війни показує, що система військового забезпечення ГЗ потребує вдосконалення у низці аспектів [3, с. 133]. Окрім вищезазначених заходів, що проводяться у бойових умовах, особливої актуальності набувають, наприклад, питання вакцинації від деяких інфекційних хвороб. Окрім вакцинації проти коронавірусної інфекції, актуальними стають питання вакцинації проти дифтерії, холери, правцю та інших хвороб, факторами ризику яких є антисанітарія, що визначає їх можливе поширення в складних умовах бою, полону та ін. Окрім цього, війна проти агресора, який порушує норми міжнародного гуманітарного права, має більш потужний деструктивний вплив на фізичне, психічне, моральне та соціальне здоров'я. Це створює нові вимоги з підготовки та реабілітації військових з урахуванням особливостей саме цієї війни та саме цього противника.

Щодо перспектив роботи системи ГЗ для військовослужбовців та в умовах війни, ключовими її аспектами є модернізація та оптимізація цієї системи з урахуванням умов війни та бою, що визначає співпрацю з військовим командуванням для розроблення оптимальної стратегії організації ГЗ. Європейський вектор та орієнтир на стандарти НАТО у системі забезпечення військ, у тому числі оновлення стандартів забезпечення медичного обслуговування та організації громадського здоров'я створює передумови для оновлення та вдосконалення системи ГЗ для військовослужбовців в Україні.

Література:

1. Закон України «Про Статут внутрішньої служби Збройних Сил України» Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1999, № 22-23, ст. 194. (Режим доступу: https://законодавство. com/zakon-ukrajiny/rozdil-zberejennya-zmitsnennya-zdorovya-116173. html (дата звернення – 09. 10. 2022))

2. Капустник В. А., Лісовий, В. М.,Огнев В. А. Громадське здоров'я: становлення та виклики сучасності. *Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення : матеріали II науково-практичної конференції з міжнародною участю (Харків, 24 жовтня 2019 р.).* 2019. С. 5–10.

3. Стандарти НАТО та їх адаптація в Україні під час дії воєнного стану. Організація медичного забезпечення за стандартами НАТО в Україні 2022. Київ: ВД «Професіонал», 2022. 432 с.

4. Човпан Г. О., Лад С. М., Громко Є. А. Аспекти окремих проблем системи громадського здоров'я в Україні в контексті сучасної епідеміологічної ситуації. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* 2022. Випуск 4. С. 54-57.

ДЕЯКІ ГІГІЄНІЧНІ АСПЕКТИ РОБОТИ ВОЛОНТЕРІВ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ

Біличенко Н. П., Шевченко Ю. В., Байдак С. М.
Харківський національний медичний університет, м. Харків

З моменту повномасштабного вторгнення країни – агресора в нашу державу різко активізувався волонтерський рух – добровільна, суспільно корисна та безоплатна допомога державі, армії та всім, хто постраждав від війни.

Зусилля волонтерів зосереджені перш за все на евакуації людей з Харківської, Херсонської, Донецької, Луганської та інших областей, а також гуманітарне постачання продуктів харчування, ліків, різноманітних медичних та гігієнічних товарів, теплих речей тощо.

Метою даного дослідження було визначення особливостей умов праці та психоемоційної сфери водіїв-волонтерів.

Нами досліджувалась робота благодійної організації «Благодійний фонд «*Help People*», в котрій нараховується близько 70 співробітників – топ-менеджерів, волонтерів, водіїв.

При усному опитуванні шоферів було встановлено, що під час рейсів вони піддаються дії цілого ряду шкідливих та небезпечних чинників виробничого середовища. Шум, загазованість, загальна вібрація, несприятливі параметри мікроклімату, вплив хімічних чинників (зокрема випарів токсичних речовин), важкість праці та психоемоційне перенапруження є тими постійно діючими факторами виробничого середовища, рівні яких нерідко перевищують нормативні значення на робочих місцях водіїв автомобілів [1].

Потрібно відмітити, що водії при опитуванні зазначали: для засновників благодійного фонду «*Help People*» пріоритетним є збереження людського ресурсу, моніторинг умов праці та піклування за станом здоров'я шоферів. Водіїв забезпечують одягом, теплими речами, спальними мішками й пледами, при необхідності – продуктами харчування та ліками. Також, орендувалось житло в базових населених пунктах для відпочинку водіїв.

