Секеттом** у вступі до першого випуску журналу «Медицина, яка заснована на доказах» (*Evidence Based Medicine* – 2001 р.) сформульовані **основні завдання** (етапи) медицини на доказах:

1. Перевести інформаційні потреби в питання, на які необхідно знайти достовірну відповідь (постановка проблеми).
2. Виявити кращі доказові відомості для відповіді на поставлені питання (з таких джерел як клінічні обстеження, діагностичні лабораторні дослідження, публікації в літературі та інші).
3. Критично оцінити знайдені докази щодо їх достовірності (близькості до істини) і корисності (клінічного застосування), шляхом проведення мета-аналізу, складання систематичних оглядів.
4. Впровадити результати цієї оцінки в клінічну практику (розробка клінічних настанов, стандартів, методичних рекомендацій, клінічних протоколів).

5. Оцінити ефективність результатів проведеної роботи (соціальну, медичну та економічну).

Наведені завдання в зарубіжній практиці часто представляють у вигляді **правила 4А**, які включають в себе: Крок 1 – сформулювати клінічне питання (*Ask*); Крок 2 – отримати кращі докази (*Acquire*); Крок 3 – оцінити кращі докази (*Appraise*); Крок 4 – використовувати кращі докази в клінічній практиці (*Apply*).

Для забезпечення ефективних та раціональних дій при вирішенні тих чи інших задач, важливо дотримуватись певних принципів або постулатів, які є невід’ємним компонентом структури й безпосередньо зачіпають стандартизацію та цілеспрямованість у досягненні кінцевого результату і забезпечуючи стабільність наряду. Доказова медицина будує свої заходи на суворих та об’єктивних **базових принципах**, які полягають в наступному:

1. Кожне клінічне рішення лікаря повинно прийматися тільки на підставі науково обґрунтованих фактів;

2. Клінічні прогнози, засновані на теоретичних уявленнях про механізми хвороби, слід розглядати тільки як гіпотези, які повинні пройти перевірку в процесі клінічних досліджень;

3. При діагностиці та виборі методу лікування пацієнта «вага» кожного факту визначається чіткістю та повнотою дотримання наукової методології при проведенні дослідження, в процесі якого цей факт отримано.

Для забезпечення контролю за дослідженнями в медицині в 1998 р., фахівцями в області доказової медицини, в складі Боба Філіпса, Кріса Бола та ін. була розроблена **система оцінки доказовості клінічних досліджень**. Ними були виділені 4 рівні якості клінічного дослідження, які були позначені римськими цифрами (I, II, III, IV) і буквами латинського алфавіту (A, B, C, D), а саме:

– Клас (рівень) I (A): великі подвійні сліпі плацебоконтролюючі дослідження, а також дані, отримані при мета-аналізі декількох рандомізованих контрольованих досліджень.

– Клас (рівень) II (B): невеликі рандомізовані контролюючі дослідження, в яких статистичні розрахунки проводяться на обмеженій кількості пацієнтів.

– Клас (рівень) III (C): нерандомізовані клінічні дослідження на обмеженій кількості пацієнтів.

– Клас (рівень) IV (D): вироблення групою експертів консенсусу з певної проблеми.

Для сучасної системи охорони здоров’я, доказова медицина має важливе значення, так як вона оптимізує використання ресурсів охорони здоров’я, забезпечує авторитетність втручання, долає адміністративні бар’єри. Пацієнтам її використання забезпечує кращий результат і прогноз захворювання, реалізацію права пацієнта на сучасну і якісну медичну допомогу, що зрештою призводить до поліпшення індивідуального та громадського здоров’я.

В багатьох країнах світу лікування з недотриманням принципів доказової медицини є злочином, що передбачає адміністративну відповідальність (у т.ч.

позбавлення ліцензії). У випадку звернення постраждалих пацієнтів та/чи їхніх родичів до суду, той не буде зважати на «аргументи» на кшталт «мені так видається», «зважаючи на власну інтуїцію та/чи попередній досвід». При цьому лікар мусить довести, що його дії відповідали основам доказової медицини.

Список використаних джерел:

5. Oxford Centre for Evidence-based Medicine – Levels of Evidence. 2009. URL: <https://www.cebm.net> (дата звернення: 02.04.2019)

6. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. Москва, Медиа Сфера, 1998. 352 с.

7. Триша Гринхальх. Основы доказательной медицины: пер. с англ. / под ред. И.Н. Денисова, К.И. Сайткулова. 3-е изд. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 282 с.

8. Шарон Е., Страус В., Скотт Ричардсон и др. Медицина, основанная на доказательствах / пер с англ. / под ред. В.В. Власова, К.И. Сайткулова. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2010. 320 с.

ВИЗНАЧЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ ПОПУЛЯЦІЇ ПІВНІЧНОГО СХОДУ УКРАЇНИ

Рябоконт Є.М., Баглик Т.В., Стеблянко Л.В., Гармаш О.В., ХНМУ, Харків

Висока інтенсивність карієсу й поширеність хвороб пародонту робить проблему їх профілактики надзвичайно актуальною. Тема впливу хронічного стресу на виникнення стоматологічних порушень є достатньо розробленою. Відомо, що навчання у медичних вищих освітніх закладах є складним і пов'язаним зі стресом процесом. Тому метою дослідження є оцінювання поширеності та інтенсивності карієсу зубів і перебігу захворювань тканин пародонту в осіб молодого віку на тлі підвищених психоемоційних навантажень.

Обстежено 100 студентів 3 курсу стоматологічного факультету. Вибірка студентів була рандомізованою за статтю та віком. Проводилось визначення поширеності та інтенсивності карієсу, а також індексу найвищої інтенсивності карієсу (НІК). Оцінювалась поширеність захворювань тканин пародонту.

Дослідження виявило поширеність карієсу на рівні 80 %, середнє значення показника інтенсивності карієсу склало $7,08 \pm 0,25$ балів. Однак індекс НІК був оцінений у $12 \pm 0,75$ балів, тобто у третини студентів було по 11–12 або більше каріозних уражень. Також було визначено, що 52 % обстежених осіб мають хвороби пародонту різного міри тяжкості.

Дослідження виявило групу студентів із високою інтенсивністю карієсу та студентів, які мали хвороби тканин пародонту. Вважаємо за необхідне рекомендувати вищезначеним студентам профілактичні програми з урахуванням етіопатогенетичних факторів, супутньої патології і віку та корекцію психоемоційного навантаження.

ПІДХОДИ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ У ДОСЛІДЖЕННІ ПИТАННЯ РОЗВИТКУ ВІДДАЛЕНИХ НАСЛІДКІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Радзішевська Є.Б., Гордієнко Н.О., Гранкіна С.С., ХНМУ, Харків

З моменту оформлення науки про інформацію у самостійну галузь, одним з найактуальніших напрямків її інтересів стало здобуття якомога більших обсягів інформації з накопичених даних. Можливим шляхом реалізації цих зусиль у медицині може стати застосування сучасних технологій до вже наявних даних, наприклад, до паперових історій хвороби, за умови їх трансформації в електронну форму. Пропонуємо результати ретроспективного динамічного (поздовжнього) дослідження безпосередніх і віддалених наслідків лікування захворювання на рак щитоподібної залози (РЩЗ), проведеного із використанням системи WizWhy як представника алгоритмів обмеженого перебору технології Data-Mining й засіб для висунення статистичних гіпотез і пакет програм Statistica для їх перевірки. У результаті проведеного дослідження було створено базу катамнезтичних даних хворих на рак щитоподібної залози (220 випадків) [1, с. 41–46] й на підставі багатоступеневої статистичної обробки одержаних інформаційних масивів оцінено безпосередні та віддалені результати радіонуклідного та інших видів лікування. Зокрема, було виявлено низку взаємозв'язків між ранніми соматоневрологічними ускладненнями (анемії, сіалоаденіт, порушення серцевого ритму, полінейропатії) й наявністю супутніх патологій та їх комбінацій [2, с. 268–276]. Також було встановлено залежності між появою віддалених онкологічних і соматоневрологічних наслідків лікування та характеристиками пухлини, проведеної радіойодотерапії, гормонотерапії тиреоїдними гормонами, анамнестичними даними хворих [3, с. 268–276; 4, с. 245–251].

Список використаних джерел:

1. Васильєв Л.Я., Радзішевська Є.Б., Кулініч Г.В. та ін. Інформаційна модель бази катамнестичних даних пацієнтів, хворих на онкопатологію щитоподібної залози та тиреотоксикоз для проведення ретроспективного дослідження методом випадок – контроль. *Український радіологічний журнал*. 2016. Т. XXIV, Вип. 4. С. 41–46.
2. Васильєв Л.Я., Кулініч Г.В., Радзішевська Є.Б., Савченко А.С. Результати аналізу безпосередніх ускладнень протипухлинного лікування у хворих на рак щитоподібної залози. *Український радіологічний журнал*. 2017. Т. XXV, Вип. 4. С. 268–276.
3. Радзішевська Є.Б. Результати розвідувального аналізу віддалених наслідків лікування хворих на рак щитоподібної залози. *Український радіологічний журнал*. 2018. Т. XXVI, Вип. 2. С. 31–38.
4. Васильєв Л.Я., Радзішевська Є.Б., Кулініч Г.В. Віддалені наслідки радіонуклідного лікування раку щитоподібної залози (перше інформаційне повідомлення). *Український радіологічний журнал*. 2018. Т. XXVI, Вип. 4. С. 245–251.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ «АКТИВНІСТЬ – ЕФЕКТ ЛІКУВАННЯ» У ХВОРИХ НА РАК ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ НА ВІДДАЛЕНИХ ТЕРМІНАХ ПІСЛЯ СПЕЦІАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ

Радзішевська Є.Б., Солодовніков А.С., Кочарова Т.Р., ХНМУ, Харків

Епідеміологічні дослідження щодо захворюваності на рак щитоподібної залози (РЩЗ) свідчать про її постійне монотонне зростання. За останні десятиліття у деяких регіонах світу зафіксовано навіть подвійне зростання, яке обтяжується омолодженням контингенту хворих. Згідно з існуючими нормативними документами, необхідним компонентом сучасної програми лікування РЩЗ є радіойодотерапія (РЙТ). Але, разом з тим, думки спеціалістів про РЙТ не завжди є однозначними. Дискусія йдеться, зокрема, щодо доцільності лікування малими дозами активності. Прихильники лікування малими активностями у своїх роботах показують, що ефекту абляції у 81–83 % спостережуваних пацієнтів можна досягти і при активностях ^{131}I в 1,1 ГБк (30 мКі). Проте в ряді досліджень були відмічені менш сприятливі результати при введенні активності на рівні 1,1 ГБк (30 мКі): повний ефект досягався лише у 7–10 % спостережуваних пацієнтів [1, с. 347]. Шляхом розвитку дискусії про вплив малих і великих доз ^{131}I на результати лікування хворих на РЩЗ може бути аналіз віддалених онкологічних і соматоневрологічних наслідків лікування залежно від активностей, що використовувалися. Дослідження цього питання уможлиблюється використанням катамнестичних даних тривалого спостереження за пацієнтами, які лікувалися за різними варіантами дозового навантаження. Необхідним підґрунтям виконання такого дослідження є використання методів біологічної статистики для обробки цифрових масивів катамнестичних даних перебігу хвороби, що одержуються шляхом трансформації відповідної паперової інформації.

Проаналізовано 315 архівних історій хвороби та відібрано й внесено до електронної бази даних інформацію про перебіг захворювання 100 пацієнтів за критерієм наявності у схемі лікування РЙТ і появи будь-якого злоякісного захворювання через 3 та більше років після РЙТ, або поява віддалених терапевтичних ускладнень. Статистична обробка інформації проводилася із використанням пакета прикладних програм Statistica методами непараметричної статистики (критерій Манна-Уїтні (КМУ), критерій «хі» – квадрат Пірсона (КХП)). За текстом дані представлені або медіанами, або у вигляді $Me (LQ-UQ)$, де Me – медіальні значення, $(LQ-UQ)$ – інтерквартильний розмах (ІР).

Онкологічні наслідки (ОН) мали 43 пацієнти. Вік хворих коливався від 23 до 67 років з медіаною 51 рік та $IP = 40 \div 57$ років. На момент встановлення діагнозу про появу онкологічних наслідків, медіана віку хворих становила 57 років, діапазон коливання – від 29 до 72 років, $IP = 49 \div 67$ років. Загальна тривалість РЙТ пацієнтів з ОН становила 26 (12–57) місяців з активністю ^{131}I 4440 (3145–9805) МБк, яка реалізовувалася протягом 5 (4–7) курсів.

Катамнестичні дані про 70 осіб утримували інформацію про появу віддалених терапевтичних наслідків загальною кількістю 218 наслідків. Вік хворих лежав у межах 13 ÷ 68 років з медіаною 44 роки. Тривалість РЙТ у пацієнтів з ТН становила 74 місяці, загальна активність ^{131}I складала 7770 МБк протягом 9 курсів (медіани). На момент фіксації терапевтичних наслідків медіана віку хворих становила 51 рік. Аналіз віддалених наслідків лікування, який реалізовувався шляхом виявлення відмінностей між пацієнтами з ОН та ТН, дозволив констатувати наявність статистично значущих залежностей між результатами лікування (ОН або ТН) та параметрами РЙТ [2, с. 248]. Так пацієнти без ОН, порівняно з пацієнтами з ОН, характеризувалися більш тривалим терміном лікування (74,3 (38,7) проти 34,9 (26,6) місяців, $p < 0,01$, КМУ), більшою кількістю курсів (7,6 (3,1) проти 5,3 (2,6) курсів, $p < 0,01$, КМУ), більшою загальною дозою активності під час РЙТ (7463,1 (5204,7) МБк проти 6072,4 (4284,7) МБк, $p = 0,014$, КМУ) й більш тривалим терміном до настання абляції (45,2 (26,9) проти 24,9 (18,8) місяців, $p < 0,01$, КМУ).

Одержані залежності свідчать про те, що, за умови обтяження стану пацієнта соматоневрологічними розладами, які накладають обмеження на величину разової дози РЙТ, доцільною є тактика використання малих доз активності протягом більш тривалого проміжку часу, оскільки за цих умов зменшується кількість пізніх онкологічних наслідків лікування.

Список використаних джерел:

1. Гулеватый С.В., Воскобойник Л.Г., Тронько Н.Д. Применение радиойодтерапии при дифференцированном раке щитовидной железы: международные стандарты и дискуссионные вопросы (обзор литературы). *Журнал НАМН України*. 2013. Т. 19. № 3. С 335–339.

2. Васильєв Л.Я., Радзішевська Є.Б., Кулініч Г.В. Віддалені наслідки радіонуклідного лікування раку щитоподібної залози (перше інформаційне повідомлення). *Український радіологічний журнал*. 2018. Т. XXVI. Вип. 4. С. 245–251.

РЕЗУЛЬТАТИ ОЦІНЮВАННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

Баснеєва О.О., ХНМУ, Харків

Збільшення кількості осіб похилого та старечого віку, а також невиліковних пацієнтів обумовлює подальший розвиток паліативної допомоги – «комплексу цілеспрямованих заходів, які, відповідно до базових принципів і залежно від доступних засобів, здійснюються спеціалізованими відділеннями медичних установ, паліативними закладами, мобільними групами тощо по відношенню невиліковно хворих осіб та їхніх родичів з метою забезпечення відповідної якості їхнього життя» [1, с. 15]. Оскільки є шляхетна мета, то мають бути й відповідні методи оцінки міри її досягнення. При цьому результати оцінювання є

не самоціллю, а вихідною базою для прийняття управлінських рішень, спрямованих, передусім, на покращання ситуації у цій царині. Означене, зрештою, й обумовлює актуальність даного дослідження.

Важливим результатом діяльності паліативних закладів є якість надання паліативної допомоги. Вихідною базою для такого оцінювання стали результати опитування пацієнтів Комунального закладу охорони здоров'я Харківський обласний центр паліативної медицини «ХОСПИС». Для цього адаптовано й використано міжнародний загальний опитувальник MOS SF-36 (Medikal Outcomes Study Questionnaire Short Form), де 36 питань дозволяють з'ясувати такі аспекти життєдіяльності паліативних хворих: фізичне функціонування, рольова діяльність, тілесний біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан, психічне здоров'я [2]. Респондентами стали 20 жінок і 10 чоловіків (віком від 33 до 92 років), з яких 14 страждали на онкологічні, а 16 – неврологічні захворювання. За результатами опитування виявлено таке: усі пацієнти були середньої тяжкості і дуже тяжкі, їхній фізичний та психологічний стан був дуже важким; 28 пацієнтів – лежачі, а 2 – з частковою чи повною втраченою зору, через що не могли себе обслуговувати (перебували у памперсах); усі пацієнти мали сильно виражені пролежні по задній ділянці спини, сідниць і нижніх кінцівок; у деяких пацієнтів пролежні переходили у виразкові ураження шкіри; була помітна дистрофія нижніх, а у деяких пацієнтів і верхніх кінцівок; у 7 пацієнтів спостерігалися алергічні реакції на медичні препарати; діарея та/чи закрепи були у 14 пацієнтів; 24 пацієнти мали завищений, а 6 – занижений артеріальний тиск; загальний фізичний стан і болі значною мірою обмежують активність й погіршують якість фізичного та психологічного компонента життя пацієнтів; фізичний та психологічний стан онкологічно хворих був дещо гіршим за той, що був у пацієнтів з неврологічними захворюваннями; обидві групи пацієнтів краще оцінювали своє психологічне, ніж фізичне здоров'я; тривалість паліативної хвороби справляє негативний вплив на стан пацієнтів, хоча людина згодом пристосовується до хвороби, адаптується до неї та вчиться з нею жити; жінки легше пристосовуються до паліативної хвороби, легше переносять її, ніж чоловіки, а також легше сприймають недугу; усі пацієнти опинились у хоспісі через неможливість отримання паліативної допомоги на дому.

Отож, в Україні зберігається істотний дефіцит паліативних закладів, а перебування пацієнтів в них супроводжується значними фізичними та психологічними стражданнями. Продовження наукових розвідок за даною проблематикою сприятиме розвитку паліативної допомоги в Україні.

Список використаних джерел:

1. Мельниченко О.А., Луначек В.Е., Мельниченко В.О. Паліативна допомога населенню: сутність, елементи, напрями розвитку. *Теорія та практика державного управління*: зб. наук. пр. Харків: Вид-во ХарПІ НАДУ "Магістр", 2013. № 4. С. 10–17.

2. Lins L., Carvalho F.M. SF-36 total score as a single measure of health – related quality of life: scoring review. *SAYE open med.* 2016. № 4.

**ОЦІНЮВАННЯ МІРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ
СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ,
ЯКІ НАРОДИЛИСЯ З ДІАГНОЗОМ МАКРОСОМІЯ
(КЛІНІЧНА АПРОБАЦІЯ ОПИТУВАЛЬНИКА)**

Гармаш О.В., ХНМУ, Харків

Розроблений опитувальник [1] дозволяє оцінити ступінь ризику виникнення патології тканин пародонту та твердих тканин зубів, пов'язаний із перинатальною патологією в анамнезі, спадковістю, рівнем гігієни ротової порожнини, конституцією дитини, супутньою патологією, шкідливими звичками, медикаментозною терапією, характером харчування та фізичним навантаженням у дітей та підлітків, чиї параметри при народженні були вищими за норму (макросомія плоду). За допомогою опитувального методу виявити фактори ризику та оцінити ризик виникнення захворювань тканин пародонту та твердих тканин зубів у дітей чи підлітків із макросомією та нормосомією при народженні.

Протягом 2014–2019 рр. опитано батьків 117 дітей віком від 4 до 17 років. Діти, які народилися з макросомією (78 осіб), склали групу 1, а діти відповідного віку із нормальними масо-ростовими параметрами при народженні (39 осіб) склали групу 2. Батьки учасників дослідження письмово підтвердили згоду на участь у дослідженні та відповіли на 70 запитань, які поділені на 7 шкал. *Шкала 1* стосується виявлення факторів родинно-спадкової схильності до розвитку патології тканин пародонту та твердих тканин зубів; *шкала 2* призначена для виявлення факторів родинно-спадкової схильності до макросомії; *шкала 3* пов'язана зі станом органів ротової порожнини за даними анамнезу та скарг дитини; *шкала 4* націлена на виявлення факторів супутньої патології дитини; *шкала 5* стосується виявлення факторів вагітності та пологів; *шкала 6* призначена для виявлення факторів харчування, фізичного навантаження та *шкала 7* стосується виявлення гігієнічного стану ротової порожнини дитини. Діапазон кількісного оцінювання результатів виконання тесту за кожною зі шкал знаходився в межах від 0 до 10 балів.

Оцінювання результатів тестування виявило, що за *шкалою 1* учасники набрали $3,51 \pm 0,48$ та $3,15 \pm 0,68$ бали для першої та другої груп відповідно; за *шкалою 2* – $2,06 \pm 0,37$ та $2,08 \pm 0,50$ бали для першої та другої груп відповідно; за *шкалою 3* – $2,81 \pm 0,36$ та $1,95 \pm 0,43$ бали для першої та другої груп відповідно; за *шкалою 4* – $2,30 \pm 0,42$ та $1,56 \pm 0,58$ бали для першої та другої груп відповідно; за *шкалою 5* – $3,29 \pm 0,38$ та $2,74 \pm 0,47$ бали для першої та другої груп відповідно; за *шкалою 6* – $4,60 \pm 0,47$ та $3,74 \pm 0,50$ бали для першої та другої груп відповідно; за *шкалою 7* – $6,30 \pm 0,44$ та $5,97 \pm 0,54$ бали для першої та другої груп, відповідно.

Отож, діти та підлітки, які були народжені макросомами, мали достовірно більше скарг на стан стоматологічного здоров'я, ніж діти та підлітки із нор-

мальними масо-ростовими параметрами при народженні. Вплив на це супутньої патології, спадковості, рівня гігієни ротової порожнини, шкідливих звичок, медикаментозної терапії, характеру харчування та фізичного навантаження дитини не підтвердився (надійних відмінностей не спостерігалось).

Список використаних джерел:

1. Гармаш О.В., Рябоконь Є.М., Коробчанський В.О. Спосіб оцінювання ризику розвитку патології тканин пародонта й твердих тканин зубів у дітей та підлітків, які народилися з діагнозом макросомія (додаток до історії розвитку дитини або медичної карти стаціонарного хворого). Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 73141 від 25.07.2017 р.

БІОСТАТИСТИКА: ВІД МИНУЛОГО ДО СЬОГОДЕННЯ

Завада О.О., Каліненко О.С., Новікова І.В., ХНМУ, Харків

Ще з прадавніх часів людство переймалося питанням накопичення та аналізу інформації. Відомо, що перші згадки щодо статистичної обробки даних було знайдено у Стародавньому Китаї, де збиралися відомості про чисельність населення, розподіл його за статтю та віком, а в книзі «Шу-Кінг» Конфуція є відомості про перепис населення Стародавнього Китаю 2238 р до н.е. Високий для свого часу рівень мав державний облік в Стародавньому Римі. У 550 р до н.е. там був створений спеціальний орган для проведення переписів населення.

У XVI ст. з'являється ідея вимірювання невизначеності. Для того, щоб підтвердити якість результатів вимірювань, дослідники, з різних прикладних наук, значною мірою змінили умови вимірювання і контролювали вплив різних факторів, що ведуть до остаточних результат вимірювань. Такий підхід був трампліном, що призвів до розвитку концепції математичного моделювання для оцінки невизначеності вимірювань результатів. У другій половині XVII ст. математична статистика і теорія ймовірностей сформувались як наукові дисципліни. Слід зазначити, що не відразу використання математичної статистики набуло широкого застосування в природознавстві. Становище дещо змінилося, коли була обґрунтована теорія малих вибірок. І вже у XVII ст. яскравим прикладом застосування статистичних методів обробки було щеплення від оспи. У 1722 р. у Лондоні лікар Джон Арбертнот опублікував працю, в якій було вказано, що вірогідність захворіти віспою була 1:10, а шанс померти – 1:100. Швейцарський математик Даніель Бернуллі застосував математичні методи обробки для розрахунку вірогідності захворювання на віспу людей з щепленням та без нього в залежності від віку. В 1757 р. хірург Джеймс Лінд використав біостатистику для дослідження впливу цитрусових продуктів на стан хворих цингою [1, с. 9–10].

В XIX ст. французький клініцист Пір-Чарльз-Александре Луїс вважав, що «доказова медицина» повинна ґрунтуватися на дослідженні всього населення

(чисельна аудиторія), а не на одному індивідумі. Бенігно Амадор вважав, що обчислювання в математиці не можуть бути використані для прогнозування даного заходу, а для встановлення вірогідності відповідного числового значення між двома групами можливого заходу [1, с. 9–10]. Існували спори між вченими-лікарями того часу: повинен лікар враховувати емпіричні дані (статистику захворювань) чи лікувати конкретну людину, зважаючи лише на індивідуальні особливості. Однак застосування методів математичної мало обґрунтовані переваги і вже наприкінці XIX ст. в Європі проводяться наукові роботи орієнтовані на використання методів статистики в біомедицині, розвивається напрямок досліджень пов'язаних з біостатистикою. У 1893 р. у Лондоні були створені біометрична школа і біометрична лабораторія. Хірург Джозеф Листер застосував статистичні дослідження для створення антисептичної хірургії. Майор Гринвуд (1880–1949) заклав основи для математичного обґрунтування розуміння епідеміології. Він досліджував вплив паління на виникнення раку виходячи зі власних спостережень [1, с. 11]. У той час з'являються спеціалізовані журнали даної тематики: *Biometrika* (Англія, 1901 р), *«Biometrics»* (США, 1945 р), *«Biometrische Zeitschrift»* (Німеччина, 1959 р). У 1978 р було організовано Міжнародне товариство клінічної біостатистики (ISCB), національні відділення якого є в кількох десятках країн, включаючи США, Англію, Францію, Італію, Канаду, Іспанію, Польщу, Угорщину, Південну Африку, Кенії і т.д.

Попри усе це, нині залишається багато невирішених задач щодо статистичної обробки медичних даних. Особливо важливо це питання постає на терені лабораторній медицині, адже одним з найважливіших факторів для адекватної та достовірної інтерпретації результатів є оцінка невизначеності вимірювань в клінічній діагностиці. Так, постановка діагнозу в медицині є рішенням з певним ступенем невизначеності, а не статистично і математично розрахованим висновком. Виходячи з цього, в лабораторній медицині відповідна оцінка невизначеності результатів вимірювань повинна мати кінцеву мету – зменшення діагностичної невизначеності. Вимоги щодо статистичної обробки даних лабораторних досліджень регламентують галузеві стандарти, а саме ISO 15189: 2012 [2]. Стандарт ISO 15189 рекомендує клінічним лабораторіям визначати невизначеність результатів, де це доречно і можливо. На невизначеність результатів впливає велика кількість факторів таких як відбір проб, підготовка зразків, еталонні матеріали, обладнання, що використовується, умови навколишнього середовища, стан зразка та зміна оператора. Контроль невизначеності вимірювання дослідження дозволяє порівнювати результати досліджень від різних лабораторій. Кількісне значення невизначеності може бути вказане у бланках результатів досліджень, а також може бути використано для порівняння покращень у процедурах тестування. Невизначеність вимірювань якісних результатів включає числові моделі, які можні виміряти з використанням відповідних індикаторів якості та ефективності.

Отож, використання добутоків математичної статистики і теорії ймовірностей в доказовій медицині є засадничою умовою отримання достовірних даних.

Сьогодні важливим постає питання статистичної обробки клініко діагностичних досліджень, підходи до яких, регламентує галузевий стандарт ISO 15189, рекомендуючи клінічним лабораторіям визначати невизначеність результатів.

Список використаних джерел:

1. Rosser Matthews J. History of biostatistics. *Medical Writing*. 2016. № 25. С. 8–11.
2. ДСТУ EN ISO 15189:2015 Медичні лабораторії. Вимоги до якості та компетентності (EN ISO 15189:2012, IDT).

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ПЛЕЯД ДЛЯ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ ЗВ'ЯЗКІВ МІЖ ПОКАЗНИКАМИ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЛЮДИНИ

Рисована Л.М., Алексеєнко Р.В., Шуба І.В., ХНМУ, Харків

Сучасний розвиток медицини неможливо розглядати тільки з точки зору вивчення патологічного стану людини. Важливим є те, що профілактична медицина нині має більш перспективні горизонти свого розвитку. Не останнє місце в даному питанні займає медична статистика, що дозволяє виявити певні закономірності й попередити появу та розвиток того чи іншого захворювання. Однією з основних причин появи і стрімкого розвитку патологічного процесу, в багатьох галузях медицини, є емоційні порушення. Зауважимо, що порушення емоційної сфери - це міждисциплінарна проблема, яка ґрунтується на принципах психосоматичної патології з часткою соціології, умов якості життя населення, чинників, які формують соціальний стрес, феномен психічного та емоційного «вигорання», конфліктні міжособистісні комунікації та ін. [1; 2]. Одним з методів попередження розвитку емоційних порушень може стати повна реалізація людини в тій чи іншій сфері діяльності, в т.ч. і в родині, та віддалення її від негативних факторів, що впливають на міжособистісні відносини. В сучасній Україні на державному рівні практично не розглядаються причини, що призводять до емоційних порушень, тому вивчення факторів ризику а отже, проведення профілактичних заходів, є актуальним медичним та психологічним завданням, що дозволяє запобігти появі або розвитку емоційних захворювань в важкій формі. Усіх людей розподілено на дві групи. До першої групи увійшли особи з відсутністю емоційних порушень (126 осіб). До другої групи – люди з наявністю порушень емоційної сфери (224 особи). Всі особи пройшли психологічне тестування і опитування. Всього нами було проаналізовано 89 психологічних показників. За всіма показниками проводились порівняння груп і досліджувались кореляційні залежності показників стану [2; 3]. Для виключення з побудованого, на підставі кореляційної матриці, кореляційного графа слабких зв'язків (за шкалою Чедока), задавши порогове значення, були відсіяні усі ребра, коефіцієнт кореляції яких склав по модулю менше ніж поріг ($r = 0,3$) [3; 4].

Аналіз отриманих кореляційних плеяд дозволив виявити два найважливіших показника, які допомагають в їх інтерпретації: ядро плеяди (вершина з найбільшою кількістю ребер) і тіснота зв'язку [4]. Так, ядром плеяди першої групи є показник задоволеності якістю життя. Тіснота зв'язків ядра з показниками психологічного стану людини, які увійшли в плеяду, склала 3,033. Аналіз отриманих даних другої групи показав, що ядром плеяди можуть бути два показника з найбільшою кількістю зв'язків (загальна інтернальність і психосоціальний стресовий показник). Порівнявши тісноту зв'язків цих показників з іншими, ми виявили, що ядром цієї плеяди є показник загальної інтернальності. Тіснота зв'язків ядра плеяди з іншими показниками психічного стану склала 6,002 [3].

Таким чином, провівши аналіз кореляційних плеяд представлених груп, були виявлені основні ознаки, які впливають на виникнення емоційних порушень, що дозволяє своєчасно провести корекцію емоційного стану людини й попередити виникнення захворювань емоційної сфери. Дане дослідження може бути корисно для психіатрів і психотерапевтів, які працюють в неврологічних і психіатричних відділеннях, а також психологам.

Список використаних джерел:

1. Пуршев В.Ю. Цереброваскулярная патология с позиций психосоматической медицины. *Медицинский альманах*. 2009. № 4. С. 182–185.
2. Vysotskaya E.V., Risovanaya L.M., Alekseenko R.V. Using the method for detection correlation pleyades association between indicators of cerebrovascular disease. *Системи обробки інформації*. 2017. Вип. 1. С. 131–134.
3. Рисована Л.М. Інформаційна технологія визначення стану когнітивної та емоційної сфер у людей з дисциркуляторною енцефалопатією: дис. ... к.т.н.: спец. 05.13.09 «Медична та біологічна інформатика і кібернетика». Київ, 2018. 190 с.
4. Веремчук Л.В., Вязова А.В. Метод корреляционных плеяд в определении структуры зависимости заболеваемости выделительной системы с факторами окружающей среды. *Вестник новых медицинских технологий*. 2005. Т. XII, № 3–4. С. 39–41.

МЕТОД КАПЛАН-МАЄРА ЯК ІНСТРУМЕНТ ВИБОРУ ОПТИМАЛЬНОГО СПОСОБУ ЛІКУВАННЯ РАНЬОГО РАКУ ГОРТАНІ

Слінецький Р.Р, Гутор Т.Г., Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів

Рак гортані (далі – РГ) займає 3,3 % у структурі захворюваності на злоякісні новоутворення серед населення України та входить у топ–10 основних нозологічних форм у онкології [1]. Відповідно до даних канцер реєстру в Україні щороку реєструється біля 2000 нових випадків РГ, з яких лише третина підпа-

дає під категорію раннього раку (T1–T2). Актуальність даної роботи викликана тим, що найбільша захворюваність на РГ в Україні реєструється у Львівській області (4,7 випадки на 100 тис. населення), що перевищує середній показник по Україні (3,4) на 38 %. Водночас показники смертності у Львівській області (1,7 випадки на 100 тис. населення) є нижчими, ніж по Україні (1,8) на 5 %. Згідно принципів доказової медицини та відповідно до міжнародних рекомендацій NCCN v.1.2019 ранній РГ найкраще лікувати променевою терапією або органозберігаючою операцією, водночас статистично не аргументовано переваг кожного з методів та з іншими методами, що рідше застосовуються [2–6].

У дослідження включено 841 випадок раннього РГ (стадійовані як T1–2N0M0 відповідно до TNM–8, 2018) з 2003 по 2018 рр., який був внесений у національний канцер реєстр Львівської області [7]. Час спостереження за пацієнтами склав з 01 січня 2003 р. по 31 грудня 2018 р. Протягом дослідження відбуло 22 пацієнти у зв'язку із зміненням діагнозом, 9 вибули та 3 зняті з обліку у канцер реєстрі з різних причин. Оскільки оцінка результатів лікування відбувається на основі виживаності пацієнтів, а інтервали часу закінчуються коли настає подія (смерть чи вибуття із спостереження), та є різними – то оптимальним є застосування непараметричного методу Каплан-Маєра.

Середній вік 807 аналізованих пацієнтів склав $61,6 \pm 0,3$ роки, з яких переважну більшість склали чоловіки 771 (95,5 %; 95 % ДІ 94,0–97,0). У 64 випадках пацієнти відмовилися від будь-якого лікування, що у майбутньому призвело до ургентного накладення трахеостоми у 26,5 % (95,0 % ДІ 15,5–37,5) випадків. 41 % (95% ДІ 28,8–53,2) таких пацієнтів помер до 1 року, а загальна виживаність (ЗВ) у даній групі склала $15,2 \pm 6,2$ місяці. У 261 пацієнта проведено органозберігаючу операцію, яка дозволила зберегти мовну функцію. Загальна виживаність у даній групі було найкращою та становила $40,2 \pm 2,5$ місяці. Іншим найбільш частим методом лікування була променева терапія ($n = 208$), яка проводилася у дозі 2 Гр на фракцію, з понеділка до п'ятниці, до сумарної вогнищевої дози 40–80 Гр (мода 60 Гр). ЗВ у даній групі склала $37,0 \pm 2,4$ місяці. У 28 випадках після проведення першого етапу променевої терапії на контрольній ларингоскопії виявлено прогресування пухлини і лікування закінчено хірургічним методом. ЗВ у цій групі склала $35,0 \pm 6,3$ місяці, що ймовірно вказує на більш агресивний перебіг захворювання. 53 пацієнтам проведено ларинектомію у зв'язку із наявністю факторів ризику. Виживаність у цій групі становила $35,5 \pm 5,1$ місяці. У 19 випадках проведено хіміопроменеве лікування (ЗВ $35,8 \pm 8,1$ місяці). У 103 випадках після хірургічного лікування у ад'ювантному режимі проведена променева терапія у зв'язку із факторами ризику (ЗВ $28,9 \pm 3,7$ місяці). У 71 пацієнта не вдалося достовірно встановити проведений метод хірургічного лікування, тому що у 100 % випадків проводилося не у спеціалізованій лікувально-профілактичній установі. Оскільки показники ЗВ знаходилися приблизно на одному рівні для оцінки результатів лікування використано метод Каплан-Маєра. Відповідно до результатів аналізу слід вважати ор-

гано зберігаючи операції (відкриті й ендоскопічні) найкращим доступним методом лікування раннього раку гортані у Львівській області.

Отож, застосування непараметричного методу Каплан-Маєра та принципів доказової медицини дозволило встановити найбільш оптимальні методи лікування раннього раку гортані з позиції віддалених онкологічних результатів.

Список використаних джерел:

1. Рак в Україні, 2016–2017: захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. *Бюлетень національного канцер-реєстру України*. Київ, 2018. № 19. С. 38–39.
2. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Head and Neck Cancers, 2019. March 6, 225 p.
3. International Agency for Research on Cancer. List of Classifications by cancer sites with sufficient or limited evidence in humans / WHO. 2014. Vol. 1 to 105. URL: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/index.php>. (дата звернення: 28.03.2019).
4. Cooper J.S., Zhang Q., Pajak T.F. et al. Long-term follow-up of the RTOG 9501/intergroup phase III trial: postoperative concurrent radiation therapy and chemotherapy in high-risk squamous cell carcinoma of the head and neck. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2012. Vol. 84. P. 1198–1205.
5. Barnes L., Tse L.L.Y., Hunt J.L. et al. Tumours of the hypopharynx, larynx and trachea: introduction. *WHO Classification of Tumours: Head and Neck Tumours*. Oxford: Oxford University Press, 2005. P. 107–162.
6. Hillel A.T., Johns III M.M., Hapner E.R. et al. Voice outcomes from subglottic cordectomy for early glottic cancer. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2013. Vol. 122, № 3. P. 190–196.
7. Amin M.B., Gress D.M., Vega L.R.M. et al. AJCC Cancer Staging Manual, 8th ed., Springer, 2018. 1032 p.

ПРОБЛЕМИ ВПРОВАДЖЕННЯ СТАНДАРТИЗАЦІЇ В СФЕРУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Усенко С.Г., ХНМУ, Харків

Усенко С.А., Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків

Доказова медицина зародилася наприкінці 1980-х рр. як концепція нового клінічного мислення, і її можна визначити як новітню технологію збору, аналізу, синтезу та застосування наукової медичної інформації, яка дозволяє приймати оптимальні клінічні рішення з погляду допомоги хворому і економічної ефективності. «Золотим стандартом» доказової медицини є рандомізовані контрольовані дослідження: коли пацієнтів розподіляють на групи випадковим шляхом з використанням засобів рандомізації. У практичному плані доказова

медицина ставить завдання підвищення якості надання медичної допомоги з огляду на ефективність, безпечність, вартість та оптимізацію діяльності національної системи охорони здоров'я [1]. Головним завданням доказової медицини є визначення міри придатності даних клінічних досліджень для лікування конкретного хворого. Прийняття рішення лікарем ґрунтується на його знаннях і досвіді та індивідуальних особливостях й особистих уподобаннях пацієнта. Під прийняттям рішення розуміють вибір найбільш ефективного способу діяльності при дефіциті часу та інформації [2].

Процес стандартизації в системі охорони здоров'я України розпочався більш як 30 років тому з упровадження принципів господарчого механізму. Першою розробкою стали «Тимчасові галузеві уніфіковані стандарти медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України» та «Тимчасові стандарти обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв якості лікування дітей», затверджені наказом МОЗ України від 27.07.1998 р. № 226. Ці стандарти фактично були переліками діагностичних і лікувальних процедур із зазначенням термінів лікування та очікуваних результатів. Надалі вийшов наказ МОЗ України «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги» (від 28.12.2002 р. № 507). В 2006 р. цими наказами було затверджено цілу низку протоколів надання медичної допомоги. Сьогодні в Україні існує значна кількість стандартів (у вигляді переліків медичних послуг) і протоколів лікування (у вигляді детальних настанов з лікувально-діагностичної тактики), проте якість цих розробок не відповідає міжнародному рівню, а запровадження їх у клінічну практику – обмежується пілотними проектами. Тому основою надання якісної медичної допомоги мають стати принципи доказової медицини та клінічної епідеміології [3]. Наприкінці 2012 р. в Україні офіційно започатковано процес стандартизації медичної допомоги, в основу якого покладено створення медико-технологічних документів (МТД), що базуються на засадах доказової медицини з урахуванням найкращих світових практик. Виконання вимог МТД є обов'язковим для всіх практикуючих лікарів незалежно від закладу, в якому вони працюють, а також фізичних осіб-підприємців.

Список використаних джерел:

1. Міністерство охорони здоров'я України: URL: <http://www.moz.gov.ua/> (дата звернення: 21.03.2019).
2. Медична справа. URL: <https://www.medsprava.com.ua/article/572-dokazova-meditsina-na-praktitsi> (дата звернення: 21.03.2019).
3. Новини медичної фармації. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/565> (дата звернення: 21.03.2019).

ПРИНЦИПИ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ ТА ЇХ ВПРОВАДЖЕННЯ У КЛІНІЧНУ ПРАКТИКУ

Черненко І.І., Свентозельська Т.В., ХНМУ, Харків

Доказова медицина (ДМ) – підхід до медичної практики, що базується на використанні кращих клінічних результатів рандомізованих контрольованих досліджень для підбору лікування конкретного пацієнта. Нині ДМ є найавторитетнішою базою, яка дозволяє досягти максимально ефективного лікування та звести до мінімуму поліпрагмацію та усі її негативні наслідки, за допомогою використання у медичній практиці міжнародних клінічних протоколів. Доказова медицина має ряд своїх принципів, завдяки яким і завоювала свій авторитет серед більшості країн світу. ДМ базується на науково-медичній інформації найвищого рівня доказовості. Відбувається постійне оновлення інформації про нові досягнення у медичній науці та практиці, з якими ретельно ознайомлюють усіх працівників медичної сфери. Для цього існує достатня кількість друкованих видань, які також є й в Україні та електронні бази даних, доступ до яких можна отримати за допомогою мережі Інтернет. Обов'язковим принципом є максимальне використання усіх відомих та необхідних, у конкретних випадках методів дослідження, задля доцільної діагностики та призначення раціональної терапії за спеціальною індивідуальною програмою, яка враховуватиме швидке, ефективне та економічно виправдане лікування. Також, принципові пункти: постійне підвищення рівня безпеки та міжнародна стандартизація медичних втручань, оптимізація вартості лікування. Важливим фактом є покращання роботи систем охорони здоров'я, а саме підготовка конкурентоспроможних кадрів, організація проєктів, заходів, програм національного значення та інше. Ще одним принципом ДМ є колективна відповідальність за ефективність діагностичних і лікувальних технологій, де пацієнт повинен володіти такою ж інформацією про свій стан як і лікар, знати про рівень ризику для свого життя, про усі можливі ускладнення та що саме їх може спровокувати – це сприяє більш ретельному й відповідальному ставленню пацієнта до рекомендацій лікаря та свого стану. Щодо проблем введення ДМ у клінічну практику в Україні, то постає проблема боротьби емпіричних і доказових знань фахівців. Іноді лікарям з досить великим стажем важко відмовитись від методів і способів лікування, які вони використовували роками. Також, наявність на пострадянському просторі великої кількості препаратів з недоведеною ефективністю та гомеопатичних препаратів, а ще гірше призначення даних препаратів лікарями, навіть не знаючи про їхню неефективність, уповільнює розвиток доказової медицини. Ще однією із проблем є занадто мала кількість україномовних видань з доказової медицини; щодо Інтернет ресурсів, то усі найавторитетніші ведуться англійською мовою, а звідси виходить проблема незнання досить великої кількості медичних працівників міжнародної мови, а україномовний переклад нових статей ДМ виконується зі затримкою.