Водії, що прямують до небезпечних територій, відчувають надзвичайно високе нервово-емоційне напруження через необхідність збереження матеріальних цінностей, велику кількість сигналів, що надходить водієві під час керування автомобілем за одиницю часу (від 300 до 450 за годину), усвідомлення особистого ризику та відповідальності за безпеку людей, що перебувають в автотранспорті. Страх потрапити в зону вогневого ураження вимагає надзвичайної мобілізації сил, уваги та зосередженості. Ступінь напруженості їх роботи під час виконання рейсів можна визнати як IV ступінь – дуже напружена праця. Інформація, що надходить водієві, нерідко може викликати в нього стан монотонії, засипання під час руху [2].

Напруженість трудового процесу оцінюють відповідно до Державних санітарних норм та правил «Гігієнічна класифікація праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу», затверджених наказом МОЗ України від 08.04.2014р. №248 [3].

За умов тривалості зосередженого спостереження понад 75 % від тривалості робочої зміни умови праці волонтерів-водіїв характеризуються як напружена праця 1- го ступеня.

Істотний вплив на міру напруженого стану виконавця робить відповідальність за кінцевий або проміжний результат праці. Якщо працівник несе персональну відповідальність за виконання виробничого завдання в цілому, його умови праці оцінюються як напружені 2-го ступеня (клас умов праці – 3, шкідливі умови праці).

При вірогідності ризику для власного життя в процесі виконання своїх обов'язків працю виконавця відносять до класу 3 – напружена праця 2-го ступеня.

Під час евакуації з гарячих точок можливість потрапити під обстріли гуманітарних колон з загрозою для власного життя умови праці відносяться до 4 (екстремальні) класу умов праці.

Важливими чинниками, що характеризують клас умов праці за напруженістю трудового процесу, є фактична тривалість робочого дня і змінність

роботи [4]. При тривалості робочого дня від 6 до 7 годин умови праці належать до оптимального класу, до 8 годин – до допустимого, більше за 8 годин – до напруженого. Тривалість безперервної праці до 12 годин належать до 1-го ступеня, а більше за 12 годин, що і фіксувалось нами у опитаних водіїв – до напруженої праці 2-го ступеня.

Емоційно напружена праця водія у несприятливих умовах воєнних дій призводить до перевтоми, погіршення стану здоров'я, що спричиняє підвищення частоти загальносоматичних захворювань, а саме органів травлення, нервової, серцево-судинної систем, опорнорухового апарату, збільшення їх тривалості, хронізації гострих форм хвороб.

Важкість праці водія зумовлена вимушеною позою під час керування автомобілем, що провокує виникнення патологічних станів нервової системи, такі як радикуліти і радикулопатії різної локалізації (найпоширенішою є радикулопатія попереково-крижового відділу хребта). У водія-волонтера важкість праці нерідко зростає внаслідок вантажно-розвантажувальних робіт.

Умови праці на робочих місцях водіїв автотранспортних засобів найчастіше відповідають 3 класу 2 ступеня оцінюються як шкідливі, важкі та напружені або дуже напружені.

У зв'язку з неможливістю усунути такі фактори виробничого середовища як важкість праці (фіксована, нераціональна робоча поза з нерівномірним навантаженням на різні ділянки хребта), напруженість трудового процесу, загальна вібрація, шум, несприятливий мікроклімат, особливе значення має профілактика несприятливого впливу цих факторів.

Доцільними заходами профілактики є медичний огляд, спрямований на профілактику професійних, виробничо-обумовлених захворювань працівників, а також таких загальних хвороб, які можуть прогресувати через вплив шкідливих факторів виробничого середовища [5]. Рекомендована організація вакцинації водіїв проти короновірусної інфекції та грипу, захворюваність на які сезонно зростає. Крім організації змінного режиму керування транспортом, задля профілактики виникнення професійно-обумовлених захворювань в результаті нервово-емоційного напруження, для водіїв, вільних від роботи, організувати короткочасне перебування на базах відпочинку в мальовничих куточках нашої країни з екскурсіями, корпоративними тренінгами з напрямками психологічної допомоги, розвитком навичок для життєстійкості та протидії вигоранню, раціональним харчуванням.