Введення практики доказової медицини має велику кількість переваг для пацієнта, чітке розуміння власного стану, що змусить дотримуватись рекомендацій лікаря, економічно виправдане лікування та унеможливлення неефективного лікування. Для медичних працівників, це нова платформа знань, покращання точності діагностики, можливість створювати належну конкуренцію закордонним лікарям та узгоджено надавати медичну допомогу на усіх рівнях. І відповідно, для держави – це зниження захворюваності, смертності, поліпшення рівня життя й позитивне сприйняття суспільством системи охорони здоров'я, та самої держави, яка це гарантує. Відтак, принципи ДМ є гарантом ефективного та науково-обґрунтованого лікування, покращення діяльності усіх медичних структур, розвитку медичної науки та гарантом здоров'я нації.

Список використаних джерел:

1. Основи доказової медицини / за ред. М.П. Скакун. Тернопіль: Укрмедкнига, 2005.
2. Петров В.И., Недогода С.В. Медицина, основанная на доказательствах: учебное пособие. Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2009.
3. Александров М.А. Использование доказательной медицины при разработке протоколов ведения больных и медицинских стандартов. *Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи*. 2011.
4. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <http://moz.gov.ua/article> (дата звернення: 23.03.2019).

THE DYNAMICS OF THE INCIDENCE OF HIV-INFECTION IN UKRAINE FOR THE PERIOD OF 2016–2018

Orel O., Pasichnyk A., KhNMU, Kharkiv

In the modern world, the incidence and spread of HIV-infection is acutely social in nature. At present, more than 160000 HIV-positive people have been diagnosed in Europe. Ukraine takes one of the leading places in the number of such people. HIV-infection is a human immunodeficiency virus in which name already has a pathogenesis, namely: a defeat of the immune system, which main target cells are T-helper cells, monocytes, macrophages, cells that have CD4 receptors on their surface. HIV-infection has several transmission routes, among which the most common are hematogenous, sexual (homosexual/heterosexual), vertical. In 2016, the following data were recorded: the hematogenous route – 22 %, heterosexual – 59 %; homosexual – 3 %; vertical – 16 %. In 2017, due to the data of Ministry of Public Health of Ukraine, it was revealed: the hematogenous route – 22 %; heterosexual – 61 %; homosexual – 3 %; vertical – 14 %. On the basis of the given data, the leading way of transmission is heterosexual, in which positive dynamics can be traced in 2 %. The

vertical path, in turn, showed negative dynamics in the form of 2 %, homosexual and hematogenous remained on the same level. According to the data of Center for Public Health of the Ministry of Public Health of Ukraine for 2016, there were 17064 new cases of HIV-infection registered during the period January-December. The most affected regions are Dnipropetrovsk, Kyiv, Vinnitsa, Kherson, Odesa. The least affected are Chernivtsi and Luhansk regions. Dnipropetrovsk region: absolute number (abs. number) 347, per 100 thousand of population – 10,7; Odesa region: abs. number – 186, per 100 thousand of population 7,8; Vinnitsa region: abs. number 110, per 100 thousand of population – 6,9; Kherson region: abs. number – 77, per 100 thousand of population 7,3; Kyiv region – 103, per 100 thousand of population 5,9; Chernivtsi region: abs. number 5, per 100 thousand of population – 0,5; Luhansk: abs. number – 20, per 100 thousand of population 0,9.

In 2017, during the period from January to December, new cases of HIV-infection were registered in 18193. The most affected regions were Dnipropetrovsk, Odesa, Mykolayiv, Kherson, Kyiv, Kirovohrad, Chernihiv. The least affected regions were Ivano-Frankivsk, Transcarpathian. Dnipropetrovsk region: absolute number (abs. number) 322, per 100 thousand of population – 9,9; Odessa region: abs. number – 474, per 100 thousand of population 19,9; Mykolayiv region: abs. number 83, per 100 thousand of population – 7,2; Kherson region: abs. number – 85, for 100 thousand of population 8,1; Kyiv region-93, per 100 thousand of population 5,4; Kirovohrad region – 54, per 100 thousand of population 5,6; Chernihiv region – 82, per 100 thousand of population 8,0; Transcarpathian region: abs. number 10, per 100 thousand of population – 0,8; Ivano-Frankivsk region: abs. number – 9, per 100 thousand of population 0,7.

In 2018, during the period from January to December, the figure for HIV-infected people was 18,099. The most affected regions were Dnipropetrovsk, Odesa, Mykolaiv, Chernihiv, and Kyiv. The least affected regions are Zakarpattia, Luhansk. Dnipropetrovsk region: absolute number (abs. number) 320, per 100 thousand of population – 9,9; Odesa region: abs. number – 276, for 100 thousand of population 11,6; Mykolyiv region: abs. number 82, per 100 thousand of population – 7,2; Chernihiv oblast: abs. number – 58, 100 thousand of population 5,7; Kyiv region – 94, per 100 thousand of population 5,4; Transcarpathian: abs. number 6, per 100 thousand of population – 0,5; Luhansk: abs. number – 9, per 100 thousand of population 0,4.

From the above data it can be concluded that the most common way of transmission is heterosexual; the dynamics of morbidity for 2016–2017 years is positive; as far as for 2016–2018 is a bit negative. The most affected regions are Dnipropetrovsk, Odesa, and Kyiv regions. Negative dynamics, in spite of the fact of its insignificance, means the advance in the diagnosis and therapy of this disease.

References:

1. Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine. URL: https://phc.org.ua/pages/diseases/hiv_aids/statistics/hiv-aids-treatment. (дата звернення: 29.03.2019).
2. Operational Information On Officially Registered HIV / AIDS, AIDS and Number of AIDS-related deaths for December 2016.

3. Operational Information On Officially Registered HIV / AIDS, AIDS and Number of AIDS-related deaths for December 2017.

4. Operational Information On Officially Registered HIV / AIDS, AIDS and Number of AIDS-related deaths for December 2018.

STATISTICS IS IN PRACTICE OF DOCTOR

Orel O., Yaremenko A., KhNMU, Kharkiv

The activities of doctors of various specialties are invariably linked to the accounting, development and analysis of statistical materials. The ability to generalize, analyze the information received in everyday medical practice allows to approach the decision of clinical and organizational problems at a qualitative level. In addition, a doctor often has to conduct scientific statistical research himself, so studying the statistical method in the preparation of doctors is very important in the system of higher medical education. Statistical methods in medicine began to be used from the 30s of the XX century, and today they are leading in medicine. Statistical methods give an opportunity to quantify the health indicators of the population; enable the analysis of the activity of health care institutions; show the influence of certain factors on the health of the population, determine the effectiveness of the treatment, health measures; allow to assess the dynamics of health indicators and forecasting; necessary for the development of norms and standards for health care. Today in the world there is a transition from the «impressionistic» medicine, which is based on the impression of medicine, to medicine, based on evidence of «evidence-based medicine». The main principle of evidence-based medicine is that each clinical decision must be based on scientific facts that are statistically proved on a large representative group of patients; no new medical technology (new method of treatment, diagnosis, prevention) cannot be recognized without mandatory testing in conditions of randomized controlled trials. Thus, the basic methods of evidence-based medicine include a statistical analysis, the results of which researchers rely on in their conclusions.

Statistical data processing is required for medical science and practice. Insufficient «statistical literacy» of a modern physician is detrimental to his professional activities. Each physician should provide a comprehensive assessment of their activities. Only the appropriate level of knowledge will be the basis for reassessing the significance and recognizing the need for a doctor's statistics.

References:

1. Statistical Aspects Of Evidence Medical The National Medical Academy of Postgraduate Education named after PL Shupika Ministry of Health of Ukraine, Kyiv
2. Wolf H.R. The history of the development of clinical thinking. *Measure \$ dunar. Journ honey. Practice.* 2005. № 1. P. 12–20.

EXOGENOUS FACTORS OF OVERWEIGHT AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS

Pomogaybo K., Nartey L., KhNMU, Kharkiv, Ukraine

Currently, one of the urgent problems of schoolchildren health is overweight. In our country, this pathology among children has not yet reached such extent as in the United States and the countries of Western Europe, but alarming trends are already being traced. We conducted a survey of the main and control groups, which included 413 children with overweight and obesity and 396 children with normal weight, respectively. The questionnaire we developed included questions regarding the lifestyle of schoolchildren. According to the results of a survey of children, it was found that $55,2 \pm 2,5$ % of children in the main group versus $29,3 \pm 2,3$ % in the control group, almost every day, the diet was dominated by products with excessive fats and easily digestible carbohydrates ($\eta - 7$ %; $p < 0,001$; OR = 3,0; CI = 2,2–4,0). Revealed, that $58,4 \pm 2,4$ % of the children in the main group took food less than 3 times a day and often missed breakfast or ate before bedtime. In the control group, the peculiarities of the diet were noted only in $32,3 \pm 2,3$ % of children ($\eta - 7$ %; $p < 0,001$; OR = 2,9; CI = 2,2–3,9). It was found that in $51,3 \pm 2,5$ % of obese and overweight children compared with $28,5 \pm 2,3$ % of normal weight children, physical activity on weekends and weekdays was reduced, or they did not attend sports sections, physical education at school ($\eta - 5$ %; $p < 0,001$; OR = 2,6; CI = 2,0 – 3,5).

The reasons for the development of excess body weight in this group were: irrational nutrition, excessive consumption of products with high calorie content, as well as low physical activity during the day. Thus, school meals should be balanced, it is necessary to reduce the caloric content of food consumed by eliminating foods rich in carbohydrates: sweets, pastries, chips, soft drinks, as well as fried and fatty foods. Need to add more vegetables and fruits to your diet. Important elements are diet compliance, the exclusion of all kinds of snacks, as well as the correct distribution of calories between the main meals. For this purpose, it is recommended to keep a food diary and check weighing. It is necessary to increase physical activity, both on weekdays and on weekends, for this it is also recommended to make an individual schedule of physical activity.

PUBLIC HEALTH IS A GUARANTEE OF THE WELL-BEING OF THE NATION

Yaremenko A., Pasichnyk A., KhNMU, Kharkiv

To date, there is a large number of different terms of the definition of the concept of «health». Human health is determined by a complex of many factors, primarily biological and social. There is the most widespread, clear and complete definition of the concept of health. Health is the state of complete physical, spiritual and social well-being, and not just the absence of illness and physical disabilities.

The health of people is one of the issues of vital importance to both every person and the whole state. For a proper understanding of the relationship between health indicators and the interaction of environmental factors, three interrelated levels of health are identified. The public level characterizes the general state of health of the population and reveals a system of material and spiritual relations that exist in society. The next level is a group health that is conditioned by the specifics of the life of people of the given labor or family collective. The third is the individual level of health, which is formed both in the conditions of the whole society and group, and on the basis of the physiological and psychological characteristics of the individual and the way of life that each person conducts. Public health is one of the main levels characterized by demographic indicators: fertility, mortality, morbidity, average life expectancy, population growth, level of physical development, morbidity with disability, number of chronic diseases and the number of people with disabilities.

Individual health – is considered as a vital activity of a specific person and includes such components of health as the physical, psychological and social status of a person. Let's consider another kind of health as a biological. This is an initial health that involves the harmony of physiological processes as a consequence of the adaptation of each person. There is also such health as social, this health is a measure of social activity and human activity in society. Also, psychological health is important, it is not only the state of the organism, but also how comfortable a person feels in the seven and in society.

Health depends on the adaptation of the organism to the factors of the environment. Adaptation of the organism consists of some levels, such as genetic level, phenotypic level, changes in metabolism, preservation of the constancy of the internal environment of the organism; immunity; adaptive unconditioned and conditioned-reflex responses (adaptive behavior). Human health cannot be considered as something independent, autonomous. It is the result of the influence of social, natural and anthropogenic factors. In fact, there is a lack of awareness of the public's awareness of the value of their own health, as well as a low level of awareness of a healthy lifestyle. It is impossible to preserve human capital without maintaining a healthy state of health. Health in general largely depends on the way people live. The public consciousness should be focused not on the fight against diseases, but on the mainte-

nance of health. From an economic point of view, such an approach is quite appropriate and has no alternative – prevention is much cheaper than treatment and rehabilitation. Particular importance is given to improving education and training of children and young people; Strengthening the impact of information and education programs on the introduction of healthy lifestyles and the fight against harmful habits in society. Consequently, in today's conditions in Ukraine, priority should be given to the introduction of a healthy lifestyle in a society.

References:

1. Public health consultants and specialists. URL: <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/public-health/public-health-consultants-and-specialists>. (дата звернення: 29.03.2019).

2. Miner K.R., Childers W.K., Alperin M. [et al.] The MACH Model: from competencies to instruction and performance of the public health workforce. *Public Health Rep.* 2005. Vol. 120. Suppl. 1. P. 9–15.

3. Varela C., Coulombier D. Defining core competencies for epidemiologists working in communicable disease surveillance and response in the public health administrations of the European Union. *Euro Surveill.* 2007. Vol. 12. E070802.2. URL: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=3245>. (дата звернення: 29.03.2019).

Секція 4 МЕДИЧНА ОСВІТА, НАУКА ТА ПРАКТИКА

ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ВИЩІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ

Огнєв В.А., Чухно І.А., Астапова Я.В., ХНМУ, Харків

Інноваційні технології у сучасному освітньому процесі дозволяють створити умови для оволодіння студентами професійними знаннями, оптимізувати процес навчання, вплинути на соціалізацію майбутніх фахівців, сприяти формуванню особистісних якостей. Активне впровадження інноваційних форм і методів навчання є провідним у «Національній доктрині розвитку освіти України у XXI столітті», законах України «Про освіту», «Про вищу освіту» інших нормативних документах. У наукових дослідженнях проблема впровадження інноваційних процесів в освіті привертає до себе відповідну увагу й вирішується відомими вченими (І. Бех, І. Зязюн, В. Капустник, В. Кремень, В. Лісовий, В. Марковський, О. Пометун, Дж. Равен ін.). Здійснення інноваційної діяльності залежно від фахово-функціональної спрямованості потребують більш глибокого вдосконалення та наукового супроводу.

На кафедрі громадського здоров'я та управління охороною здоров'я ХНМУ актуальність проблеми навчання майбутніх лікарів з використанням інноваційних технологій підтверджується суперечностями в реальній освітній практиці між зорієнтованістю вищої освіти на інноваційну діяльність і домінуванням традиційних підходів щодо організації навчання студентів; збільшенням обсягів наукової інформації й прагненнями студентів керуватися індивідуальною програмою навчання та недостатньою варіативністю форм, методів, прийомів і засобів організації освітнього процесу; потребою суспільства в наявності всебічно розвинених кваліфікованих фахівців. Нині на кафедрі використовуються такі інноваційні освітні технології: проектне, проблемне, модульне навчання; інтерактивні технології (case-study; ділові ігри); імітаційне моделювання; «критичне мислення» і «мозковий штурм»; дискусії («круглий стіл», тренінг); міждисциплінарне навчання; здоров'язбережувальні технології; інформаційно-комунікаційні та технології електронного тестування [2]. Проектне навчання забезпечує актуалізацію проектувально-прогностичних, організаційно-діяльнісних і рефлексивно-аналітичних умінь; сприяє розвитку нестандартного продуктивного мислення, творчого потенціалу, дослідницьких умінь; формуванню комунікативних і організаторських здібностей, навичок колективної взаємодії [4], оскільки передбачає групову роботу над проектами.

При вивченні навчальної дисципліни «Менеджмент в охороні здоров'я» серед тем самостійної роботи студенти, вдосконалюючи проектно-прогностич-

ні, організаційно-діяльнісні та рефлексивно-аналітичні компетентності, опрацьовують тему «Роль керівника в діяльності організацій» застосовуючи методи проектного навчання. Поглиблене вивчення цієї теми у ході групової роботи над проектами дозволяє студентам ґрунтовно проаналізувати компоненти (складові) структури професійної майстерності керівника в діяльності організацій; скласти більш повне уявлення про професійну спрямованість, професійну компетентність, професійно значущі якості та здібності; осмислити особистісно-професійне призначення. Робота над проектом здійснюється у малих групах, між членами якої самостійно розподіляються обов'язки та визначаються характер і ступінь участі у розробці та реалізації проекту (пошук інформації, її аналіз і систематизація; творче перетворення й інтерпретація опрацьованої інформації; естетичне оформлення проекту; презентація і захист тощо).

Основними вимогами до проекту є: 1) обґрунтування актуальності теми; 2) творчий підхід і оригінальність ідей; 3) структурованість і змістовність (глибина і повнота розкриття теми, означеної проблеми); 4) теоретична і практична значущість одержаних результатів пошуково-дослідницької роботи; 5) самостійність у вирішенні визначених завдань проекту; 6) культура оформлення проекту. У процесі моніторингу проектної діяльності студентам надається консультативна регламентована допомога щодо суперечливих аспектів проекту. Етап презентації і захисту проекту інтегрується з рефлексією, що передбачає груповий аналіз і оцінювання результатів проектної діяльності в процесі дискусії й активного обговорення за участі всіх студентів і викладача. Оцінювання результатів проекту здійснюється групою експертів (по одному студенту з кожної групи) на чолі з викладачем за критеріями відповідно до визначених вимог до проекту. Такий підхід дозволяє актуалізувати рефлексію, оскільки «експерти» є учасниками і реалізаторами групового проекту і відповідно, знаходяться в умовах, що вимагають елімінації суб'єктивізму під час оцінювання. Експертне оцінювання підсумовується з оцінюванням (викладачем) захисту проекту, серед основних критеріїв якого: якість доповіді, ерудованість доповідачів, здатність до критичного мислення, аргументоване відстоювання власної позиції, здатність до пошуку альтернатив і досягнення консенсусу в умовах конфронтації у випадку полярності точок зору тощо. У наведеному прикладі проектної діяльності майбутніх лікарів розглянуто особливості реалізації творчого проекту пошуково-інформаційного характеру. Важливого значення в проектувальній діяльності має розробка наукових проектів, що передбачають науково-творчу діяльність, яка включає всі елементи дослідження й наукової творчості відповідно до змісту професійної підготовки майбутніх лікарів. Отже, реалізація наукових проектів дозволяє не лише активізувати навчально-пізнавальну діяльність студентів і поглибити знання з дисципліни «Менеджмент в охороні здоров'я», а й інтегрувати науково-дослідну діяльність у структуру майбутньої професійної діяльності.

Список використаних джерел:

1. Гулакова М.В., Харченко Г.И. Интерактивные методы обучения в вузе как педагогическая инновация. *Концепт*. 2013. № 11. С. 77–81.
2. Лісовий В.М., Капустник В.А., Марковський В.Д. Особливості комунікативного стилю викладачів дисциплін різних навчальних блоків у контексті студентоцентрованого підходу. *Медична освіта*. 2016. № 2. С. 85–89.
3. Лісовий В.М., Капустник В.А., Коробчанський В.О. Медицина праці та її значення у базовій професійній підготовці лікарів в аспекті Болонської системи. *Експериментальна і клінічна медицина*. 2009. № 1. С. 157–165.
4. Полат Є.С. Метод проектів. URL: <http://docs.google.com/document/d/13xOCJ50yaEkIzYq2kuRf3nbzVDewud6fcIkMzFqyrq4/edit?pli=1> (дата звернення: 27.02.2019)

КОМПЕТЕНТІСНИЙ АСПЕКТ У ВИКЛАДАННІ СТАТИСТИЧНИХ МЕТОДІВ В МЕДИЦИНІ НА КАФЕДРІ МЕДИЧНОЇ ТА БІОЛОГІЧНОЇ ФІЗИКИ І МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАТИКИ ХНМУ

Кнігавко В.Г., Зайцева О.В., Бондаренко М.А., Рукін О.С., ХНМУ, Харків

Сучасне впровадження інформаційних технологій у практику охорони здоров'я обумовлює інтерес лікарів не лише до простого статистичного оброблення даних, а й до математичних підходів у проблемах оптимізації, діагностики захворювань, прогнозування наслідків лікування патологічного процесу, вибору методу лікування. На першому році навчання в ХНМУ при вивченні навчальної дисципліни «Медична та біологічна фізика» студенти опановують ті розділи прикладної математики, що використовуються в клінічній медицині: це апарат теорії ймовірностей і математичної статистики; параметричні та непараметричні критерії розбіжності, які застосовують при виборі вірогідних ознак, що описують ту або іншу патологію; методи оцінювання ступеня взаємозв'язку різних клінічних показників досліджуваних параметрів із застосуванням кореляційного та регресійного аналізу. На лекціях і практичних заняттях ці питання розглядаються на конкретних медичних прикладах.

На другому курсі на кафедрі медичної та біологічної фізики і медичної інформатики ХНМУ студентам викладається дисципліна «Медична інформатика», що є логічним продовженням і поглибленням вищезазначеного матеріалу. Основною метою при цьому є навчання майбутніх лікарів грамотно використовувати стандартне та спеціальне програмне забезпечення для вирішення конкретних задач у своїй професійній діяльності.

Студентам надається можливість використання комп'ютерної техніки для оброблення медичної інформації, тобто безпосереднє опрацювання медико-біологічних даних за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій. Це

забезпечує розвиток інформативної компетентності у майбутніх лікарів – інформованість плюс уміння вирішувати різні проблеми [1; 2]. Особлива увага приділяється використанню інформаційних ресурсів мережі Інтернет для вирішення професійних питань лікаря. На заняттях розглядається технічне, програмне та організаційно-методичне забезпечення інформаційних технологій, що використовуються в медичній практиці. З одного боку, закріплюються знання та вміння, які були отримані на першому курсі, а з іншого боку, розглядаються найбільш важливі в роботі майбутніх лікарів технічні та програмні засоби. Так, на занятті «Створення і ведення медичної документації» у студентів формується професійна компетенція використання текстового процесора для створення електронних бланків медичної документації, довідкових гіпертекстових систем, закріплюються навички щодо форматування текстових документів, використання таблиць і графічних об'єктів. На заняттях «Проектування та розробка СУБД клінічної лабораторії» студенти отримують навички управління комп'ютерними даними, проектування СУБД для потреб клінічної лабораторії, структуризації та управління змістом електронних медичних карт; формується вміння використовувати засоби СУБД для вибору та аналізу даних з медичних баз даних.

Формування навичок статистичної обробки медико-біологічних даних здійснюється на заняттях «Методи біостатистики. Статистичний аналіз даних». Студенти набувають вмінь оцінювати числові характеристик вибірок, що мають різні закони розподілу, а також професійну компетентність в плані перевірки статистичних гіпотез і статистичного обґрунтування отриманих висновків.

Крім того, студенти опановують методи апарату формальної логіки в побудові діагностичних алгоритмів. Велика увага приділяється питанню використання експертних систем для підтримки прийняття лікарських рішень за допомогою методів прогнозування. При цьому студенти набувають навичок використання методів апроксимації на базі електронних таблиць.

На заняттях з медичної інформатики студенти також розглядають основні методи математичного моделювання та практикуються, наприклад, в розробці математичної моделі епідемії грипу (розрахунок кількості захворілих по днях, кількості непрацездатного населення, кількості звернень до лікарів і необхідної кількості лікарів; побудова відповідних графіків) і т.ін. Студенти опановують також прийоми роботи з додатками для створення мультимедійних презентацій на прикладі використання програми Libre Office Impress.

Список використаних джерел:

1. Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи / за заг. ред. О.В. Овчарук. Київ: К.І.С., 2004. 112 с.
2. Луговий В.І. Європейська концепція компетентнісного підходу у вищій школі та проблеми її реалізації в Україні. *Педагогіка і психологія*. 2009. № 2. С. 13–26.

**АКТУАЛЬНІСТЬ ВИВЧЕННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ АСПЕКТІВ
ІГРОМАНІЇ В НАВЧАЛЬНІЙ ДИСЦИПЛІНІ
«СОЦІАЛЬНА ТА ДЕМОГРАФІЧНА СТАТИСТИКА»
ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «СОЦІАЛЬНА РОБОТА»**

Григоров М.М., Григорова І.А., ХНМУ, Харків

Метою викладення навчальної дисципліни «Соціальна медицина та демографічна статистика» є формування у студентів наукового медико-соціального мислення для використання його при вивченні та оцінці закономірностей громадського здоров'я та системи його охорони, кваліфікованого обґрунтування та розробки соціальних, медичних та економічних заходів щодо забезпечення оптимального рівня здоров'я населення та його активного довголіття. Одним із основних завдань вивчення цієї навчальної дисципліни є засвоєння принципів аналізу та оцінки результатів за окремими критеріями та у зв'язку з чинниками, що впливають на стан здоров'я населення. За класифікацією американського дослідника А. Робінса (A.I. Robbins, 1980) відомо, що найбільший вплив на здоров'я населення (51–52 %) чинить спосіб життя, а саме окремі його складові: незадовільні побутові умови, шкідливі умови праці, стреси, неправильне харчування, шкідливі звички (тютюнопаління) та хвороби залежності (алкоголізм, наркоманія, ігроманія) тощо. Одним з негативних наслідків деформації способу життя є адиктивна поведінка особи – схильність, згубна звичка, особливий тип форм деструктивної поведінки, який виражається в прагненні до відходу від реальності за допомогою спеціальної зміни свого психічного стану. Одним із видів адикцій є участь в азартних іграх, в т.ч. комп'ютерних.

Ситуація, що пов'язана з адиктивною поведінкою, є досить проблемною для багатьох країн світу, у т.ч. і України. Причина полягає у докорінній відмінності стереотипів мислення та світогляду послідовних генерацій, що виховувались у різних соціально-економічних умовах, а також через затяжну політичну, економічну та соціальну кризу (П.В. Волошин, 2002; С.І. Табачников, 2010; І.К. Сосін, 2010). Останніми роками загальна ситуація в Україні характеризується безперервно зростаючими вимогами та психологічним навантаженням на підлітків через дію різноманітних масових психогенних чинників (Н.О. Марута, 2003; І.В. Лінський, 2008; О.С. Чабан, 2009). Це своєю чергою, не змогло не торкнутись психічного здоров'я суспільства, не привести до збільшення у ньому поведінкових розладів, зокрема хвороб залежності (В.Л. Гавенко, 2001; А.І. Мінко, 2002; О.А. Ревенок, 2004). Нині залежними від ігор стають особи працездатного віку, що впливає на стан економіки в цілому та зайнятості населення зокрема (Б.В. Михайлов, 2000; В.С. Підкоритов, 2003).

Студенти, які навчаються за спеціальністю «Соціальна робота» в навчальній дисципліні «Соціальна та демографічна статистика», в своїй майбутній професійній діяльності будуть мати спілкування з різними особами, в т.ч. із особами з адиктивною поведінкою, тому вони повинні бути обізнані з методами, на сам перед, первинної профілактики адиктивних станів, яка здійснюється

шляхом соціально-гігієнічних заходів і психологічних тренінгів цільових груп (соціальне навчання «навичкам життя»). Тому вивчення студентами медико-соціальних аспектів ігроманії в навчальній дисципліні «Соціальна та демографічна статистика» за спеціальністю «Соціальна робота» нині є актуальною.

Перелік використаних джерел:

1. Громадське здоров'я: підручник / В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, Т.С. Грузева [та інші] / 3-тє вид. Вінниця: Нова Книга, 2013. С. 156–166.
2. Аймедов К.В. Ігроманія – паралельний світ: монографія / за ред. О.А. Ревенка. Київ: НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, 2012.

НЕОБХІДНІСТЬ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ З МЕНЕДЖМЕНТУ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

*Козирєва О.В., Зупанець І.А., Сумець О.М., Національний фармацевтичний
університет, Харків*

Клінічні дослідження є важливим етапом розробки сучасних лікарських засобів як для українських фармацевтичних виробників, так і для світових фармацевтичних компаній. Завдяки цим дослідженням на фармацевтичний ринок потрапляють лікарські засоби з доведеною ефективністю і вивченим профілем безпеки, а пацієнти отримують доступ до інноваційних методів лікування. З іншого боку, розвиток клінічних досліджень сприяє створенню нових робочих місць як у процесі проведення досліджень, так і при впровадженні лікарського засобу у виробництво та систему охорони здоров'я. Україна має високий потенціал щодо включення її до міжнародних проектів з проведення клінічних досліджень, що своєю чергою, в умовах складної економічної ситуації, забезпечить безоплатний доступ до інноваційних препаратів і передових медичних технологій для пацієнтів. Також закордонні інвестиції до сектору охорони здоров'я з боку фармацевтичних компаній дозволяють покращити торговий баланс країни в цілому (експорт послуг), збільшити обсяги фінансування в економіку та систему охорони здоров'я України.

До клінічних випробувань, як до різновиду експериментальних досліджень, висуваються жорсткі вимоги щодо дотримання етичних аспектів, управління, планування, організації, моніторингу, звітування та інших складових. Якісне забезпечення цих складових неможливе без висококваліфікованого персоналу, що пройшов відповідну підготовку. Підтримання та доказ належного рівня професіоналізму стають все більш актуальними для співробітників як місць проведення випробувань, так і фармацевтичних компаній і контрактних дослідницьких організацій. Проходження навчання під час різноманітних тренінгів, якість яких варіює в широких межах та не завжди відповідає сучасним освітнім вимогам та їх вартості, не може бути адекватно рівною спеціальної

освіті відповідного спрямування. Найбільш глибокі знання, в т.ч. щодо етичних аспектів клінічних досліджень, їх адміністрування, планування, організації, спостереження (нагляду, моніторингу), звітування тощо можливо отримати тільки при навчанні у вищому навчальному закладі, де можлива якісна, повноцінна і всебічна підготовка фахівця. Тільки профільний університет може забезпечити належний рівень навчально-методичної документації та контролю знань. Повноцінна освітня програма повинна давати можливість для професійного розвитку і вдосконалення фахівця будь-якого рівня, торкатись різних, в першу чергу, прикладних, питань. Ураховуючи реалії часу та міжнародні вимоги до сфери клінічних досліджень, за ініціативою кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації, кафедри менеджменту і адміністрування та при підтримці ректорату Національного фармацевтичного університету було запропоновано відкриття нової освітньо-професійної програми «Менеджмент клінічних досліджень» за другим (магістерським) рівнем в галузі знань 07 «Управління та адміністрування» спеціальності 073 «Менеджмент».

Для визначення потреби у підготовці фахівців у сфері менеджменту клінічних досліджень в Україні було проведено аналіз інформаційних довідок щодо проведення експертизи матеріалів клінічних випробувань лікарських засобів за даними роботи Департаменту експертизи матеріалів доклінічних і клінічних випробувань Державного експертного центру МОЗ України за останні п'ять років [1] та оцінено кількість місць проведення випробувань (МПВ) в Україні, залучених до виконання клінічних досліджень [2]. За результатами оцінювання виявлено, що нині на ринку клінічних досліджень України активно працює у середньому 7 великих контрактних дослідницьких організацій (КДО), які є заявниками 40–55 % багатоцентрових клінічних досліджень в Україні, а також 38 менших КДО, на долю яких припадає 45–50 % досліджень. До складу кожної з цих КДО входять щонайменше 5 осіб, які безпосередньо займаються плануванням, організацією, проведенням та моніторингом клінічних випробувань.

Таким чином, за результатами проведеного дослідження можна зробити висновок, що існує істотна потреба у підготовці фахівців у сфері менеджменту клінічних досліджень в Україні за новою освітньо-професійною програмою «Менеджмент клінічних досліджень» (освітньо-кваліфікаційний рівень «Магістр», спеціальність «Менеджмент», професійна кваліфікація «Менеджер з громадської охорони здоров'я»), а цільова аудиторія абітурієнтів, які можуть висловити бажання навчатися за цією програмою нині складає приблизно 500 осіб. Відкриття такої освітньої програми сприятиме розширенню можливостей лікувально-профілактичних закладів, фармацевтичних виробників і науковців щодо залучення до міжнародних дослідницьких проектів і поглиблення інтеграції України до світового науково-промислового простору.

Список використаних джерел:

1. Інформація щодо місць проведення клінічних випробувань. URL: <http://www.dec.gov.ua/index.php/ua/ekspertiza-materialiv-doklinichnikh-ta->

klinichnikh-viprobuvan/informatsiya-shchodo-mists-provedennya-klinichnikh-viprobuvan (дата звернення: 07.02.2019)

2. Інформаційна довідка щодо проведення експертизи матеріалів клінічних випробувань лікарських засобів. URL: <http://www.dec.gov.ua/index.php/ua/ekspertiza-materialiv-doklinichnikh-ta-klinichnikh-viprobuvan/aktualna-informatsiya> (дата звернення: 07.02.2019)

ЗАСТОСУВАННЯ НАУКО-МЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Сокол К.М., ХНМУ, Харків

Подрігало Л.В., Сокол В.К., Харківська державна академія фізичної культури, Харків

Забезпечення високого рівня науково-дослідної роботи є однією із основних вимог сьогодення, а підвищення її якості є однією із головних ланок підвищення іміджу та рейтингу ЗВО. На сучасному етапі найбільш важливими є роботи, надруковані у міжнародних і закордонних наукових журналах. Зростання кількості публікацій, що реферуються у бібліографічних базах, сприяє підвищенню наукового рівня і визнання відповідних наукових шкіл. На цей час найбільш престижними та визнаними із міжнародних науко-метричних баз є Web of Science (компанія Thompson) і Scopus (компанія Elsevier). Саме вони й формують перелік науко-метричних показників, спрямованих на кількісну оцінку показників наукової діяльності вченого.

Науко-метричні показники становляться все більше затребуваними, оскільки вони є показниками результативності діяльності як ЗВО в цілому, так і окремих співробітників, вони є індикаторами якості для дослідників, наукових організацій та періодичних наукових видань. До основних науко-метричних показників діяльності вченого відносять: загальну кількість публікацій; показники цитованості; імпакт-фактори журналів; рецензійні оцінки.

Основним показником цитованості є індекс цитованості вченого – повна кількість розподілених по роках посилань на роботи, у яких дана людина фігурує у якості автора або співавтора. Величина індексу визначається кількістю посилань на цю працю (або прізвище) у інших джерелах. Індекс Хірша або h -індекс – науко-метричний показник, запропонований в 2005 році американським фізиком Хорхе Хіршем з університету Сан-Дієго, Каліфорнія. Вчений має індекс h , якщо h з його робіт цитуються як мінімум h раз кожна, тоді, як інші роботи цитуються не більше h раз. Цей показник дозволяє виділити стабільних вчених, які видають багато гарних робіт. Він є вдалим доповненням до інтегральних параметрів таких як повна цитованість. Ці h робіт вченого, які врахову-

ються при розрахунку індексу Хірша створюють так зване *h*-ядро або Хірш-ядро найбільш цитованих статей автора. Похідним є так званий *i10* – кількість статей, кожна з яких отримала не менше 10 цитувань. Цей показник використовується для аналізу діяльності вченого у базі Google Scholar. Для точного визначення значущості наукових праць важлива не тільки кількість, але й якість публікацій. Для цього використовуються наступні показники: показники значущості або якості публікацій (на підставі імпаکت-фактору). Вони визначаються якістю журналів, у яких роботи надруковані, і залежать від наявності у них імпакт-фактору та індексу оперативності; імпакт-фактор (ІФ або IF) – чисельний показник важливості наукового журналу. ІФ розраховується за період три роки, як відношення числа отриманих журналом за цей період посилань на статті, надруковані у ньому за цей період, до сумарної кількості статей, які вийшли за цей період; індекс оперативності (*immediacy index*), який показує наскільки швидко становляться відомі у науковому світі статті, надруковані у журналі. Розрахунок індексу оперативності базується на даних за 1 рік. Для оцінки особливостей підготовки статей використовуються: *показник співавторства* – кількість співавторів на одну статтю. На цей час існує точка зору, що при кількості співавторів не більше 5 осіб, при розрахунку індивідуальних показників наукової діяльності доцільно враховувати бал за статтю у повному обсязі; *середня продуктивність* – відношення кількості статей до кількості співробітників.

З метою підвищення науко-метричних показників рекомендується впровадження рекомендацій регіонального бюро Scopus «Пропозиції щодо підвищення індекса цитованості та індекса Хірша»: намагатися представляти в журнали оригінальні статті високого наукового та методичного рівня, на які могли б посилатися інші автори; представляти наукові статті у журнали з високим імпакт-фактором; друкуватися у співавторстві із колегами, які мають високі науко-метричні показники; при поданні публікацій у англомовні видання, необхідно давати посилання на власні статті, надруковані у перекладних версіях журналу; друкуватися у міжнародних виданнях, які є науковими та рецензованими, тобто всі матеріали до друку повинні проходити ретельну наукову експертизу, виключати «фейкові» («сміттєві») журнали; видання повинні бути широко відомі і доступні, мати власний сайт і електронну версію; збільшення обміну посиланнями з колегами; збільшення самоцитованості (робити посилання на власні статті, надруковані раніше із указанням видання; нині дозволяється, щоб питома вага власних робіт у списку літератури складала до 35 %); складати якісні анотації (*abstracts*) з використанням загально прийнятої у світовій практиці термінології; з метою підвищення імпакт-фактору власного журналу необхідно не забувати давати посилання на «власний» журнал, особливо на статті останнього часу, активно інформувати колег відповідної галузі знань про статті певного авторського колективу, надруковані у «власному» журналі.

Таким чином, для підвищення ефективності діяльності науково-педагогічних працівників необхідно підвищити актуальність, адекватність, доступність та інформативність науко-метричних показників.

ІНТЕГРАЦІЯ БІОСТАТИСТИКИ В НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС ЛЬВІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

*Гутор Т.Г., Ковальська О.Р., Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького, Львів*

Підготовка фахівця вищої освіти передбачає набуття загальних та професійних знань, оволодіння виробничих умінь і навичок. Нині, в умовах реформування медичної галузі суспільства, впровадження стандартів Європейського простору вищої медичної освіти, одним із головних завдань медичного ЗВО є підготовка кваліфікованих лікарів з високим рівнем фахових вмінь та навичок. Відповідно інтеграція України в світовий інформаційний простір потребує впровадження сучасних та перспективних технологій [1; 2; 3]. Підготовка майбутніх лікарів з питань біостатистики має базуватись не тільки на теоретико-статистичних й математичних задачах, а й повинна створити прикладну базу знань в сфері доказової медицини, яка дозволить їм ефективно відповідати на виклики сьогодення. На кафедрі соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (далі – Університету) викладання біостатистики ведеться на до- та післядипломному рівнях: при підготовці фахівців другого (магістерського) та третього (освітньо-наукового) рівнів вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я».

Для студентів III курсу спеціальності «Медицина» та «Педіатрія» у складі дисципліни «Соціальна медицина, громадське здоров'я» передбачено 90 год. (3 кредити) для викладання занять з біостатистики, у т.ч. 16 год. лекцій, під час яких висвітлюються основні питання з доказової медицини, клінічної епідеміології, медико-соціальних проблем демографічних процесів і захворюваності; 32 год. практичних занять і 42 год. самостійної роботи студента з основних напрямів описової та аналітичної статистики. З урахуванням необхідності якісної підготовки фахівців другого (магістерського) рівня вищої освіти до міжнародного Єдиного державного кваліфікованого іспиту (ЄДКІ), викладачами кафедри було перекладено та адаптовано до українського навчального простору 218 тестових завдань з питань біостатистики з міжнародних баз USMLE (2017, 2018) та IFOM (фундаментальні дисципліни, 2018). Студенти мають вільний доступ до цих тестових завдань у внутрішньоуніверситетській системі дистанційної форми навчання «Misa», створеної на базі системи Moodle. Під час навчання на кафедрі студенти у цій системі проходять відповідні тренувальні та контрольні онлайн-тестування з питань біостатистики, що дозволить якісно підготуватись до здачі міжнародного ЄДКІ.

Аналіз результатів пробного тестування студентів з розділу біостатистики у весняному семестрі 2019 н.р. показав високий середній бал – $89,4 \pm 2,1$ балів;

тоді як час, який затрачався на 1 питання в середньому складав $30,2 \pm 8,1$ сек. При підготовці здобувачів вищої освіти ступеня доктора філософії в аспірантурі Університету за очною (денною, вечірньою) або заочною формою навчання передбачено 180 год. з дисципліни «Біостатистика» (з них 12 лекційних годин, 132 год. для семінарських занять і 36 год. для самостійної роботи). Навчальний план передбачає опрацювань тем щодо оцінки достовірності, регресійного аналізу, виживаності, факторного аналізу, прогнозування, аналізу сили тощо. Важливим кроком практичної реалізації отриманих знань з питань доказової медицини стало створення у 2016 р. Центру біостатистики, який функціонує при науковому відділі Університету як самостійний підрозділ. Одним з його важливих напрямків роботи є консультація наукових, науково-педагогічних працівників і виконавців науково-дослідних робіт у процесі обробки медико-статистичних даних на основі принципів доказової медицини. Лише за 2018 р. було надано консультацію понад 230 дослідників Університету з зазначених питань.

Таким чином, інтеграція біостатистики в навчальний процес з виконанням сучасних освітніх технологій та врахуванням потреб суспільства дає змогу підготувати фахівців, які будуть відповідати міжнародним вимогам освітньо-кваліфікаційної характеристики лікаря.

Список використаних джерел:

1. Гірник Г.Є. До проблеми формування особистості майбутнього лікаря у вищому медичному навчальному закладі. *Галицький лікарський вісник*. 2015. Т. 22. № 2. С. 133–135.
2. Ільченко О.І., Козицька Т.В., Храпай О.В. Інтегральний підхід до викладання у вищих медичних навчальних закладах. *Медична освіта*. 2012. № 3. С. 70–72.
3. Нагаєв В.М. Методика викладання у вищій школі: навчальний посібник. Київ: *Центр навчальної літератури*. 2007. 232 с.

ДОСЛІДЖЕННЯ ІНТЕРЕСУ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ДО ОПАНУВАННЯ ФАХУ ЛІКАРЯ-ФТИЗІАТРА

Мельниченко О.А., Мороз Г.А., ХНМУ, Харків

Нині в світі загострилася проблема захворюваності такою важкою хворобою, як туберкульоз. Не є виключенням і Україна, яка, за даними ВООЗ, входить до п'ятірки країн світу з формою туберкульозу, що має найвищу резистентність до антибіотиків. Крім того, тут не діагностовано випадки туберкульозу становлять 25 %; кожен четвертий хворий на туберкульоз є недообстеженим, або замовчує своє захворювання; на обліку перебуває 34966 українців, з них близько 8 тис. з лікарсько-стійким туберкульозом; чоловіки частіше хворіють за жінок на туберкульоз в усіх вікових групах населення [1]. Подібна невтішна ситуація стала наслідком ряду причин, як: дефіцит сучасного обладнання та те-

хнологій, а найголовніше – кваліфікованих фахівців. Відтак, створюється парадоксальна ситуація: попри наявну значну кількість вакансій у фтизіатричних відділеннях, випускники медичних ВНЗ не квапляться обирати відповідну спеціалізацію. Означене, зрештою, й обумовлює актуальність даного дослідження.

Одним зі способів вивчити настрої та очікування студентів-медиків є їхнє опитування. У якості респондентів виступили 105 студентів III–V курсів, котрі саме у цей період навчання починають замислюватися над подальшою спеціалізацією (зважаючи не лише на початкові настанови, а й здобутий досвід у цій царині). Завдяки обробці результатів опитування виявлено таке: 73 % респондентів проінформовані про масштаби захворюваності населення України на туберкульоз, тоді як 27 % – не цікавилися цією проблемою узагалі; лише 53 % респондентів уже визначилися з майбутньою спеціалізацією, проте жодний не обрав фах лікаря-фтизіатра; серед тих, хто ще не визначився з подальшою спеціалізацією (47 % респондентів), не мають бажання пов'язати своє майбутнє з фтизіатрією, оскільки: повна байдужість до цієї спеціалізації – 34 %; не розмірковували над цим питанням та/чи допоки не зробили остаточний вибір – 12 %; причин байдужості до цієї спеціалізації декілька: великий ризик захворюваності на туберкульоз – 33 %; погане матеріально-технічне забезпечення тубдиспансерів – 11 %; маргінальність більшості пацієнтів – 6 %.