Література :

1. Peters SE, Grogan H, Henderson GM, López Gómez MA, Martínez Maldonado M, Silva Sanhueza I, Dennerlein JT. Working Conditions Influencing Drivers' Safety and Well-Being in the Transportation Industry: "On Board" Program. Int J Environ Res Public Health. 2021 Sep 28;18(19):10173. doi: 10. 3390/ijerph181910173. PMID: 34639475; PMCID: PMC8507880.

2. Makowiec-Dąbrowska T, Gadzicka E, Siedlecka J, Szyjkowska A, Viebig P, Kozak P, Bortkiewicz A. Climate conditions and work-related fatigue among professional drivers. Int J Biometeorol. 2019 Feb;63(2):121-128. doi: 10. 1007/s00484-018-1643-y. Epub 2018 Nov 8. PMID: 30411249.

3. Державні санітарні норми і правила «Гігієнічна класифікація праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важ-

кості та напруженості трудового процесу», затверджена наказом МОЗ України № 248 від 08. 04. 2014р.
4. Наказ Про затвердження Положення про робочий час і час відпочинку водіїв колісних транспортних засобів затверджений Міністерством транспорту та зв'язку № 340 від 07. 06. 2010 р.
5. Наказ Про затвердження Правил охорони праці на автомобільному транспорті затверджений МНС України №964 від 09. 07. 2012 р.

STUDY AND ANALYSIS OF MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTIONS

Podpriadova Anna
Kharkiv National Medical University, Kharkiv

Cardiovascular diseases are the leading cause of morbidity and mortality throughout the world. 17,9 million people died from cardiovascular diseases in 2019. Of these deaths, 85 % were due to heart attack and stroke [1]. It is important to detect cardiovascular disease as early as possible so that management with counseling and medicines can begin. Acute myocardial infarction still carries a high mortality rate, with most deaths occurring prior to arrival to the hospital. At least 5 %-10 % of survivors die within the first 12 months after the myocardial infarction and close to 50 % need hospitalization within the same year [2].

In 2013, WHO Member States agreed on global mechanisms to reduce the avoidable Noncommunicable diseases burden including a "Global action plan for the prevention and control of Noncommunicable diseases 2013–2020". This Plan aims to reduce the number of premature deaths from these diseases by 25 % by 2025 through nine voluntary global targets. Two of the targets directly focus on preventing and controlling Noncommunicable diseases: reduce global prevalence of raised blood pressure by 25 % between 2010 and 2025 and 50 % of eligible people should receive drug therapy and counseling to prevent heart attacks and strokes by 2025 [3].

One of the urgent problems of today is to improve the quality of medical care for patients who have suffered a myocardial infarction.

The purpose. To study and evaluate the quality of medical care for patients who have suffered a myocardial infarction.

Materials and methods. 310 patients who suffered a myocardial infarction were surveyed according to specially developed questionnaires and data were copied from the statistical charts of patients who were discharged from the hospital (form No. 066/o).

Results. During the last 12 months, in average, 3,6 visits have been made to the district therapist in connection with this disease. Among the patients with this illness 11,9±1,8 % have never sought medical help, 72,5±2,5 % asked for care 1–3 times, and 15,6±2,1 % needed help of a doctor 4 or more times. In frames of routine control, visits were made in average 2,9 times, 12,8±1,9 % of patients had never visited checkups, 8,4±2,2 % participated in them for about 1–3 times, and just 5,8±1,3 % were under control examinations 4 or more times. Emergency care team delivered 77,1±2,6 % of patients, 22,9±2,6 % used other routes of getting to a hospital. Thus, 96,1±1,3 % of patients noted that the ambulance doctor provided first aid, 3,9±1,9 % did not provide assistance. 34,3±2,7 % of sick people in the case of myocardial infarction were hospitalized up to 2 hours after the onset of symptoms, 58,3±2,8 % ones in the period from 2 up to 12 hours, 3,3±1,1 % were taken to hospital from 12 up