З урахуванням вищевикладеного матеріалу можна зробити такі висновки. Головними причинами байдужості студентів-медиків до опанування фаху лікаря-фтизіатра є: великий ризик захворюваності на туберкульоз і недостатні майбутні доходи від такої діяльності. Без вирішення цих нагальних проблем неможливо не лише залучити молодих фахівців до цієї області охорони здоров'я, а й скоротити масштаби захворюваності на туберкульоз серед населення України. Подальші наукові розвідки мають бути присвячені розробці теоретичних положень і практичних рекомендацій, спрямованих на покращання здоров'я населення.

Список використаних джерел:

1. ВООЗ. Офіційний сайт. URL: [https://extranet.who.int/sree/Reports?op= ...](https://extranet.who.int/sree/Reports?op=...) (дата звернення: 01.04.2019).

MODEL OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF THE PROCESS OF ADAPTATION OF GRADUATES OF MEDICAL SCHOOLS TO WORK IN MEDICAL INSTITUTIONS

Gryshnjaeva O., KhNMU, Kharkiv

The model of medical and psychological support for the process of adaptation of graduates of medical schools includes a progressive, multifaceted movement for not only those years that students spend at the medical college or medical university

[1]. The whole process begins in early childhood: family of the future medical specialist; children's educational institution, which attends a child; vocational guidance that children learn unconsciously, copying the behavior and work of important people from close surroundings; child lifestyle (the child often visits medical institutions or in the family someone is often sick); the influence of the media, which in one way or another provide information about the work of medical institutions and the lives of their employees; educational children's interest studios in which the parents of their children originally brought. After that, they choose or do not choose these professionally oriented ones for one reason or another [2].

In older adults, this process is connected with an awareness of material interest, volunteer work, important people who are not in close surroundings, but for a variety of reasons the teenager wants to be like them. In adolescence, the question «Who am I and what can I become?» Joins all these motives. Formed or not formed by 15–16 years old «I am a concept» positively or negatively affects the development of a personality, the choice of a possible profession, lifestyle and ways to achieve goals. The admission of this person to study at a medical school does not cause a positive adaptation to further work in a medical institution. An important role will be played in this process by a team of young people, with whom he learns and communicates and the staff of the teaching staff. Traditions of an educational institution and features of the educational process that a student will face from the first days of study.

Tutoring (mentoring), which plays an important role in adapting to the peculiarities of training at a medical college or university, is of great importance in shaping the personality of the future medical worker.

Throughout all this work, the individual – typological features of this person will constantly play a huge role in shaping the personality of a medical specialist.

Summarizing the above, we can assume that a successful positive adaptation of a student at a medical school depends on the program of motivation and its individual typological features.

References:

1. Мирзоев Э.Д. Адаптация иностранных студентов к условиям обучения и проживания в России. *Научное сообщество студентов XXI столетия: сб. ст. по мат. XXXIX междунар. студ. науч.-практ. конф.* URL: [http://sibac.info/archive/guman/2\(39\).pdf](http://sibac.info/archive/guman/2(39).pdf) (дата обращения: 10.10.2018)

2. Дэниэл Пинк Что на самом деле нас мотивирует Альпина Диджитал, 2013. 221 с.

Секція 5
**ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ
ТА ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

**ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНЕ ПАРТНЕРСТВО ЯК ІНСТРУМЕНТ
ВТІЛЕННЯ РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

*Гавкалова Н.Л., Харківський національний економічний університет
ім. С. Кузнеця, Харків*

Дячек В.В., Каразінська школа бізнесу, Харків

Перед системою управління сферою охорони здоров'я постають виклики щодо фінансування її самої, певного кола послуг, які надаються населенню на безоплатній основі та визначення цього кола послуг. Система охорони здоров'я України потерпає від недостатності фінансування матеріально-технічної бази, недостатнього фінансування лікування пацієнтів і фонду оплати праці медичних працівників. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України передбачає певні кроки на шляху до вирішення цих проблем: обмеження кола послуг, які надаються на безоплатній основі, визначення низки послуг, які можуть бути надані на платній основі, дозволено втілення відрядної системи оплати праці лікарів і медичних працівників. Але зазначені заходи, без залучення значного державного фінансування, не дозволяють швидко покращити матеріально-технічний стан закладів сфери охорони здоров'я.

Відповідно до статті 49 Конституції України, кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, які забезпечуються через надання безоплатної медичної допомоги державними та комунальними медичними закладами, а також державним фінансуванням відповідних програм.

Згідно Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, запроваджується принцип поєднання різних джерел фінансування медичної діяльності. Тобто держава не охоплює всі аспекти надання медичної допомоги громадянам, а вдається до обмеженого фінансування, так як кошти Державного бюджету є лише одним з видів джерел фінансування. Аналіз статистичних даних 2012–2016 рр. [1] показав, що Україна фінансує систему охорони здоров'я недостатньо і потенціал зростання достатньо великий. Закладені принципи реформування даної галузі на законодавчому рівні більш сходять на системи охорони здоров'я США, із розвиненою системою страхування та приватним сектором у системі закладів охорони здоров'я. В результаті постає питання створення таких приватних закладів, але з іншого боку в нашій країні наявні заклади, які лишилися з минулих часів. Тому більш доцільним є інвестування в такі заклади для їх переоснащення, переорієнтацію й перепрофілювання відповідно до акту-

ального попиту з боку населення країни. Одною з можливих форм залучення інвестицій є активізація державно-приватного партнерства.

Основними економічними причинами запровадження державно-приватного партнерства (далі – ДПП) в країні є: інфраструктурний дефіцит; бюджетний дефіцит; проблеми ефективності державних інвестицій.

Залежно від даних причин створення ДПП та проблем, які вирішують, розрізняються види ДПП, які згруповано за різними ознаками (табл. 1).

Таблиця 1 – Види ДПП (складено авторами за джерелом [2, с. 68–70])

Ознака групування видів ДПП	Види ДПП
Сфера економічної діяльності, якої стосується ДПП	транспорт; житлово-комунальне господарство; охорона здоров'я; розвідка родовищ корисних копалин та їх видобування; туризм та ін.
За спрямуванням проектів ДПП і, відповідно, обов'язками приватного партнера, а також його правами щодо об'єкта ДПП	– експлуатація та технічне обслуговування об'єкта партнерства; експлуатація, технічне обслуговування об'єкта партнерства і управління ним; – проектування – будівництво об'єкта ДПП; – проектування – будівництво – експлуатація збудованого об'єкта ДПП; – будівництво – експлуатація – передання збудованого об'єкта після завершення проекту державному партнерові; – будівництво – володіння – експлуатація за певним призначенням об'єкта ДПП приватним партнером без передання його у власність державному партнерові; – купівля приватним партнером активів будівництва та експлуатація об'єкта ДПП за встановленим державним партнером призначенням;
За складом учасників ДПП	– двостороннє ДПП (один державний та один приватний партнер); – багатостороннє ДПП (на боці державного партнера – два і більше носіїв публічних інтересів: держава, орган/органи місцевого самоврядування; на боці приватного партнера – один або декілька суб'єктів підприємництва); – ДПП у наданні соціальних послуг за участі державного і приватного партнерів, а також учасників соціального діалогу;
За рівнем ДПП	– загальнодержавний (за участі держави); – локальний (за участі органу місцевого самоврядування); – змішаний, або державно-локальний (на боці державного партнера – держава та орган місцевого самоврядування); – міжнародний (за участі з боку партнерів вітчизняних та іноземних учасників).

Використовуючи різноманіття видів державно-приватного партнерства із переслідуванням певних цілей можливо вирішити більшість основних проблем, що постають перед системою охорони здоров'я країни.

У результаті проведеного дослідження дійшли висновку, що для досягнення цілей реформи системи охорони здоров'я необхідно залучити інвестиції

для переоснащення та перепрофілювання закладів галузі, через нестачу коштів державного бюджету пропонується залучити кошти приватних установ та осіб, що можливо за умови використання державно-приватного партнерства.

Список використаних джерел:

1. Державна служба статистики України. Офіційний сайт. URL: https://ukrstat.org/ukr.druc/publicat/kat_u/ (дата звернення: 29.03.2019)
2. Поліщук О.В. Інституційно-правові механізми регулювання підприємств МСБ в умовах сучасної інтеграції. *Проблеми системного підходу в економіці*: зб. наук. пр. Київ: НАУ, 2010. Вип. 17. С. 137–140.

СТРАТЕГІЧНІ ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ УКРАЇНИ

Гапонова Е.О., ХНМУ, Харків

Подальший розвиток та ефективна інтеграція ринку медичних послуг України до світового передбачають, перш за все, реформування системи охорони здоров'я з метою підвищення доступності, якості та ефективності надання медичних послуг населенню на основі інституційних перетворень у системі державного управління та фінансування галузі, створення сприятливих умов для ефективного поєднання державних і приватних джерел оплати медичної допомоги та інших її напрямів. Згідно із дослідженням «The future of healthcare in Europe», «існує п'ять можливих сценаріїв розвитку європейських систем охорони здоров'я до 2030 року: активний розвиток медичних технологій; домінування профілактичної медицини над лікуванням захворювань; фокусування системи охорони здоров'я на наданні медичної допомоги соціально незахищеним верствам населення; приватизація галузі охорони здоров'я; утворення загальноєвропейської системи охорони здоров'я. В умовах активної реалізації процесу євроінтеграції України кожен з представлених сценаріїв розвитку подій стане викликом для України і має бути врахованим при визначенні стратегії розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я. Тому реформування української системи охорони здоров'я з наголосом на її модернізацію та підвищення її організаційного, технологічного та професійного рівнів видається невідкладною» [1].

На законодавчому рівні в Україні у 2015 році було прийнято «Стратегію сталого розвитку «Україна–2020»», що визначає мету, вектори руху, дорожню карту, першочергові пріоритети та індикатори належних оборонних, соціально-економічних, організаційних, політико-правових умов становлення та розвитку України. Метою Стратегії, у т.ч. впровадження в Україні європейських стандартів життя [2]. Одним із її напрямів Стратегії–2020, що поєднує у собі 60 новацій, є реформування сфери охорони здоров'я. Головним документом програми

реформування є «Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 рр.», відповідно до якої метою державної політики у цій сфері є «кардинальне, системне реформування, спрямоване на створення системи, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян України на рівні розвинених європейських держав». Головними напрямками реформ мають стати «підвищення особистої відповідальності громадян за власне здоров'я, забезпечення для них вільного вибору постачальників медичних послуг належної якості, надання для цього адресної допомоги найбільш соціально незахищеним верствам населення, створення бізнес-дружньої обстановки на ринку охорони здоров'я», а орієнтиром – програма Європейського Союзу «Європейська стратегія здоров'я – 2020» [2].

Проведений аналіз ефективності національної системи охорони здоров'я України з урахуванням перспективних напрямів її реформування дає можливість виокремити ті, є вбачаються стратегічними. Передусім, це забезпечення ефективної роботи кожного закладу охорони здоров'я з урахуванням наявних можливостей (оснащення, стан приміщень, рівень кваліфікації медичних працівників), оновлення їх матеріально-технічної бази та медичної інфраструктури, впровадження сучасного медичного обладнання на основі світових досягнень для надання якісних медичних послуг. Комплексна стратегія розвитку сфери охорони здоров'я передбачає разом зі зростанням витрат використання та ефективно впровадження поєднання медичних і немедичних заходів боротьби зі захворюваннями, спрямованих на попередження та зменшення захворюваності і смертності населення. Важливим напрямом діяльності медичних закладів також є просвітницька робота щодо здорового способу життя, запобігання інфекційних захворювань, ліквідації шкідливих звичок, збереження репродуктивного і загального стану здоров'я. Саме тому у сфері охорони здоров'я необхідно провести структурні зрушення для оптимізації співвідношення стаціонарної та амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги, забезпечити якісну роботу амбулаторного підрозділу, координацію й взаємодію закладів первинного, вторинного та третинного рівнів, провести реорганізацію стаціонарної допомоги медичної допомоги зі створенням спеціалізованих відділень, лікарень, які мають відповідне медичне оснащення для надання медичних послуг у відповідності до вимог протоколів і стандартів світового рівня. Реалізації цих завдань буде сприяти створення консультативно-діагностичних центрів та організація їх тісної взаємодії з лікувально-профілактичними закладами.

Покращання матеріально-технічної бази та інфраструктури медичних закладів, підвищення якості медичної допомоги та її доступності для населення має бути основною метою державної політики в сфері охорони здоров'я. Нині в Україні «основні фонди державних і муніципальних закладів охорони здоров'я застаріли і, за оцінками експертів, 70–80 % медичного обладнання зношені. Переважна частина медичної техніки експлуатується понад 20–25 років, що у 2–

З рази перевищує технічні терміни використання. Щорічне оновлення медичного обладнання в державних закладах охорони здоров'я не перевищує 1 %, тоді як доцільним було б кожного року оновлювати не менш ніж 10 % медичної техніки» [3]. Частка медичного обладнання вітчизняного виробництва складає близько 30–35 %. Водночас, вітчизняна медична промисловість має можливість забезпечити лише 13–15 % всього спектру медичної техніки, що складає близько 20 % існуючих потреб. Розробкою й виробництвом медичної техніки в Україні займається понад 250 підприємств різних форм власності. Вітчизняні виробники виготовляють апарати штучної вентиляції легенів, наркозно-дихальну апаратуру, слухові апарати, апарати для проведення різних рентгенологічних обстежень, електрокардіографічну техніку, ультразвукове медичне обладнання, медичне низькотемпературне обладнання (кріогенне, холодильне), медичні меблі, медичне обладнання та засоби медичного призначення для травматології, ортопедії, і для пацієнтів із обмеженими можливостями. Крім того, підприємства виготовляють хірургічні, стоматологічні інструменти, стерилізаційне, електродіагностичне обладнання, кольпоскопи, електростимулятори [4]. Однак асортимент медичної техніки, що виготовляється на вітчизняних підприємствах є достатньо обмеженим, тому є потреба у закупівлі високовартісного високотехнологічного імпортного медичного обладнання. Обмеженість державного та місцевого фінансування медичної галузі і необхідність закупівлі значної кількості найменувань сучасної імпортної медичної техніки вкрай негативно впливають і на якість медичних послуг. Враховуючи необхідність заміни переважної частини діагностичного та лікувального медичного обладнання, це питання потребує особливої уваги й вжиття ефективних заходів щодо визначення можливих шляхів його вирішення.

Таким чином, на основі оцінювання ефективності функціонування національної системи охорони здоров'я України, визначено пріоритетні напрямки його реформування, одним з найважливіших є забезпечення ефективної роботи кожного закладу охорони здоров'я з урахуванням наявних можливостей, оновлення їх матеріально-технічної бази та медичної інфраструктури, впровадження сучасного медичного обладнання, що забезпечить доступність та якість медичної допомоги усім верствам населення.

Список використаних джерел:

1. The World Health Organization. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs301/en/index.html> (дата звернення: 19.07.2018).
2. Міжнародний медичний довідник освіти (IMED). URL: <http://www.faimer.org/resources/mapping.html> (дата звернення: 11.10.2017).
3. Длугопольський О.В. Охорона здоров'я в системі глобальних суспільних благ: міжнародні порівняння. *Економічна теорія*. 2011. № 3. С. 83–97.
4. Ткаченко Л.В. Маркетинг послуг: підручник. Дніпро: ДУЕП, 2002. 192 с.
5. Davi Sridhar, Chelsey Clinton. Control over global health. *Finance&Development, Rel.* 2014. Vol. 4, P. 26–30.

ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ В УСЛОВИЯХ ДЕФИЦИТА ГОСБЮДЖЕТА

Кравченко В.И., ХНМУ, Харьков

Дефицит государственного бюджета Украины в 2019 г. составляет с учетом спецфонда около € 90 млрд., или превышение расходов над доходами составляет 7,2 %, что в условиях нормально работающей экономики вполне допустимо. Для Украины это большая проблема, особенно если учесть, что с этого года нам предстоят огромные выплаты по внешним займам, а плановый темп роста ВВП должен составить всего 3 % при инфляции 7,4 %.

Обычно в такой ситуации начинается секвестирование расходной части бюджета, под которое попадают в первую очередь социальные статьи, в том числе образование и здравоохранение. При принятии бюджета 2019 г. и.о. министра здравоохранения У. Супрун заявила, что денег в бюджете вполне достаточно для проведения реформы «первички», а заработная плата медперсонала этого звена повысится в разы. В действительности Национальной службе здоровья Украины (НСЗУ) выделили только € 19,3 млрд. из € 95,7 млрд. – консолидированного бюджета с субвенциями (20,1 %), – а непосредственно на реформу из них – только € 15,2 млрд. или € 362 в год на человека [2]. Если сравнить эту сумму с общими выдачами на медобслуживание населения в Германии (в 2016 г. они составляли € 4333 в год, из них первичное звено – около € 3,5 тыс.), то становится понятной убогость нашего финансирования.

Децентрализация управления существенно повысила роль местных органов власти в плане обеспечения финансированием социальной сферы и особенно здравоохранения. Так, в Харькове доходная часть бюджета в сумме € 12810,9 млрд. на 81 % (€ 10360,1 млрд.) формируется за счет собственных средств, а субвенция на здравоохранение из государственного бюджета Украины запланирована в объеме € 1056,7 млн. При формировании расходов на здравоохранение учитывались нововведения, связанные с реформированием системы и передачей отделений первичной медицинской помощи на прямое финансирование НСЗУ. При этом расходы на развитие материально-технической базы отделений «первички» и оплату потребленных коммунальных услуг и энергоресурсов возложены на бюджет города. С учетом этих изменений на здравоохранение Харькова запланировано € 1469,4 млн, а средства медицинской субвенции – € 1056,7 млн – направляются на оплату труда работников медицинской сферы [4]. Кроме бюджетного и местного финансирования в городе и области на нужды здравоохранения направляются средства благотворительных фондов, в частности, фонда Грановского «Пульс Украины».

В целом Харьковские областные и городские органы самоуправления обеспечили рост финансирования системы здравоохранения и за счет этого, наряду с улучшением непосредственно медицинского обслуживания, планируется

отремонтировать почти 70 объектов медучреждений (из них по городу – более 30), возобновить и интенсифицировать строительство регионального онкологического центра и др. Однако так обстоят дела не во всех регионах и в целом в Украине. По расчетам комитета Верховной Рады по здравоохранению при потребности на реформирование «первички» для выполнения программы с 2019 г. необходимо € 50 млрд. (выделено € 15,3 млрд.). Для финансирования неотложной и экстренной помощи требуется € 11 млрд. выделено только € 4 млрд. Этих средств, по заявлению О. Богомолец, недостаточно даже для выплаты в полном объеме надбавок и доплат работникам экстренной медицинской помощи. Обеспечение больных необходимыми препаратами покрывается лишь на 37 %, остальные 63 % – либо будут самостоятельно искать средства, либо обречены на смерть [3]. Дефицит средств на проведение реформы ощущается уже сейчас (I квартал 2019 г.). Это подтверждается неожиданным сокращением срока завершения подписания договоров населением для получения бесплатной первичной медицинской помощи: планировалось – до 1 июля 2019 г., прекратили оплачивать работу медперсонала населения из «красного списка» с 1 апреля. То есть даже те € 120 (это в два раза меньше чем в 2018 г.), которые амбулатории получали за обслуживание этих пациентов, теперь НСЗУ оплачивать не будет, а медицинская помощь им будет оказана только в экстренных или неотложных состояниях. Если учесть, что договора с семейными врачами, терапевтами или педиатрами подписали немногим более 26 млн жителей Украины, а по данным государственной статистики население страны составляет около 42 млн (хотя Минздрав принял к расчету 38 млн человек), то без первичной помощи у нас оказалось от 16 до 12 млн человек, что грубо нарушает ст. 49 Конституции Украины [5]. Предлагая реформу и характеризуя ее, У. Супрун назвала это переходом к страховой медицине. То секвестирование, финансирование здравоохранения, не отвечающее никаким требованиям ВОЗ и Евросоюза, ничего общего со страховой медициной не имеет. Острейший дефицит финансирования отрасли и в результате ее неспособность выполнять свои функции на том уровне, который достигнут в современном мире, а также состояние здоровья населения Украины требует безотлагательных мер по формированию новых, надежных и эффективных источников финансирования здравоохранения. Иначе за уничтожением медико-санитарной службы, профилактического направления деятельности медицины мы погубим и всю систему.

В первую очередь, следует перейти от многолетних бесполезных разговоров о важности обязательного страхования к работе по разработке и внедрению ОМС. В настоящее время это единственный путь кардинально улучшить финансирование здравоохранения, мобилизовать для этого ресурсы государства, предпринимателей и работающих граждан Украины. Та реформа, которая проводится в Украине, названная Минздравом моделью Бовериджа ничего общего кроме лозунга «деньги ходят за пациентом» с реальной английской моделью не имеет. Дополнительным источником финансирования должны быть благотвори-

рительные фонды, участие в которых было бы престижным и поощрялось государством. В условиях постоянного дефицита государственного бюджета Украины, самого низкого в Европе уровня жизни обещать европейское реформирование медицины до 2022 года – это обман и населения Украины, и всей Европы.

Список использованных источников:

1. Государственный бюджет Украины на 2019 г. URL: https://zn.ua/POLITICS/verhovnaya-rada-prinyala-gosbyudzheth-na-2019-god-301034_.html (дата обращения: 20.03.2019)
2. Какой будет медреформа Украины в 2019 году URL: <https://www.segodnya.ua/ukraine/kakoy-budet-medreforma-v-ukraine-v-2019-godu-novye-limity-i-platnye-uzkie-specialisty-1197378.html> (дата обращения: 25.03.2019)
3. О государственных финансовых гарантиях предоставления медицинских услуг и лекарств. Закон Украины № 6327.
4. Информационное сообщение о бюджете города Харькова на 2019 год. Харьковские известия. URL: <http://izvestia.kharkov.ua/officially/1283292.html> (дата обращения: 28.03.2019)
5. Сироты медицинской реформы – пациенты без деклараций. *Публика.* 2019. № 14. с. 4

ЕКОНОМІЧНА ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАКУПКИ ТА ВИКОРИСТАННЯ ПОЛІВАЛЕНТНИХ ВАКЦИН У ПРОГРАМІ ЩЕПЛЕННЯ НАСЕЛЕННЯ

Мельниченко О.А., Шевлякова Н.М., ХНМУ, Харків

Нині вітчизняна сфера охорони здоров'я перебуває в стані тривалої рецесії, що обумовлено недостатнім її фінансовим забезпеченням. Означена невтішна ситуація актуалізує необхідність оптимізації витрат, чому має сприяти вибір кращих варіантів забезпечення медичної допомоги населенню. При цьому важливо зосереджувати доступні ресурси не лише на лікуванні наявних хвороб, а й на їх профілактиці. Останнє, окрім іншого, можливе за рахунок гармонізації національного календаря вакцинацій та використання полівалентних вакцин. При цьому важливо максимізувати не лише медичний, а й економічний ефект від використання таких вакцин. Означене й обумовило актуальність даного дослідження.

Передусім слід відзначити, що кількість щеплень, передбачених календарем профілактичних щеплень, є матеріально-технічною проблемою для поставальників та є стримуючим фактором для батьків. Використання полівалентних (комбінованих) вакцин скорочує кількість ін'єкцій, зменшує кількість відстрочених доз і покращує показники охоплення населення. Дане твердження цілком кореспондується з результатами програми Medicaid Health Department Medicaid,

у межах якої порівнювалися «показники охоплення дітей, котрі отримали принаймні одну дозу НерВ/Hib (COMVAX) або DTap/НерВ/IPV (PEDIARIX) (комбінація) і діти, котрі не отримували жодної дози будь-якої комбінації (референтна когорта)» [3]. За рекомендацію ВООЗ, календар щеплення дітей передбачає ведення 11 стандартних антигенів: проти *Bacillus Calmette-Guérin* (БЦЖ), комбінованої вакцини проти дифтерії, правця та коклюшу (АКДС), вакцини проти поліомієліту (ОПВ), кору, краснухи, НерВ, Hib, пневмококової інфекції. Таким чином за один прийом пацієнт може отримати до 5 щеплень, що може стати причиною опору батьків і недотримання графіку вакцинації. Madlon-Kay і Harper виявили, що «59 % батьків вважають, що 3 ін'єкції для дитини, отриманні за один візит, є надмірними, і що 67 % лікарів для зменшення кількості одночасних ін'єкцій, як рішення, не пропонують вакцинацію НерВ» [2]. Melman et al показали, що «відсоток дітей, котрі отримували всі рекомендовані щеплення протягом одного візиту, знижується з 99,5 % для 2 ін'єкцій до 88,9 % для 5 ін'єкцій, що помітно ($\chi^2 = 9,96$, $p < 0,01$) погіршує ситуацію» [4]. Тому слід використати передовий досвід Канади, Німеччини й інших розвинених країн світу щодо використання полівалентних вакцин.

Важливим є й фінансовий аспект вакцинації. Так, зокрема, «вартість щеплення дітей проти Hib Bärnighausen et al (гемофільної інфекції типу А) за допомогою моновалентної вакцини становить \$ 3,4 (€ 92,8), чотирьохвалентної (DTP-Hib) – \$ 3,1 (€ 84,6), п'ятивалентної вакцини (DTP-НерВ-Hib) – \$ 2,8 (€ 76,4)» [1]. Крім того, використання полівалентних вакцин скорочує витрати на їх транспортування й зберігання, а також оптимізує використання часу пацієнтів, їхніх батьків і медичних працівників.

З урахуванням вищевикладеного матеріалу можна зробити такі висновки. Використання полівалентних вакцин дозволяє, по-перше, не лише скоротити витрати на їх закупівлю, транспортування, зберігання, роботу медичного персоналу та ін.; по-друге, охопити вакцинацією більше населення; по-третє, оптимізувати строки вакцинації. Подальші наукові розвідки мають бути присвячені розробці теоретичних положень і практичних рекомендацій, спрямованих на покращання здоров'я населення.

Список використаних джерел:

1. Kalies H., Grote V., Verstraeten T., Hessel L., Schmitt H.J., von KR. The use of combination vaccines has improved timeliness of vaccination in children. *Pediatr Infect Dis*. 2006 Jun. 25. P 507–512.
2. Madlon-Kay D.J., Harper P.G. Too many shots? Parent, nurse, and physician attitudes toward multiple simultaneous childhood vaccinations. *Arch Fam Med*. 1994. Jul. 3. P. 610–613.
3. Marshall G.S., Happe L.E., Lunacsek O.E., Szymanski M.D., Woods C.R., Zahn M., Russell A. Use of combination vaccines is associated with improved coverage rates. *Pediatric Infectious Disease Journal*. 2007. Jun. 26. P. 496–500.
4. Melman S.T., Nguyen T.T., Ehrlich E., Schorr M., Anbar R.D. Parental compliance with multiple immunization injections. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999. Dec. 153. P. 1289–1291.

БЮРО НЕЗАЛЕЖНИХ СУДОВО-МЕДИЧНИХ ТА ІНШИХ АЛЬТЕРНАТИВНИХ МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ

*Моргун А.О., Куценко К.В., Харківське обласне бюро судово-медичної експертизи, Харків
Хижняк В.В., ХНМУ, Харків*

Наразі процедура захисту прав і свобод кожного громадянина України, закріплені Конституцією та чинним законодавством України у разі порушення прав на безпеку здоров'я, життя та гідності особи, а також якості та повноти надання медичної допомоги, передбачає забезпечення проведення незалежної медичної експертизи. Чинне медичне законодавство пропонує суб'єктам медичних правовідносин застосування статей 6 і 73 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» у разі порушення їхнього права на справедливу та об'єктивну медичну експертизу. Реалізація цього права передбачає наявність реальних можливостей проведення незалежної судово-медичної та інших медичних експертиз. Ці види експертиз задекларовано, але не прописано процедури їхньої здійснення [1] ні окремим законом, ні підзаконними актами, про необхідність яких було наголошено у відповідній Постанові КМУ [2]. Актуальність і важливість запровадження незалежних та альтернативних судово-медичних й інших видів медичних експертиз, обумовлені чинною медичною реформою в Україні та необхідністю соціального захисту вразливих верств населення, що звертаються до правоохоронних органів України та МОЗ України.

Пропонується запровадження (в якості пілотного проекту обласного рівня) практичної реалізації зазначених вище прав громадян України шляхом створення альтернативного та незалежного Бюро незалежних судово-медичних та інших альтернативних медичних експертиз (далі – БНСМЕтаАМЕ). Такий заклад охорони здоров'я відповідає чинному законодавству України, зможе втілити увесь процес реформування медичної галузі з впровадженням електронних систем та потребує до віднесення до категорії [3]. Легітимність створення є компетенцією місцевих органів самоврядування.

БНСМЕтаАМЕ – комунальний заклад охорони здоров'я. Форма власності – комунальна, обласна. Керівництво БНСМЕтаАМЕ – сучасна концепція директором медичних закладів [4] – відповідно, загальний (основний) директор і, декілька медичних директорів (з судово-медичної експертизи, патолого-анатомічної служби, військово-патологоанатомічної та ін.). Наразі, в умовах Харківської області, оптимальним розташуванням такого медичного закладу може бути корпус патолого-анатомічного відділення КНП ХОР «ОКЛ». Окрім того, основним юридичним забезпеченням БНСМЕтаАМЕ повинен стати симбіоз положень про судово-медичне та патологоанатомічне бюро, що будуть адаптовані до задач і функцій БНСМЕтаАМЕ. Оптимальна структура БНСМЕтаАМЕ нами пропонується у вигляді запровадження таких незалежних функцій, зокрема, проведення як судово-медичних й альтернативних інших видів медичних експертиз.

пертиз: медико-соціальної; військово-лікарської, судово-медично та судово-психіатричної експертизи, патологоанатомічних розтинів тощо.

Маніфестні причини створення БНСМЕтаАМЕ полягають у наступному: незалежна і альтернативна судово-медична та інша медична експертиза процедурно не прописані в законах України щодо медичних правовідносин; більш того, жодного підзаконного акту, які вимагалося раніше, на цей час не створено; судово-медична експертна служба МОЗ України постійно не виконує вимоги щодо терміну проведення судово-медичних експертиз; мають місце чисельні корупційні діяння; систематичні факти хабарництва; зайва завантаженість наголою смертю; низький рівень забезпеченості високотехнологічним устаткуванням і методами тощо; патологоанатомічна служба має несуттєві недоліки, окрім питання залежності від керівництва медичного закладу (підпорядкованість) та кримінальна (адміністративна) відповідальність;

Перспективи наших пропозицій: адекватна реалізація медичної реформи; високі дивіденди новоствореної структури; суттєве зниження рівня корупції і хабарництва, шляхом введення високотехнологічних методів (альтернативні судово-медичні електронні мережі та інші втілювані реформи МОЗ України (МІС та ін.), так і підвищення рівня устаткування та ін.

Кадрове забезпечення БНСМЕтаАМЕ вирішується шляхом забезпечення штатних судово-медичних експертів, патологоанатомів, лікарів вузьких галузей, тощо, залучення фахівців відповідного профілю з ліцензіями МОЗ України, сумісників-викладачів, комерційних закладів за разовими дорученнями тощо.

Список використаних джерел:

1. www.google.com.ua/search?source=hp&ei=2EqeXOmxMvLKrgTU9aaQCQ&q... (дата звернення: 21.03.2019).
2. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/131-93-%D1%80> (дата звернення: 21.03.2019).
3. https://youcontrol.com.ua/ru/catalog/company_details/05480795/ (дата звернення: 21.03.2019).
4. <https://www.segodnya.ua/ukraine/gendirektor-bolnicy-suprun-rasskazala-o-novyh-dolzhnostyah-v-medicine-1167011.html> (дата звернення: 21.03.2019).

ЕКОНОМІЧНА КРИЗА ТА СОЦІАЛЬНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я

Трегуб П.О., Горбунова І.В., ХНМУ, Харків

Збільшення тривалості життя й відносне поліпшення окремих показників здоров'я, в цілому, поки не привели до балансу здоров'я населення різних країн і окремих груп населення. Показники здоров'я відрізняються між різними групами населення в усіх країнах. При цьому рівень здоров'я залежить від бага-

тьох факторів й умов навколишнього середовища, а також від індивідуального стилю життя. Соціально-економічні детермінанти, які надають найбільший вплив на формування здоров'я людини піддаються коригуванню на державному рівні [1]. Соціальні детермінанти здоров'я – це умови, в яких люди живуть і працюють, включаючи системи охорони здоров'я. Ці обставини формуються під впливом розподілу грошей, влади й ресурсів на глобальному, національному та місцевому рівні, на які, своєю чергою, впливає проведена політика. Соціальні детермінанти здоров'я є основною причиною несправедливості по відношенню до здоров'я [2]. Встановлено, що поширеність порушень психічного здоров'я і смертність в цілому відображають ненадійність працевлаштування (постійні/тимчасові контракти), а серед дітей психічні розлади частіше зустрічаються в тих сім'ях, де роботи не має жоден з батьків, а також в неповних сім'ях. Таким чином, політика в області зайнятості – це також політика охорони здоров'я, і країнам слід здійснювати стратегічні заходи, такі як забезпечення більш широкого охоплення допомоги з безробіття, перекваліфікація безробітних і вкладення державних коштів у розвиток інфраструктури місцевих громад, будівництво житла та створення «зелених робочих місць».

Соціальні стреси, ймовірно, будуть приводити до зростання захворюваності, обумовленої хворобами серцево-судинної і травної систем, а також до зловживання наркотиками і до психічних захворювань. Економічна криза може розбудити тенденції ксенофобії. Іммігранти є особливо вразливою групою населення, причому не тільки з точки зору психічного здоров'я, але і з точки зору серцево-судинних та інфекційних захворювань. На рівні окремих країн багато систем охорони здоров'я стикаються з серйозними труднощами в оплаті імпортованих лікарських препаратів й обладнання, тому криза може дати поштовх до розвитку власного виробництва в цих секторах і до широкого використання непатентованих лікарських препаратів. Незалежно від того, як відбувається розпорядження оперативними бюджетами або як організовуються процедури торгів – в централізованому або децентралізованому порядку – може виникнути необхідність посилити навчання навичкам управління та посилити контроль над витратами бюджетних коштів, капіталовкладеннями й діяльністю фондів медичного страхування. Необхідно докласти всіх зусиль до того, щоб підвищити практичну віддачу на вкладені кошти й продуктивність систем охорони здоров'я. Економічна криза найбільш важко позначається на малозабезпечених людях і країнах, тому важливо здійснити цілеспрямовані комплекси заходів по оздоровленню економіки, щоб уникнути розширення розриву в стані здоров'я та добробут між багатими і бідними.

Досвід колишніх економічних криз свідчить про величезну важливість підтримки солідарності та соціального забезпечення на високому рівні, продовження державних витрат на соціальні потреби і збереження базових медичних послуг, а також розширення масштабів заходів з профілактики хвороб і зміцнення здоров'я населення. Ще більшу цінність набуває міжгалузева співпраця;

повинні додаватися зусилля до того, щоб інтереси здоров'я були включені в усі стратегії та напрями реалізації політики. Однією з нагальних заходів є орієнтування програм зміцнення психічного здоров'я на допомогу в подоланні наростаючих проблем, обумовлених безробіттям, і надання в рамках цих програм послуг, спеціально розрахованих на задоволення потреб особливо вразливих груп населення; в зв'язку з цим для забезпечення кадрів з хорошою фаховою підготовкою й високим ступенем мотивації може знадобитися перенавчання. Можливо, буде потрібно збільшити ставки податків на тютюнові вироби, алкоголь і нездорові харчові продукти, щоб домогтися користі з точки зору суспільної охорони здоров'я [3]. Отож, об'єднання зусиль різних секторів і створення національної стратегії поліпшення соціально-економічної складової життя населення є основним завданням представників публічного управління.

Список використаних джерел:

1. Амлаев К.Р., Хорошилова Е.Ю. Категории социально-экономических детерминантов здоровья. *Медицинский вестник Юга России*. 2017. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kategorii-sotsialno-ekonomicheskikh-determinantov-zdorovya>. (дата звернення: 29.03.2019).
2. Социальные детерминанты здоровья. 2010. URL: <http://whodc.mednet.ru/en/component/attachments/download/79.html>. (дата звернення: 29.03.2019).
3. Охрана здоровья в условиях экономического кризиса: задачи, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/132959/Oslo_report_rus.pdf. (дата звернення: 29.03.2019).

МЕДИЧНИЙ ТУРИЗМ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЯК ПОТЕНЦІЙНЕ ДЖЕРЕЛО ІНВЕСТИЦІЙ ДЛЯ РОЗВИТКУ МЕДИЦИНИ

Чухно І.А., Лук'янова Є.М., ХНМУ, Харків

Медичний туризм – «вид туризму, який передбачає виїзд індивіда за межі населеного пункту, де той постійно проживає, задля отримання медичних послуг лікувального, діагностичного, реабілітаційного та профілактичного характеру» [1, с. 186] – нині є доволі популярним явищем у світі. Зважаючи на це, можна припустити, що розвиток медичного туризму в Україні може стати вагомим джерелом фінансових надходжень до сфери охорони здоров'я держави. При цьому, у випадку розвитку інфраструктури медичних закладів та заохочення медичного туризму в рамках державної політики, таких надходжень можуть очікувати як приватні медичні заклади, так і державні та комунальні. Згідно з даними, приведеними В. Янишевською, президентом Української асоціації медичного туризму, кількість медичних туристів з інших країн з кожним роком зростає. Слід також зазначити, що особливе місце в розвитку медичного туризму

му займають не лише суто медичні послуги, а й послуги оздоровчого характеру для розвитку ринку яких в Україні є значний потенціал. Зважаючи на важливість економічного базису для розвитку сфери охорони здоров'я, розвиток медичного туризму створить умови для покращання якості надання медичних послуг. За статичними даними лікувально-оздоровчої індустрії Харківської області, за 2016 рік медичне обслуговування в цьому регіоні проходило лише 35 іноземців. Тобто, незважаючи на наявність 815 медичних закладів, закладів оздоровлення та відпочинку в регіоні, він не є привабливим для медичного туризму. Так, у 2017 р. приїхало 50 тис. іноземців для проходження лікування в 200 українських приватних і державних клініках. На думку іноземних громадян, які проходили лікування в Україні, тут їм вигідніше отримувати послуги в області стоматології, репродуктивної та регенеративної медицини, пластичної, ортопедичної, серцево-судинної та офтальмологічної хірургії, косметології завдячуючи нижчим цінам (порівняно з Європою). Наприклад, протезування кульшового суглоба в мережі академічних клінік «Asklepios» Гамбурзького університету в Німеччині буде коштувати не менше \$ 21000, тоді як в Україні – близько \$ 4500 [3]. На думку І. Шамари, це може бути пов'язано з невідповідністю застарілої інфраструктури вимогам елементарного комфорту; низьким рівнем обслуговування та сервісу, «кризою управлінських рішень», викликану проблемою підготовки кадрів; проблемним курсуванням громадського транспорту, жахливим станом доріг; нерозвиненою анімаційною діяльністю; слабким просуванням наявних ресурсів на туристичному ринку, відсутністю роботи з потенційними споживачами послуг [2, с. 215].

Найбільш популярними оздоровчими курортами Харківської області є ДП санаторій «Березівські мінеральні води», ДП санаторій «Високий», клінічний санаторій «Роща», лікувально-оздоровчий санаторій «Ялинка», що розміщені в мальовничих куточках сільської місцевості області, мають усю необхідну, хоча часто й застарілу, інфраструктуру та відіграють важливу роль в економічному житті населених пунктів, що знаходяться поряд. Але дані рекреаційні ресурси не користуються особливою популярністю серед туристів. За останні кілька років завантаження баз відпочинку та санаторіїв відбувається в основному за рахунок соціального страхування, бійців АТО, постраждалих унаслідок військових дій переселенців і людей похилого віку [2, с. 214].

Для використання наявного потенціалу та розвитку медичного туризму в регіоні, в першу чергу, необхідна державна підтримка, що передбачає наявність відповідних правових норм для його здійснення, а також реалізація відповідної інформаційної підтримки медичного туризму на міжнародному рівні (популяризація країни, формування міжнародного іміджу держави як стабільної, розвиненої та безпечної, з високим рівнем розвитку сфери охорони здоров'я). Значну роль в цьому займає і регіональна та місцева політика (підтримка розвитку таких послуг регіональною та місцевою владою, включення розвитку медичного туризму до пріоритетів місцевого розвитку, розробка та реалізація певних

заходів в цьому напрямі, в першу чергу пов'язаних з формуванням відповідного бренду регіону, територій, закладів в інформаційному середовищі). Поряд з цим, важливим резервом для розвитку медичного туризму в регіоні є залучення молоді та стимулювання інноваційності й впровадження творчого підходу в управлінні сферою охорони здоров'я. Наприклад, наразі набирають популярності такі реабілітаційні заходи, як: анімалотерапія, арт-терапія, спортивні заходи та інше. Втілюючи ці заходи до програм санаторно-курортного лікування, можна привернути увагу потенційних споживачів і збільшити частку молоді як серед споживачів, так і серед працівників, а також підвищити доходи закладу за рахунок надання додаткових послуг.

Отже, медичний туризм є гарним потенційним джерелом залучення інвестицій в розвиток медицини. Для активізації медичного туризму в Харківському регіоні слід здійснювати відповідні програми та заходи на рівні регіонального та місцевого управління, сприяти формуванню позитивного іміджу регіону в цілому й окремих територій та медичних і оздоровчих закладів зокрема, оновлювати та осучаснювати спектр послуг, що надаються медичними та оздоровчими закладами, залучаючи до роботи молодь й заохочуючи інноваційність і творчість в управлінні закладами охорони здоров'я, покращувати соціально-побутову та транспортну інфраструктуру.

Список використаних джерел:

1. Мельниченко О.А., Удовиченко Н.М. Медичний туризм: сутність і види. *Соціально-економічний і гуманітарний виміри розвитку торгівлі, готельно-ресторанного та туристичного бізнесу*: зб. тез доп. міжнар. наук.-практ. конф., 23–24 березня 2017 р. Харків: Вид-во ХТЕІ КНТЕУ, 2017. С. 185–186.

2. Шамара І.Н., Скоряк І.В. Проблеми та перспективи розвитку лікувально-оздоровчого туризму в Харківській області. *Вісник ХНУ імені В.Н. Каразіна. (Серія «Міжнародні відносини. Економіка. Країнознавство. Туризм»)*. 2018. Вип. 8. С. 211–217.

3. How Much Ukraine Earns On Medical Tourism: URL: <http://www.ruasean.com> (дата звернення: 01.03.2019).

ДО ПИТАННЯ ПІДВИЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ РОБОТИ ФТИЗІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ ТА ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Чухно І.А., Погорєлова О.О., ХНМУ, Харків

З 1995 р. ВООЗ реєструється епідемія туберкульозу в Україні. Для її подолання ВООЗ поклала на фтизіатричну службу ряд завдань, які необхідно виконати до 2030 року в рамках стратегії «End TB», серед них – досягнення ефективності лікування чутливого до протитуберкульозних препаратів туберкульозу не менше 85 % та мультирезистентного (МРТБ) – не менше 75 % [1]. Виконання цих завдань потребує покращання роботи фтизіатричної служби.

Метою даної роботи було оцінити стан фтизіатричної служби в Україні та Харківській області за 2013–2018 рр. та ефективність її роботи за показниками результативності лікування хворих на туберкульоз. Для аналізу були використані дані аналітично-статистичних довідників «Туберкульоз в Україні» [2–6].

Реформування будь-якої медичної служби може проводитися двома шляхами – екстенсивним, тобто за рахунок збільшення кількості медичного персоналу та ліжок, й інтенсивним, тобто за рахунок покращання методів діагностики, лікування та умов праці. До 2013 р. розвитку фтизіатричної служби переважав екстенсивний шлях і у 2013 р. забезпеченість лікарями-фтизіатрами складала 0,60 на 10 тис. населення по Україні в цілому та 0,60 на 10 тис. населення в Харківській області. Забезпеченість фтизіатричними ліжками в Україні та Харківській області складала 4,80 та 3,90 на 10 тис. населення, відповідно. При цьому результативність лікування хворих на чутливий туберкульоз в Україні та в Харківській області зокрема, складала 64,0 %, а хворих на мультирезистентний туберкульоз – 41,7 % в Україні та 44,6 % в Харківській області.

Упродовж 2013–2017 рр. відбулося скорочення забезпечення лікарями фтизіатрами в Україні до 0,52 на 100 тис. населення, тобто на 13,3 %. В Харківській області цей показник був більш сталим – 0,56 на 10 тис. населення, що відповідає скороченню на 6,7 %. Забезпеченість фтизіатричними ліжками скоротилась в Україні на 31,7 % до 3,28 на 10 тис. населення та на 32,1 %, в Харківській області цей показник скоротився до 2,65 на 10 тис. населення.

Але при цьому відбулося покращання роботи фтизіатричної служби за шляхом інтенсифікації, а саме: було повсюдно впроваджено методику ранньої молекулярно-генетичної діагностики резистентності мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних препаратів, які дозволили в перші дні лікування призначати хворим індивідуальний більш ефективний режим хіміотерапії. Також було переглянуто режими лікування хворих, введено більш досконалі стандартизовані режими хіміотерапії. Ці покращання дозволили підвищити результативність лікування чутливого туберкульозу в Україні до 75,5 % (на 11,5 %), і до 77,2 % (на 13,2%) в Харківській області, а МРТБ – до 50,8 % (на 9,1 %) в Україні та до 55,4 % (на 10,8 %) в Харківській області.

Порівняно кращі показники в Харківській області можна пояснити тим, що лікарі Харківської області завжди брали активну участь у пілотних проектах і впровадженні інноваційних методик. Також в протитуберкульозних диспансерах Харківської області було проведено цілий ряд заходів щодо покращання умов праці медичного персоналу, зокрема щодо забезпечення дотримання норм інфекційного контролю. Співробітники диспансерів були забезпечені засобами індивідуального захисту (респіраторами з НЕРА-фільтрами), відділення обладнані інженерно-технічними засобами інфекційного контролю (ультрафіолетові лампи, примусова вентиляція), відділення чітко розділені на «чисті» та «брудні» зони. Це дозволило знизити захворюваність серед медичного персоналу протитуберкульозних диспансерів з 126,0 на 100 тис. мед. працівників у 2013 р.

до 66,7 на 100 тис. мед. працівників у 2017 р., тобто майже удвічі, в той час як в Україні в цілому цей показник залишається високим і продовжує зростати з 83,7 на 100 тис. мед. працівників (2013 р.) до 168,7 на 100 тис. мед. працівників (2017 р.). Покращання умов праці медичного персоналу також позитивно відображається на результативності роботи фтизіатричної служби.

Відтак, аналіз результативності роботи фтизіатричної служби упродовж 2013–2017 рр. показав, що покращання матеріально-технічного та методологічного забезпечення, а також умов праці медичного персоналу значно підвищує результативність роботи та є більш виправданим, ніж збільшення кількості посад і ліжок у протитуберкульозних диспансерах.

Список використаних джерел:

1. WHO End TB Strategy, WHO. 2015. URL: https://www.who.int/tb/post2015_strategy/en/ (дата звернення: 01.03.2019).
2. Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник. 2013. URL: <https://phc.org.ua/pages/diseases/tuberculosis/surveillance/statistical-information> (дата звернення: 01.03.2019).
3. Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник. 2014. URL: <https://phc.org.ua/pages/diseases/tuberculosis/surveillance/statistical-information> (дата звернення: 01.03.2019).
4. Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник. 2015. URL: https://www.slideshare.net/Ukraine_CDC/2014-52881494 (дата звернення: 01.03.2019).
5. Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник. 2016. URL: https://phc.org.ua/uploads/files/Bulleten_TB_2017.pdf (дата звернення: 01.03.2019).
6. Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник. 2017. URL: <https://phc.org.ua/uploads/files/%...2018.pdf> (дата звернення: 01.03.2019).

ОКРЕМІ АСПЕКТИ ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ В ДЕРЖАВНОМУ РЕГУЛЮВАННІ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Чухно І.А., Рождественська А.О., ХНМУ, Харків

Важливим індикатором суспільного розвитку та ефективності державного управління країни є рівень здоров'я її населення. Головним питанням сьогодення в сфері охорони здоров'я в Україні залишається процес реформування первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) як найбільш доступної та масової, оскільки раніше у вітчизняній системі охорони здоров'я надмірна увага приділялась вузькій спеціалізації медичної допомоги [3]. Реформування первинної ланки надання медичної допомоги населенню охоплює як організаційні аспекти діяльності медичних закладів на цьому рівні та отримання допомоги населенням, так і питання фінансового забезпечення діяльності закладів, надання до-

помогти та формування оплати праці медичних працівників. Впроваджені, як і будь-які зміни, не зважаючи на їх спрямованість, викликають певне невдоволення та супротив з боку різних груп інтересів і зацікавлених сторін й вимагають відповідного інформаційного супроводу та популяризації в рамках реалізації медичної реформи. Тому актуальним нині є пошук методів і способів підвищення результативності державного регулювання ПМСД.

Метою дослідження є аналіз проблеми процесу прийняття управлінських рішень в державному регулюванні реформування первинної ланки медичної допомоги в Україні та виокремлення шляхів підвищення результативності управлінської діяльності в сфері охорони здоров'я для надання якісної медичної допомоги населенню країни.

Спроби реформування системи охорони здоров'я України та адаптації її до нових умов й змін в суспільному житті відбувалися протягом всього часу її незалежності. Проте, на відміну від більшості пострадянських країн, Україні не вдалося перейти на ринкову модель надання медичних послуг, тому Уряд перейшов до активних дій щодо впровадження медичної реформи [1]. Реформа, що впроваджується нині суттєво відрізняється від тих варіантів змін, що обговорювалися в Україні протягом тривалого часу, але так і не були реалізовані. Загалом реформування почалося з первинної ланки надання медичної допомоги населенню й передбачатиме поступальне реформування всіх рівнів медичної системи. Довгоочікувані зміни організації медичної допомоги на первинній ланці в Україні почалися з моменту вступу в силу Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII від 19.10.2017 р. Також був прийнятий Закон України «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України» від 07.12.2017 р. № 2233-VIII і Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» № 2206-VIII від 14.11.2017 р. [4].

Проте реформування проходить не так легко, й стикається з цілим рядом проблем. Як зазначають науковці, «реформування відбувається в форсованому темпі та не враховує необхідність періодів адаптації безпосередніх учасників процесів надання ПМСД. Існує ряд складнощів у впровадженні управлінських рішень щодо реорганізації системи ПМСД. Дискутабельними залишаються питання зміни юридичних, економічних та організаційних механізмів охорони здоров'я населення України, доцільності та легітимності діяльності керівників органів державного управління у сфері охорони здоров'я» [5]. Значної кількості цих проблем можна було б уникнути підвищенням якості суто управлінської діяльності та застосуванням в процесі реформування загальновідомих і поширених у світі засад здійснення публічного управління та прийняття і реалізації управлінських рішень. Загалом, «управлінські рішення щодо реформування сфери охорони здоров'я мають відповідати чотирьом пріоритетним напрямкам: автономізації медичних закладів, забезпечення їх комп'ютерним обладнанням, визначення інфраструктурних умов для належної роботи лікарів первинної лан-

ки, організації транспортних шляхів для пацієнтів» [2]. Проте базуватись вони мають на сучасних підходах і принципах публічного управління та адміністрування (зокрема законності, легітимності, соціальної справедливості, рівності прав і свобод громадян, а також комплексності та системності, універсальності управління, цілепокладання, доцільності, пропорційності, зворотного зв'язку). Теоретичні та практичні напрацювання в цій царині дають змогу сформувати дієву та ефективну систему прийняття й реалізації управлінських рішень, здатну полегшити та оптимізувати процес реформування цієї сфери.

Отож, зміни організації ПМСД мають здійснюватися за допомогою ретельно продуманих і легітимних управлінських дій, спрямованих на послідовну зміну системи медичної допомоги. Державне регулювання реформи повинно бути гнучким і передбачати регулярну перевірку ефективності проведених змін й оцінку поточних результатів прийнятих управлінських рішень. Проведення медичної реформи не має бути самоціллю діяльності апарату державного управління, а зрештою – має вдосконалити систему ПМСД.

Список використаних джерел:

1. Аксютіна А.В., Сердюкова Н.В. Медична реформа в Україні: особливості впровадження. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2017. № 6. С. 114–116.
2. Західна О.Р., Мидлик Ю.І. Медична реформа в умовах децентралізації влади в Україні. *Молодий вчений*. 2017. № 11. С. 1155–1158.
3. Кринична І. Державне регулювання реформування галузі охорони здоров'я в Україні: аналіз очікуваних результатів реалізації реформ. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2015. Вип. 2. С. 137–147.
4. Тарнавська І.Я. Огляд та характеристика законодавчої бази, яка стосується реформи охорони здоров'я України. *Порівняльно-аналітичне право*. 2018. № 4. С. 347–349.
5. Ямненко Т.М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. *Юридичний вісник*. 2018. № 2. С. 116–120.

EFFECTIVENESS OF APPLICATION OF GLASS IONOMER CEMENT IN THE CLINIC OF THERAPEUTIC DENTISTRY

Ryabokon Ye., Volkova O., Tokar A., Kanunik T., KhNMU, Kharkov

Alternative materials in the restoration therapy are glass-ionomer cements (GIC), which solve the problems of treatment of demineralized dental tissues [1]. The purpose of the study: determination of the effectiveness of treatment of caries of the chewing group of teeth with the use of GIC «Ionolat» (Latus, Ukraine).

Subjects and methods of investigation: we performed filling of carious cavities of 1 and 2 classes by Black in 30 molars for acute middle caries using «Ionolat» in

12 patients aged 4–6 years (main group) [1]. The comparison group consisted of 10 patients, similar in age, diagnosis and localization of carious cavities, GC Fuji IX was used to fill caries cavities in 28 molars. Evaluation of the effectiveness of treatment was carried out after 6 and 12 months.

Results and discussions: As a result of the study in the main group, patients did not complain during the follow-up period. When probing, the seals fit snugly against the edges of the cavity and had an aesthetic appearance. Percussion of teeth, reaction to cold was painless. In the comparison group at 6 and 12 months, a high strength of the material and an anticaries effect were also observed [2]. Thus, the conducted study showed that using of the GIC «Ionolat» in children due to its properties has good long-term results, it is recommended for wide clinical practice, which is especially important in modern socio-economic conditions.

References:

1. Donly K.J., Henson T. Glass ionomer cement restorations for contemporary pediatric dentistry. *Alpha Omega*. 2005. № 98. P. 21–25.
2. Lohbauer Ulrich. Dental Glass Ionomer Cements as Permanent Filling Materials? *Properties, Limitations and Future Trends. Materials*. 2010. № 3. P. 76–96.

WAYS OF OPTIMIZING HEALTH CARE FOR CHILDREN WITH OBESITY AT THE PRIMARY LEVEL

Pomogaybo K., Nartey L., KhNMU, Kharkiv, Ukraine

The primary objective of the primary health care unit is to conduct effective educational activities for the most popular among the population in the field of healthy eating habits. In addition, it is necessary to promote among the population modern scientifically grounded dietary recommendations that are in line with the principles of rational nutrition and contribute to reducing the risk of alimentary-induced chronic non-infectious pathology. Based on foreign experience, it should be noted that the most effective form is the introduction into the state clinics of weight centers or departments, offices that will provide specialized care to patients with alimentary-induced diseases, or school of education for this category of patients must function. In such units, patients should provide medical care using the method of individual or group preventive counseling and monitor them dynamically. Thus, outpatient patients will receive individually developed dietary and psychological recommendations. The organization of the work of these units includes the availability of rooms with special furniture for overweight and medical equipment and the creation of conditions for consultation on healthy nutrition, not only individually, but also during group activities. At the same time, for the purpose of organizing effective work, the departments of the outpatient and polyclinic institution (registration, prevention

department, pre-hospital reception room) should be involved and clearly defined tasks for each of these units [2, c. 24].

Therefore, the tasks of the departments for the correction of alimentary determinants of risk of non-infectious diseases (Center for weight correction and others) should be: informing patients (group or individual), forming motivation, active attitude to overweight correction, teaching parents and children the skills to self-control eating behavior and the ability to form diets of daily nutrition, counseling the psychologist, dietician (as necessary) and dynamic monitoring of the effectiveness and safety of treatment. The medical care of the indicated departments should be carried out in several stages. At the initial stage, a model of preventive behavior (assessment of patient's readiness for therapy) should be evaluated and the parents of the child play an exceptional role in this process. The following steps should be taken at the second stage: counseling patients (parents of the child) on the principles of rational nutrition, developing individual dietary and medical recommendations (if possible with the participation of a doctor-dietician), type of motor regimen and exercise program (together with the medical staff of the physical therapy office), the organization of providing the patient with the assistance of a psychotherapist as necessary. At the last stage, the control of the dynamics of treatment effectiveness should be monitored within the established timeframe. The tasks of the departments should also include the carrying out of appropriate laboratory and instrumental studies, the development of individual recommendations in the event of contraindications for treatment in such departments, dynamic observation on an individual basis and the decision about the possibility and need for further treatment [1, c. 71].

The use of many years of world experience in solving the problem studied in health care institutions of our country will improve the quality and increase the effectiveness of providing medical care to people with excess body weight and obesity.

References:

1. Дячук Д.Д., Матюха Л.Ф., Заболотна І.Е. Обізнаність сімейних лікарів з питань надлишкової маси тіла та ожиріння у дітей (за даними анкетування лікарів загальної практики – сімейних лікарів). *Сімейна медицина*. 2017. № 3. С. 69–72.
2. Єрмоленко Н.О., Зарудна О.І., Голик І.В. Ожиріння – проблема сучасності. *Медсестринство*. 2016. № 1. С. 23–26.

MEDICO-SOCIAL EXPERT COMMISSION, BASIS OF SOCIAL PROTECTION OF THE POPULATION

Yaremenko A., Orel O., KhNMU, Kharkiv

This is a very important issue today as the number of people with disabilities and people in need of medical and social assistance is increasing day by day. Let's

consider the concept of expertise in general, expert examination, examination by an expert of certain matters, issues requiring special knowledge. In the most general form, examination is a way of analyzing causal relationships. In medical practice, the following types of expertise are distinguished: examination of temporary and permanent disability, military-medical, forensic and psychiatric and forensic medical. Medico-social examination is carried out to determine the extent of the loss of health, the degree of limitation of the person's life, caused by persistent disorder of the functions of the organism, the group of disability, the causes and time of its onset.

In all countries of the world there are always people with disabilities. And the saddest thing is that their number is constantly increasing. Disability is an important medical and social problem of mankind, it is associated with the incidence of the population and, in fact, is its result. The attitude of the state towards the disabled has gone a long way: from the usual care of the disabled to the possibility of receiving the disability of higher education and medical-social and professional rehabilitation. The degree of social protection of the population makes it possible to judge the development of the social system, the level of economic development of the country and the welfare of the people. From these positions the provision of medical and social services to people with disabilities is an important matter for the state.

In Ukraine, there is a provision on medical and social examination, according to the provisions of this provision, examination is carried out by persons applying for the establishment of disability, which are sent to a health care and preventive health care institution after diagnostic and therapeutic measures, and in the presence of confirmation of a persistent violation of the functions of the organism that cause limitation of human life. And, of course, the legal and regulatory framework that governs the medical and social commission is the Constitution and laws of Ukraine.

Commission's conclusions and rehabilitation measures, which are defined in the individual program of a person with disabilities, are obligatory for executive authorities and rehabilitation centers, organizations in which this person works. The main functions of the medical and social commission are: medical and social protection of the population, prevention of disability, development of rehabilitation programs for people with disabilities, participation in the employment of disabled people, providing recommendations on possible forms of work organization or contraindicated types and conditions of the law.

Also, medical and social commissions determine: the degree of limitation of the lives of persons applying for the establishment of disability, the need for external supervision or care, rehabilitation, disability group, the degree of sustained limitation of life of patients to send them to the hospital, the need of the disabled in providing them with technical and other means of rehabilitation, medical products, as well as the need of the disabled, victims of an accident at work, with a permanent loss of disability in medical and social assistance, including in additional nutrition, medicine, special medical, permanent external supervision, care or assistance, household maintenance, prosthetics, spa treatment, purchase of special means of transportation.

The Medical Social Commission also determines the causes of the death of a disabled person or a person whose degree of incapacity is defined by the commission in percentage terms on the basis of a death certificate in the case when the law provides for the provision of benefits to the family members of the deceased.

Consequently, the problem of disability of the population is one of the priority problems of the state and society, and it characterizes the social development of each state. Due to the medical and social commission, people with disabilities have social and legal protection and can feel full members of society.

References:

1. Naumenko L.Yu., Chemirosov V.V. [and others]. Approximate terms of temporary disability in the main nosological forms of diseases and injuries. Dnepropetrovsk, 2008. 78 s.

2. Naumenko L.Yu., Chemirosov V.V. [and others]. Fundamentals of medical and social examination and rehabilitation of patients and invalids. Dnepropetrovsk, 2008. 78 s.

3. Danilova S.G., Memetov S.S. Medical and social expertise in health care. Legal Issues in health. 2015. № 12. P. 84–95.

4. Puzin S.N., Memetov S.S., Shurgaya M.A., Lapteva A.E., Kuznetsova E.A. The quality of medical and social expertise: modern aspects of the formation of the clinical and functional diagnosis. *Med.-sots. expert. and rehabil.* 2015. № 18. P. 4–6.

ПЕРЕЛІК УЧАСНИКІВ

науково-практичної конференції "Надбання сучасної епідеміології та біостатистики як запорука покращання громадського здоров'я в Україні"

(з нагоди 120-річчя від дня народження З.А. Гуревича,
видатного соціал-гігієніста, завідувача кафедри соціальної гігієни
та організації охорони здоров'я ХНМУ) – 18 квітня 2019 р.

AGGRAVAL Riddhi	студент, VI медичний факультет, 1 курс, 18 група, ХНМУ, Харків
BAFFOUR Britvoum Nana	студент, VI медичний факультет, 1 курс, 11 група, ХНМУ, Харків
DASKAPAN Silvan	студент, VI медичний факультет, 2 курс, 13 група, ХНМУ, Харків
ELSAYED Mohamed	студент, факультет інфокомунікації, АМЗМі-16-1, Харківський національний університет радіоелектроніки, Харків
KAREEM Husam	студент, VI медичний факультет, 1 курс, 18 група, ХНМУ, Харків
NARTEY Lydia	студент, VI медичний факультет, 3 курс, 27 група, ХНМУ, Харків
RHEA Singh	студент, VI медичний факультет, 4 курс, 9 група, ХНМУ, Харків
SALAM Logina	студент, VI медичний факультет, 1 курс, 18 група, ХНМУ, Харків
АЛЕКСЕЄНКО Роман Васильович	к.мед.н., доц., доцент кафедри фізіології, ХНМУ, Харків
АРАСЛАНОВА Тетяна Романівна	студент, II медичний факультет, 4 курс, 20 група, ХНМУ, Харків
АСТАПОВА Яна Валеріївна	лаборант кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
БАГЛИК Тетяна Вікторівна	к.мед.н., доцент кафедри терапевтичної стоматології, ХНМУ, Харків
БАРЧАН Ганна Сергіївна	асистент кафедри пропедевтики педіатрії № 1, ХНМУ, Харків
БАСНЄВА Олена Олексіївна	студент, III медичний факультет, група МС-17маг, ХНМУ, Харків
БЕЗУГЛА Лілія Валентинівна	студент, I медичний факультет, 3 курс, 9 група, ХНМУ, Харків
БОНДАРЕНКО Марина Анатоліївна	к.фіз.-мат.н., доц., доцент кафедри медичної та біологічної фізики і медичної інформатики, ХНМУ, Харків

ВАСИЛЬСВ Костянтин Костянтинович	д.мед.н., проф., професор кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я і медичного права, Одеський національний медичний університет, Одеса
ВАСИЛЬСВ Юрій Костянтинович	к.мед.н., доц., доцент кафедри громадського здоров'я, Медичний інститут Сумського державного університету, Суми
ВАШЕВ Олег Єгорович	к.мед.н., доц., доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
ВОЛКОВА Ольга Сергіївна	к.мед.н., доцент кафедри терапевтичної стоматології, ХНМУ, Харків
ГАВКАЛОВА Наталія Леонідівна	д.е.н., проф., завідувач кафедри державного управління, публічного адміністрування та регіональної економіки Харківського національного економічного університету ім. С. Кузнеця, Харків
ГАПОНОВА Еліна Олександрівна	асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
ГАРМАШ Ольга Володимирівна	к.мед.н., доцент кафедри терапевтичної стоматології, ХНМУ, Харків
ГЛОБА Наталія Сергіївна	асистент кафедри фізіології, ХНМУ, Харків
ГОРБУНОВА Ірина Василівна	студент, II медичний факультет, 4 курс, 20 група, ХНМУ, Харків
ГОРДІЄНКО Ніна Олександрівна	к.б.н., доц., доцент кафедри медичної та біологічної фізики і медичної інформатики, ХНМУ, Харків
ГРАНКІНА Світлана Семенівна	асистент кафедри медичної та біологічної фізики і медичної інформатики, ХНМУ, Харків
ГРИГОРОВА Ірина Анатоліївна	д.мед.н., проф., заслужений діяч науки і техніки України, завідувач кафедри неврології № 1, ХНМУ, Харків
ГРИГОРОВ Микола Миколайович	асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
ГРИШНЯЄВА Олена Володимирівна	асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
ГУБІН Микола Володимирович	к.мед.н., доц., доцент кафедри судової медицини, медичного правознавства ім. засл. проф. М.С. Бокаріуса, ХНМУ, Харків
ГУТОР Тарас Григорович	к.мед.н., доц., в.о. завідувача кафедри соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я; керівник центру біостатистики, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів
ДЯЧЕК Віталій Васильович	к.е.н., викладач кафедри управління та адміністрування, Каразінська школа бізнесу, Харків

ЄМЧЕНКО Віра Ігорівна	заступник головного лікаря з медичної частини, КЗОЗ "Харківська міська стоматологічна поліклініка № 7", Харків
ЖУРАВЕЛЬ Олександр Сергійович	студент, IV медичний факультет, 1 курс, 1 група, ХНМУ, Харків
ЗАВАДА Оксана Олександрівна	к.фарм.н., старший викладач кафедри медичної та біоорганічної хімії, ХНМУ, Харків
ЗАВГОРОДНІЙ Ігор Володимирович	д.мед.н., проф., директор навчально-наукового інституту якості освіти, ХНМУ, Харків
ЗАЙЦЕВА Ольга Василівна	д.біол.н., проф., професор кафедри медичної та біологічної фізики і медичної інформатики, ХНМУ, Харків
ЗІНЧУК Андрій Миколайович	к.мед.н., доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
ЗІНЧУК Ольга Геннадіївна	викладач, Харківський регіональний медичний коледж, Харків
ЗУПАНЕЦЬ Ігор Альбертович	д.мед.н., професор, завідувач кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації, Національний фармацевтичний університет, Харків
ІСАЄВА Інна Миколаївна	к.мед.н., доц., доцент кафедри фізіології, ХНМУ, Харків
КАЛІНЕНКО Ольга Сергіївна	к.х.н., асистент кафедри медичної та біоорганічної хімії, ХНМУ, Харків
КАНУНІК Тетяна Сергіївна	асистент кафедри терапевтичної стоматології, ХНМУ, Харків
КАРМАЗІНА Ірина Станіславівна	к.мед.н., доц., доцент кафедри фізіології, ХНМУ, Харків
КНІГАВКО Володимир Гілярійович	д.біол.н., проф., завідувач кафедри медичної та біологічної фізики і медичної інформатики, ХНМУ, Харків
КОВАЛЬСЬКА Оксана Романівна	к.мед.н., асистент кафедри соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я; спеціаліст центру біостатистики, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів
КОЗИРЄВА Олена Валентинівна	д.е.н., професор, завідувач кафедри менеджменту і адміністрування, Національний фармацевтичний університет, Харків
КОЗЬКО Володимир Миколайович	д.мед.н., професор, завідувач кафедри інфекційних хвороб, ХНМУ, Харків
КОРОП Олег Андрійович	д.мед.н., проф., професор кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ; професор кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я, ХМАПО, Харків

КОЧАРОВА Тетяна Ростиславівна	ст. викладач кафедри медичної та біологічної фізики і медичної інформатики, ХНМУ, м. Харків
КРАВЧЕНКО Валерій Іванович	к.е.н., доц., доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
КРУПЕНЯ Володимир Ілліч	к.мед.н., доц., доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ; доцент кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я, ХМАПО, Харків
КРЮКОВ Олексій Ігорович	д.держ.упр., проф., професор кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ; професор кафедри публічного адміністрування у сфері цивільного захисту, НУЦЗУ, Харків
КУРЯЧА Оксана Павлівна	студент, II медичний факультет, 5 курс, 15 група, ХНМУ, Харків
КУЦЕНКО Каріна Вадимівна	судово-медичний експерт відділу комісійних судово-медичних експертиз, Харківське обласне бюро судово-медичної експертизи, Харків
ЛІСОВИЙ Володимир Миколайович	д.мед.н., проф., заслужений лікар України, член-кореспондент Національної академії медичних наук України, ректор, ХНМУ, Харків
ЛУК'ЯНОВА Євгенія Михайлівна	студент, спеціальність «Публічне управління та адміністрування», I курс; аспірант кафедри патологічної фізіології ім. Д.О. Альперна, ХНМУ, Харків
МАРТИНЕНКО Наталія Миколаївна	к.і.н., доц., доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
МЕЗНІКОВ Олександр Володимирович	студент, IV медичний факультет, 1 курс, 1 група, ХНМУ, Харків
МЕЛЬНИЧЕНКО Олександр Анатолійович	д.держ.упр., проф., професор кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
МЕРКУЛОВА Ніна Федорівна	к.мед.н., доцент кафедри інфекційних хвороб, ХНМУ, Харків
МІЩЕНКО Марина Михайлівна	асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
МІЩЕНКО Олександр Миколайович	к.мед.н., доцент кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології, Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Харків
МКРТЧЯН Аміна Аліксанівна	студент, III медичний факультет, 1 курс, 21 група, ХНМУ, Харків
МОМОТ Анна Анатоліївна	студент, II медичний факультет, 3 курс, 11 група, ХНМУ, Харків

МОРГУН Андрій Олександрович	судово-медичний експерт відділу комісійних судово-медичних експертиз, Харківське обласне бюро судово-медичної експертизи, Харків
МОРОЗ Ганна Андріївна	студент, І медичний факультет, 3 курс, 9 група, ХНМУ, Харків
М'ЯКІНА Олександр Володимирович	к.мед.н., доц., доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
НАГУТА Людмила Олександрівна	к.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології № 1, ХНМУ, Харків
НОВІКОВА Ірина Володимирівна	к.мед.н., асистент кафедри біологічної хімії, ХНМУ, Харків
ОГНЄВ Віктор Андрійович	д.мед.н., проф., завідувач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
ОЛЬХОВСЬКИЙ Василь Олексійович	д.мед.н., проф., завідувач кафедри судової медицини, медичного правознавства ім. засл. проф. М.С. Бокаріуса, ХНМУ, Харків
ОРЕЛ Ольга Володимирівна	асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
ПАСІЧНИК Анастасія Юріївна	студент, IV медичний факультет, 4 курс, 3 група, ХНМУ, Харків
ПЕТРОВА Зоя Петрівна	к.мед.н., доц., доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
ПОГОРЄЛОВА Ольга Олександрівна	студент, спеціальність «Публічне управління та адміністрування», І курс, ХНМУ, Харків
ПОДПРЯДОВА Анна Анатоліївна	асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
ПОДРІГАЛО Леонід Володимирович	д.мед.н., проф., завідувач кафедри гігієни та фізіології людини, Харківська державна академія фізичної культури, Харків
ПОМОГАЙБО Катерина Георгіївна	асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
ПРОСОЛЕНКО Наталія Василівна	к.мед.н., доц., доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ; доцент кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я, ХМАПО, Харків
РАДЗІШЕВСЬКА Євгенія Борисівна	к.фіз.-мат.н., доц., доцент кафедри медичної та біологічної фізики і медичної інформатики, ХНМУ, Харків
РИСОВАНА Любов Михайлівна	к.т.н., ст. викладач кафедри медичної та біологічної фізики і медичної інформатики, ХНМУ, Харків

РОВНА Ольга Олександрівна	к.б.н., доц., доцент кафедри гігієни та фізіології людини, Харківська державна академія фізичної культури, Харків
РОГОЖИН Борис Анатолійович	к.мед.н., доц., доцент кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я, ХМАПО, Харків
РОЖДЕСТВЕНСЬКА Анастасія Олександрівна	студент, спеціальність «Публічне управління та адміністрування», I курс; аспірант кафедри внутрішньої медицини № 1, ХНМУ, Харків
РУКІН Олексій Сергійович	к.фіз.-мат.н., асистент кафедри медичної та біологічної фізики і медичної інформатики, ХНМУ, Харків
РЯБОКОНЬ Євген Миколайович	д.мед.н., проф., завідувач кафедри терапевтичної стоматології, ХНМУ, Харків
САМОХІН Дмитро Сергійович	студент, II медичний факультет, 3 курс, 16 група, ХНМУ, Харків
СВЕНТОЗЕЛЬСЬКА Тетяна Володимирівна	студент, II медичний факультет, 3 курс, 16 група, ХНМУ, Харків
СЕМЕНЕНКО Олена Володимирівна	асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
СЕРДЮК Олександр Іванович	д.мед.н., проф., завідувач кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я, ХМАПО, Харків
СЕРДЮК Юлія Дмитрівна	студент, II медичний факультет, 4 курс, 21 група, ХНМУ, Харків
СИДОРЕНКО Микола Олександрович	к.мед.н., доцент, в.о. завідувача кафедри гігієни та екології № 2, ХНМУ, Харків
СЛПЕЦЬКИЙ Роман Ростиславович	асистент кафедри онкології та радіології; спеціаліст центру біостатистики, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів
СОКОЛ В'ячеслав Костянтинович	к.мед.н., доц., доцент кафедри судової медицини, медичного правознавства ім. засл. проф. М.С. Бокаріуса, ХНМУ, Харків
СОКОЛ Костянтин Михайлович	к.мед.н., проф., професор кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
СОЛОДОВНИКОВ Андрій Сергійович	к.т.н., ст. викладач кафедри медичної та біологічної фізики і медичної інформатики, ХНМУ, Харків
СТЕБЛЯНКО Людмила Вікторівна	асистент кафедри терапевтичної стоматології, ХНМУ, Харків
СУМЕЦЬ Олександр Михайлович	д.е.н., доц., професор кафедри менеджменту і адміністрування, Національний фармацевтичний університет, Харків

ТКАЧЕНКО Віталій Григорович	к.мед.н., асистент кафедри інфекційних хвороб, ХНМУ, Харків
ТОКАР Аліма Абдулкадерівна	асистент кафедри терапевтичної стоматології, ХНМУ, Харків
ТРЕГУБ Павло Олегович	асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
УДОВИЧЕНКО Наталія Миколаївна	к.держ.упр., доц., доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ; Директор Центру інноваційних технологій «Планета стоматології», Харків
УСЕНКО Світлана Георгіївна	к.мед.н., доц., доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
УСЕНКО Сергій Анатолійович	к.мед.н., доц., доцент кафедри гігієни, епідеміології та професійних захворювань, Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків
ФРОЛОВА Тетяна Володимирівна	д.мед.н., проф., завідувач кафедри пропедевтики педіатрії № 1, ХНМУ, Харків
ХИЖНЯК Володимир Володимирович	к.мед.н., доц., доцент кафедри судової медицини, медичного правознавства ім. засл. проф. М.С. Бокаріуса, ХНМУ, Харків
ЧЕРНЕНКО Інна Іванівна	к.мед.н., старший викладач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
ЧЕРНЕНКО Наталія Геннадіївна	студент, II медичний факультет, 4 курс, 21 група, ХНМУ, Харків
ЧУХНО Інна Анатоліївна	к.держ.упр., доц., доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків
ШЕВЛЯКОВА Наталія Миколаївна	студент, I медичний факультет, 6 курс, 11 група, ХНМУ, Харків
ШУБА Ірина Вікторівна	асистент кафедри медичної та біологічної фізики і медичної інформатики, ХНМУ, Харків
ЩЕРБИНА Ірина Миколаївна	д.мед.н., проф., професор кафедри акушерства та гінекології № 1, ХНМУ, Харків
ЯРЕМЕНКО Альона Володимирівна	асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, ХНМУ, Харків

ЗМІСТ

ПРИВІТАННЯ ректора ректора Харківського національного медичного університету, члена-кореспондента Національної академії медичних наук України, заслуженого лікаря України, д.мед.н., проф. В.М. Лісового учасникам науково-практичної конференції "Надбання сучасної епідеміології та біостатистики як запорука покращання громадського здоров'я в Україні" (з нагоди 120-річчя від дня народження З.А. Гуревича, видатного соціал-гігієніста, завідувача кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я ХМІ)	3
Секція 1. ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ	5
Лісовий В.Н., Огнєв В.А., Петрова З.П. Зиновій Анатолійович Гуревич – видатний соціал-гігієніст, завідувач кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Харківського медичного інституту	5
Огнєв В.А. Основні етапи формування біологічної статистики	8
Васильєв К.К., Васильєв Ю.К. Диференціація викладання профілактичних дисциплін в Україні в 1920-х роках: створення кафедр соціальної гігієни, гігієни праці та епідеміології	14
Ольховський В.О., Губін М.В., Сокол В.К. Вшанування пам'яті професорів Бокаріусів – Миколи Сергійовича та Миколи Миколайовича	16
Сердюк О.І., Короп О.А., Рогожин Б.А., Просолєнко Н.В., Крупеня В.І. Вітчизняний досвід лікарського самоврядування	18
Фролова Т.В., Барчан Г.С. Пам'яті вчителя – професора В.М. Коломенського	19
Мякина А.В., Журавель А.С. Развитие медицины на Черниговщине	20
Мякина А.В., Мезников А.В. Научные взгляды на медицину Моисея Маймонида	22
М'якина О.В., Мкртчян А.А. Героїзм Марії Шкарлетової	24
Martynenko N. Tendencies of the universal educational processes	25
Martynenko N., Baffour B.N. Organization of medical care in ancient Egypt ..	26
Podpriadova A. The contribution of professor V.P. Obratsov to the development of cardiology	27
Semenenko E., Aggraval R. The treatment of vitiligo by the ayurveda methods	28
Semenenko E., Daskapan S. Contribution of antonie van leeuwenhoek to microbiology	29
Semenenko E., Kareem H. Michael Servetus – the pioneer in the study about blood circulation	30
Semenenko E., Salam L. Treatments of migraine in the middle ages	31

Секція 2. ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я ТА СУЧАСНА ЕПІДЕМІОЛОГІЯ	33
Огнєв В.А., Лісова Г.В., Бєлєвцова Я.С. «Сучасна епідеміологія» – розділ медичної науки та базова навчальна дисципліна	33
Ткаченко В.Г., Козько В.М., Меркулова Н.Ф. Вектори розвитку сучасної епідеміології	37
Щербина І.М., Нагута Л.О. Покращання якості життя у жінок менопаузального віку з урогенітальними розладами	38
Сокол К.М., Сидоренко М.О., Завгородній І.В. Аналіз надзвичайних станів і катастроф в Харківській області	40
Сокол К.М., Подрігало Л.В., Ровна О.О. Особливості моніторингу функціонального стану юних спортсменів	41
Мельниченко О.А., Безугла Л.В. Неконтрольований прийом лікарських засобів як загроза здоров'ю населення	43
Мельниченко О.А., Прокопенко І.В. Наслідки неналежного лікування позалікарняної пневмонії	46
Мельниченко О.А., Удовиченко Н.М., Ємченко В.І. Полеміка щодо співвідношення понять «стоматологічна допомога» та «стоматологічна послуга»	48
Міщенко М.М., Куряча О.П. Динаміка захворюваності населення України на туберкульоз за 1998–2018 рр.	50
Міщенко М.М., Міщенко О.М. Медико-соціальні проблеми пацієнтів з судинними захворюваннями головного мозку	52
Міщенко М.М., Момот А.А. Медико-соціальні аспекти поширеності гострого панкреатиту в Україні	53
Трегуб П.О., Арасланова Т.Р. Вплив інвалідності на соціально-економічні аспекти життя осіб з обмеженими можливостями	55
Трегуб П.О., Сердюк Ю.Д., Черненко Н.Г. Епідемічна ситуація відносно кору в Україні	57
Черненко І.І., Самохін Д.С. Проблеми соціальної роботи в Україні	58
Isaieva I., Karmazina I., Hloba N. Translational medicine: intersection between theory and practice	60
Martynenko N., Elsayed M. The negative and positive impact of modern technology and modern science on human life and health	62
Podpriadova A. Psychological aspects of cardiac rehabilitation of patients after myocardial infarction	64
Pomogaybo K., Nartey L. Stages of medical care for children with obesity and overweight	65
Zinchuk A., Rhea S., Zinchuk O. Medical and social aspects of mental disorders in children and adolescents	66

Секція 3. БІОСТАТИСТИКА ТА ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА	70
Огнєв В.А. Основи доказової медицини	70
Рябоконт Є.М., Баглик Т.В., Стеблянкo Л.В., Гармаш О.В. Визначення стоматологічного статусу осіб молодого віку популяції північного сходу України	72
Радзішевська Є.Б., Гордієнко Н.О., Гранкіна С.С. Підходи доказової медицини у дослідженні питання розвитку віддалених наслідків лікування у хворих на рак щитоподібної залози	73
Радзішевська Є.Б., Солодовніков А.С., Кочарова Т.Р. Дослідження залежності «активність – ефект лікування» у хворих на рак щитоподібної залози на віддалених термінах після спеціального лікування	74
Баснєва О.О. Результати оцінювання якості надання паліативної допомоги	75
Гармаш О.В. Оцінювання міри ризику виникнення стоматологічних порушень у дітей та підлітків, які народилися з діагнозом макросомія (клінічна апробація опитувальника)	77
Завада О.О., Каліненко О.С., Новікова І.В. Біостатистика: від минулого до сьогодення	78
Рисована Л.М., Алексєєнко Р.В., Шуба І.В. Застосування методу плеяд для візуалізації зв'язків між показниками емоційного стану людини ...	80
Сліпецький Р.Р., Гутор Т.Г. Метод Каплан-Маєра як інструмент вибору оптимального способу лікування раннього раку гортані	81
Усенко С.Г., Усенко С.А. Проблеми впровадження стандартизації в сферу охорони здоров'я	83
Черненко І.І., Свентозельська Т.В. Принципи доказової медицини та їх впровадження у клінічну практику	85
Orel O., Pasichnyk A. The dynamics of the incidence of HIV-infection In Ukraine for the period of 2016–2018	86
Orel O., Yaremenko A. Statistics is in practice of doctor	88
Pomogaybo K., Nartey L. Exogenous factors of overweight among children and adolescents	89
Yaremenko A., Pasichnyk A. Public health is a guarantee of the well-being of the nation	90
Секція 4. МЕДИЧНА ОСВІТА, НАУКА ТА ПРАКТИКА	92
Огнєв В.А., Чухно І.А., Астапова Я.В. Інноваційні технології у вищій медичній освіті	92
Кнігавко В.Г., Зайцева О.В., Бондаренко М.А., Рукін О.С. Компетентнісний аспект у викладанні статистичних методів в медицині на кафедрі медичної та біологічної фізики і медичної інформатики ХНМУ	94
Григоров М.М., Григорова І.А. Актуальність вивчення медико-соціальних аспектів ігроманії в навчальній дисципліні «Соціальна та демографічна статистика» за спеціальністю «Соціальна робота»	96

Козирєва О.В., Зупанець І.А., Сумець О.М. Необхідність підготовки фахівців з менеджменту клінічних досліджень	97
Сокол К.М., Подрігало Л.В., Сокол В.К. Застосування науко-метричних показників для підвищення результативності діяльності науково-педагогічних працівників	99
Гутор Т.Г., Ковальська О.Р. Інтеграція біостатистики в навчальний процес Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького	101
Мельниченко О.А., Мороз Г.А. Дослідження інтересу студентів-медиків до опанування фаху лікаря-фтизіатра	102
Gryshnjaeva O. Model of medical and psychological support of the process of adaptation of graduates of medical schools to work in medical institutions	103
Секція 5. ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ТА ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
Гавкалова Н.Л., Дячек В.В. Державно-приватне партнерство як інструмент втілення реформи охорони здоров'я	105
Гапонова Е.О. Стратегічні пріоритети розвитку ринку медичних послуг України	107
Кравченко В.И. Финансирование здравоохранения Украины в условиях дефицита госбюджета	110
Мельниченко О.А., Шевлякова Н.М. Економічна оцілність закупки та використання полівалентних вакцин у програмі щеплення населення	112
Моргун А.О., Куценко К.В., Хижняк В.В. Бюро незалежних судово-медичних та інших альтернативних медичних експертиз	114
Трегуб П.О., Горбунова І.В. Економічна криза та соціальні детермінанти здоров'я	115
Чухно І.А., Лук'янова Є.М. Медичний туризм в Харківській області як потенційне джерело інвестицій для розвитку медицини	117
Чухно І.А., Погорєлова О.О. До питання підвищення результативності роботи фтизіатричної служби в Україні та Харківській області	119
Чухно І.А., Рождественська А.О. Окремі аспекти прийняття управлінських рішень в державному регулюванні первинної медико-санітарної допомоги в Україні	121
Ryabokon Ye., Volkova O., Tokar A., Kanunik T. Effectiveness of application of glass ionomer cement in the clinic of therapeutic dentistry ...	123
Pomogaybo K., Nartey L. Ways of optimizing health care for children with obesity at the primary level	124
Yaremenko A.V, Orel O.V. Medico-social expert commission, basis of social protection of the population	125

Наукове видання

Надбання сучасної епідеміології та біостатистики як запорука покращання громадського здоров'я в Україні

матеріали науково-практичної конференції
(з нагоди 120-річчя від дня народження З.А. Гуревича,
видатного соціал-гігієніста, завідувача кафедри
соціальної гігієни та організації охорони здоров'я ХМІ)

м. Харків, 18 квітня 2019 р.

Відповідальний за випуск проф. В.А. Огнєв

Формат А5. Ризографія. Ум.-друк. арк. 9,4
Тираж 100 прим. Зам. № 18-33665

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

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